



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Lorena Léa Braga

**Uma leitura fenomenológico-hermenêutica do fenômeno da
prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial (CAPSad)**

Rio de Janeiro

2020

Lorena Léa Braga

Uma leitura fenomenológico-hermenêutica do fenômeno da prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial (CAPSad)

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

B813 Braga, Lorena Léa.
Uma leitura fenomenológico-hermenêutica do fenômeno da
prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial (CAPSad) / Lorena
Léa Braga. – 2020.
100 f.

Orientador: Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicologia Social – Teses. 2. Fenomenologia – Teses. 3.
Hermenêutica – Teses. I. Feijoo, Ana Maria Lopez Calvo de. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III.
Título.

es CDU 327(675)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lorena Léa Braga

Uma leitura fenomenológico-hermenêutica do fenômeno da prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial (CAPSad)

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em 29 de maio de 2020.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria Lopez Calvo de Feijoo (Orientadora)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Ingrid de Mello Vorsatz
Universidade do Estado Rio de Janeiro

Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento
Universidade Federal Fluminense Rio

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

À minha família e aos meus amigos pela sustentação afetiva.

À Ana Feijoo, por ter sido meu primeiro farol a guiar meus passos profissionais e acadêmicos. Sua dedicação me inspira a crescer.

Aos professores Crisóstomo Lima, Ademir Pacelli e Ingrid Vorsatz por terem aceitado avaliar e contribuir com este trabalho.

Aos amigos da vida acadêmica, pela troca de informações, pelas leituras e apoio.

RESUMO

BRAGA, Lorena Léa. **Uma leitura fenomenológico-hermenêutica do fenômeno da prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial (CAPSad)**. 2020. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A presente dissertação de mestrado propõe-se a empreender uma compreensão fenomenológico-hermenêutica sobre a prevalência do cuidado com psicofármacos na Atenção Psicossocial brasileira, mais especificamente no CAPSad. Para tanto, traremos algumas contribuições da fenomenologia-hermenêutica erigida pelo filósofo Martin Heidegger, no que concerne à sua analítica existencial acerca do homem enquanto Dasein, que tende a desvelar o mundo ao modo da provocação e controle dos entes. Estas características também se apresentam como intrínsecas à compreensão científica. O des-velar provocativo da com-posição (*Gestell*) encontra-se presente nas formas de tratamento do que se reconhece como loucura/doença/transtorno mental no mundo Ocidental, desde o modelo manicomial até o momento presente, em que a prescrição de psicofármacos manifesta-se de forma contundente, inclusive nos dispositivos substitutivos, como o CAPSad. Portanto, faz-se relevante questionar a incisiva prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial, pois a crescente patologização do homem e a sua consequente correção via psicofármacos não contribui para uma lida terapêutica que promova sua liberdade e, conseqüentemente, lhe possibilite se responsabilizar pela sua própria existência.

Palavras-chave: Fenomenologia-hermenêutica. CAPSad. *Gestell*. Atenção Psicossocial. Psicofármacos.

ABSTRACT

BRAGA, Lorena Léa. **A phenomenological hermeneutic reading of the phenomenon of psychotropic drug prescription in Psychosocial Care(CAPSad)**. 2020. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This Master's thesis proposes a phenomenological hermeneutic understanding of the prevalence of utilizing psychotropic drugs in Brazilian Psychosocial Care, more specifically at CAPSad. This thesis aims to introduce and suggest the implementation of specific contributions from the phenomenological hermeneutic research method, formulated by the philosopher Martin Heidegger. This method is concerned with Heidegger's existential analysis about man as 'Dasein,' a theory that reveals the world in the scope of the 'provocation' and 'control of beings.' These characteristics are also intrinsic to scientific understanding. The provocative reveal of the composition (*Gestell*) is present in the forms of treatment of what is known in the Western world as madness, illness, and mental disorder, since the 'mental asylum' model, in which the prescription of psychiatric drugs was imperative even in substitute devices, such as CAPSad. Therefore, it is relevant to question the incisive prescription of psychotropic drugs in Psychosocial Care. This is due to the increasing use of the pathologization of patients and their 'correction' through psychotropic drugs. This correction, which occurs incisively, does not contribute to a therapeutic approach that promotes the patient's freedom; it instead allows them to take responsibility for their existence.

Keywords: Phenomenological hermeneutic. CAPSad. *Gestell*. Psychosocial Care. Psychotropic drugs

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	7
1	DASEIN E A ESSÊNCIA DA TÉCNICA	19
1.1	A questão do dasein em ser e tempo	19
1.2	A essência da técnica: sobre a visão de mundo que vigora nosso tempo	27
1.3	A ciência intervencionista	38
2	BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA LOUCURA NO OCIDENTE	41
2.1	Do manicômio aos movimentos da reforma psiquiátrica brasileira	41
2.2	Movimentos reformistas	45
2.3	O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil	51
3	A PSIQUIATRIA BIOLÓGICA	56
3.1	A psiquiatria e a promessa química	56
3.2	A gênese dos psicofármacos	58
3.3	Os manuais de diagnósticos e a linguagem técnica	66
4	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESSÊNCIA DA TÉCNICA	70
4.1	A atenção psicossocial rompe com paradigmas hegemônicos	70
4.2	Atenção psicossocial e persistência dos desafios	74
4.3	Práticas medicamentalizantes	76
4.4	Medicamentalização em saúde mental	80
4.5	Medicamentalização na atenção psicossocial: CAPS e CAPSAD	81
4.6	O fenômeno da prescrição de psicofármacos na atenção psicossocial (CAPSAD): uma leitura fenomenológico-hermenêutica ..	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	93

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objetivo refletir sobre a contundente prescrição de psicofármacos como forma de tratamento na Atenção Psicossocial brasileira, mais especificamente no CAPSad. Atualmente, contamos com uma profusão de diagnósticos na área da saúde mental, assim como a crescente prescrição de psicofármacos como forma de tratamento. Estudiosos afirmam que esse fenômeno corresponde a uma patologização da vida cotidiana (SANCHES; AMARANTE, 2014; MOYSÉS, 2001; ROSA; WINOGRAD, 2011; SOALHEIRO; MOTA, 2014; BEZERRA *et al*, 2014). Mesmo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos dispositivos substitutivos do hospital psiquiátrico criado no Brasil, já foi observada a prevalência da prescrição dos psicofármacos em detrimento dos cuidados psicossociais (BEZERRA *et al*, 2016 & YASUY; LUZIO; AMARANTE, 2018).

O CAPS é um dos dispositivos substitutivos que surgiu no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil como alternativa ao modelo manicomial que imperou até o século passado. No Brasil, antes da Reforma Psiquiátrica, os manicômios ou colônias para os alienados eram os únicos destinos dos indivíduos considerados loucos e tornaram-se verdadeiros depósitos humanos para aqueles que nunca recebiam alta do tratamento. No Ocidente, desde o momento em que a loucura tornou-se objeto de estudos e de cuidados da medicina, os métodos de tratamento e cura tinham como fim calar aqueles sintomas que causavam incômodo ou estranheza à sociedade. Desde antes da eclosão da Revolução Francesa, as pessoas que mantinham comportamentos que destoasse da norma social (mendigos, desempregados, alcoólatras, prostitutas, loucos) eram reconhecidas como inconvenientes e, portanto, indignas de habitar o seio da sociedade. A solução encontrada para esta situação foi encaminhá-las aos Hospitais Gerais, onde permaneciam isoladas. A instituição manicômio permaneceu inquestionável até metade do século XX.

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, o isolamento do indivíduo em um manicômio para tratamento da loucura começou a ser repensado. As pessoas que compunham o movimento reformista fomentaram um cuidado que acontecesse no território em que o indivíduo tivesse laços afetivos e familiares, e próximo ao seu lugar de moradia. O CAPS, um dos dispositivos substitutivos do modelo manicomial e fruto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tema deste estudo, foi pensado para ser um espaço distribuído em diversos territórios do país. Também foi pensado pra ser um espaço

composto por uma equipe multiprofissional, não apenas pelo médico psiquiatra. A equipe que compõe o CAPS, de forma geral, busca trabalhar em rede com outros dispositivos da saúde, da educação, da assistência social e com a comunidade. Pitta (2011, p. 4588) esclarece:

A Reforma Psiquiátrica tenta dar ao problema uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas. O sucesso da reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou, a vegetar em manicômios em longas internações. Foram criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (os CAPS), serviços residenciais terapêuticos e outros serviços ambulatoriais de referência.

O tipo de CAPS que será abordado neste trabalho presta atenção e cuidado aos usuários que fazem uso ou abuso de álcool e/ou drogas – CAPSad. Neste dispositivo substitutivo a política de Redução de Danos é adotada. Tal política tem como finalidade não causar mais danos ao cuidar do paciente, isto quer dizer que não necessariamente espera-se do paciente que ele busque a sobriedade ou a abstinência para oferecer cuidado e atenção ao mesmo.

A trajetória profissional da pesquisadora é marcada por experiências em dois dispositivos distintos da Atenção Psicossocial no Estado do Rio de Janeiro. Em 2013 ocorreu na primeira Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), localizada no bairro de Jacarepaguá, e vinculada ao CAPSad III Mussum. Em 2014 a experiência se deu no CAPSad III na cidade de Três Rios, região sul fluminense do estado do Rio de Janeiro. Ambos dispositivos são substitutivos do antigo modelo manicomial e voltados para dar atenção e acolher quem sofre por abusos de substâncias psicoativas, tais como álcool e/ou drogas. A autora desta pesquisa pôde perceber, a partir das suas experiências profissionais, a centralidade da terapia medicamentosa em ambos os serviços substitutivos. Tal percepção é corroborada por Bezerra *et al.* (2016); Borges Júnior *et al.* (2016); e Vargas e Campos (2019).

A proposta de um serviço substitutivo como o CAPS é a de ampliar as possibilidades de cuidado e atenção ao indivíduo, por isso conta com uma composição de equipe diversa, abrangendo psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, dentre outros. Contudo, podemos perceber que o vínculo de inúmeros usuários de saúde mental aos dispositivos gira em torno das prescrições de psicofármacos. Algumas falas dos

técnicos apresentavam-se costumeiras e demonstravam a naturalização do cuidado no CAPSad com psicofármacos, tais como: “você já passou pelo médico?” ou “você está tomando suas medicações?”. E, por sua vez, quando os usuários queriam demonstrar que estavam bem ou estáveis, as falas giravam em torno de: “estou tomando minha medicação direitinho todos os dias”. Observar tal centralidade na medicação em um espaço de Atenção Psicossocial causou estranhamento. Essas falas, testemunhadas pela autora, também são exemplificadas por Campos e Vargas (2019) em sua pesquisa realizada em um CAPSad na cidade do Rio de Janeiro.

O estranhamento ao perceber a centralidade do tratamento com psicofármacos em um CAPSad aconteceu por dois motivos: pelo fato de os serviços substitutivos terem sido criados para justamente superar o modelo de tratamento manicomial que consistia em contenção física e química dos indivíduos, e pelo fato de serem oferecidas mais substância psicoativas para o indivíduo fazer uso.

Segundo Carneiro (2011), as substâncias psicoativas utilizadas pela população em geral podem ser divididas em três grupos para fins de organização: o das substâncias ilícitas (tais como maconha, cocaína, crack, LSD e outros); o das substâncias lícitas de uso recreativo (álcool e tabaco); e o das substâncias lícitas para fins terapêuticos (as diferentes classes dos psicofármacos: benzodiazepínicos, anfetaminas, opióides e barbitúricos são alguns exemplos).

O tema álcool e drogas atravessa o campo da saúde, do jurídico e do policial. As drogas, por sua vez, entram no escopo da ilegalidade, e a produção, venda e consumo dessas substâncias são considerados crimes, além do julgamento moral voltado para quem faz uso. É alta a carga moralizante que contribui para a formação de estigma e de exclusão social que envolve o usuário de drogas, assim como o viés criminalizante. Não é de se admirar que o assunto esteja imerso em uma encruzilhada de saberes, já que o país adota a política proibicionista internacional, conhecida como “guerra às drogas”.

Entretanto, a Atenção Psicossocial, no que se relaciona ao cuidado de pessoas que façam uso ou abuso de substâncias como álcool e drogas, se apoia nas orientações de Redução de Danos. A máxima dessa prática é a de não promover mais danos ao cuidar. E em seguida reduzir, no que for possível, os danos ocasionados pela conduta habitual. Isso corresponde a um cuidado que evite o julgamento do usuário, e para tal é necessário suspender o viés moral que atravessa esse assunto no Brasil, que enxerga o usuário de álcool e/ou drogas como perigoso ou violento. A

política de Redução de Danos também não impõe a abstinência como um estado ideal. E apesar de sofrer críticas por essa posição, a finalidade é a de não rechaçar ninguém que busque ajuda, e sim ajudá-los levando em conta a singularidade de cada um e suas limitações físicas, emocionais e financeiras; até mesmo o desejo do usuário de não interromper o uso de substâncias. As práticas de cuidado em um CAPSad são orientadas pela Redução de Danos, inclusive quando se aposta em prescrever psicotrópicos aos usuários da saúde mental que frequentam este espaço. É importante salientar que, em tese, toda ação pensada como forma de tratamento e de cuidado oferecido ao usuário leva em conta a sua singularidade. Não é de forma nenhuma generalizada, mas pensada caso a caso.

Os usuários de saúde mental que chegam ao CAPSad, além de vivenciarem o abuso de substâncias psicoativas legais ou não, geralmente experienciam situações de pobreza, violência (familiar, policial ou tráfico), frágeis relações familiares ou afetivas, criminalidade, prostituição, passagens por presídios ou internações psiquiátricas, estigmatização social, desemprego, dentre outras adversidades. Todavia, de acordo com os pressupostos erigidos a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira que adota a política de Redução de Danos, os técnicos de saúde mental precisam ficar atentos e abertos a essas e tantas outras realidades para, de fato, acolher os usuários que ali chegam e não julgá-los ou encerrá-los em um diagnóstico tão prontamente. Mas, geralmente, na prática, a diversidade de realidades é ignorada por muitos profissionais de saúde, quando não silenciada quimicamente. Sanches e Amarante (2014) demonstram que no campo da Saúde Mental nem a infância escapa da medicamentação¹ excessiva. Eles apontam que ao descontextualizar o homem do seu meio social, aspectos como luto, tristeza e violência acabam tornando-se patologias e são medicamentadas. Concluem que a capacidade de administrar o sofrimento de forma natural se restringiu, pois o recurso medicamentoso no campo da Saúde Mental atualmente está naturalizado. De acordo com Dantas (2014, p. 35):

A época moderna parece apontar respostas instantâneas para nossas angústias e para os mais variados problemas, seja através do consumo, dos prazeres imediatos, da aceleração do tempo com inúmeras ocupações, seja pelas soluções salvadoras facilmente indicadas por um profissional de saúde ou pelo público em geral. As questões existenciais foram absorvidas pela lógica de mercado e suas soluções parecem ter sido transformadas numa

¹ Termo utilizado para designar o crescente uso de medicamentos como solução para diversas questões inerentes à existência do ser humano (AMARANTE, 2007; ROSA; WINOGRAD, 2011; BEZERRA *et al.*, 2014).

química a ser ingerida cotidianamente numa maneira “eficiente” e “prática” de resolução dos problemas que atravessam a vida na contemporaneidade.

De acordo com os autores Yasui, Luzio e Amarante (2018), a despeito de tantas mudanças, rupturas e reflexões no campo da Atenção Psicossocial e da Atenção Básica no Brasil, tal como a priorização do cuidado no território e em rede com outros setores, persiste uma lógica manicomial. Este termo é utilizado por trabalhadores e usuários da Reforma Psiquiátrica para se referir a certo modo de operar que sustenta a necessidade dos manicômios. O autores arriscam definir essa lógica como exercício do biopoder, que se expressa no saber-fazer rotineiro presentes em ambos espaços da saúde pública brasileira, como a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial. Além das ações de repressão e exclusão, o exercício do biopoder produz também normatizações, controle e vigilância que incidem sobre todos os indivíduos, principalmente sobre aqueles que não reproduzem os comportamentos pautados pela norma da boa conduta. Esta lógica manicomial, portanto, recairá de forma incisiva sobre os loucos, os mendigos, os transexuais e dependentes de substâncias psicoativas, por exemplo. No cotidiano das unidades de Atenção Básica e da Atenção Psicossocial, esta lógica pode anunciar-se de forma mais contundente quando os profissionais falham em oferecer uma atenção efetiva, principalmente nas crises e recorrem às internações psiquiátricas ou às prescrições de medicamentos psicoativos de forma constante. A lógica manicomial também pode se expressar mais sutilmente em formas de julgamentos ou prescrições de uma boa conduta e de uma melhor maneira de viver. O modelo de Saúde Mental de caráter psicossocial, que preconiza o protagonismo do usuário na construção do seu tratamento, encontra-se na corda bamba diante da força dos modelos prescritivos que insistem em incidir nesses espaços.

Bezerra *et al.* (2016) evidenciam que no CAPS de Fortaleza (CE) a base terapêutica é a prescrição medicamentosa. Eles assinalam que o sofrimento psíquico é altamente medicamentalizado, e em algumas ocasiões sua prescrição é desnecessária. A terapêutica de prescrição de psicotrópicos é eleita como preferencial e, assim sendo, relega outras atividades não médicas ao segundo plano.

Na ciência, no que tange ao tratamento das doenças mentais, estes modelos, que pretendem uma ortopedia, uma normalização, uma adequação do indivíduo às normas vigentes, iniciaram-se a partir do alienismo e fazem-se presentes até os dias atuais no saber-fazer da psiquiatria. A tecnologia médica para combater o sofrimento

psíquico desde sua gênese possui o caráter tutelar e normativo, porém sofreu sofisticações ao longo do tempo. No processo de readequação do louco à normalidade tivemos como métodos o enclausuramento, o tratamento moral, duchas frias ou quentes, comas insulínicos, eletroconvulsoterapia, lobotomia e atualmente impera a terapia medicamentosa. A psiquiatria clássica continua a regular a fronteira entre o normal e o patológico, e hoje faz uso de tratamentos que não chocam ou criam revolta na sociedade, muito pelo contrário, são bem aceitos e recomendados, tendo em vista o trabalho de propaganda envolvido (RODRIGUES, 2003; AMARANTE; FREITAS, 2015). É uma ferramenta sofisticada que contém a promessa de correção do desequilíbrio químico provocador do transtorno mental. E segundo pesquisadores do assunto, como Rosa e Winograd (2011), tal concepção atualmente segue naturalizada:

Daí decorre logicamente que, se um distúrbio psíquico corresponde a uma disfunção bioquímica, incidir sobre a química cerebral seria o melhor remédio para o sofrimento psíquico. Supostamente, sanar a dor mental passou a ser possível, e a realização dessa tarefa tornou-se rapidamente função dos psicofármacos. Esperança que só pode ser formulada a partir da ideia de que a verdadeira e, finalmente, única causa do sofrimento psíquico é a disfunção neuroquímica – como visto acima, eis a ideia central do projeto de naturalização do psiquismo (ROSA; WINOGRAD, 2011, p. 43).

Diagnosticar transtornos mentais na atualidade, em certa medida, é realizado de uma forma naturalizada nos meios de saúde e rapidamente o senso comum tem acesso a esses códigos. A cada atualização dos manuais de diagnósticos mentais mais transtornos surgem. Torna-se difícil não recordar do conto machadiano *O Alienista* (1994), publicado originalmente em 1882. O alienista do conto de Machado de Assis chama-se Simão Bacamarte que chega da Europa onde concluiu seus estudos. O alienista instala-se na cidade de Itaguaí, no Rio de Janeiro. É nesse lugar que Bacamarte possui a louvável intenção de estabelecer a Casa Verde – o hospício pioneiro da cidade – como uma referência do tratamento aos doentes mentais. Entretanto, em pouco tempo acaba por diagnosticar quase toda a população com alguma patologia mental, confinando-os na Casa Verde para tratamento. A ficção brasileira nos mostra que o freio dos especialistas da mente frente ao ato de conceituar e diagnosticar é bastante frágil.

E, atualmente, o momento histórico no qual estamos imersos convoca o homem a desejar alcançar estados idealizados de felicidade, produtividade, estabilidade e celeridade. Esses ditames são naturalizados como saudáveis, como sucesso, como

normal e natural. O que abala esse ritmo naturalizado é encarado como erro, doença ou falha, tornando-se necessário extirpar tal situação. Ser acometido por sofrimentos de qualquer ordem é sinônimo de ser diagnosticado com alguma patologia e receber uma prescrição de algum especialista para se readequar o mais rápido possível ao ritmo considerado normal.

Esse ritmo vertiginoso que arrasta o homem a um modo de vida naturalizado e compartilhado com outros homens, o filósofo Martin Heidegger (2014) nomeia de impessoal. Tal modelo de vida inquestionado e familiar, o modo de fazer e agir justificado pela sentença "todo mundo faz assim", estimula em nosso tempo uma corrida velada para se alcançar ideais estabelecidos socialmente, como os de felicidade, de estabilidade e de segurança. No cotidiano não há brecha para o acolhimento ou compreensão das vulnerabilidades ou do sofrimento. Essas, quando surgem, precisam ser extirpadas rapidamente. Vivemos sob o imperativo molecular e cerebral onde vigora o determinismo biológico como causador da patologia psíquica que precisa ser readequada quimicamente via psicofármacos. A racionalidade psiquiátrica, segundo Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 175) "[...] reduz o funcionamento psíquico exclusivamente a processos cerebrais e, portanto, totalmente explicáveis em uma linguagem neurobioquímica e os seus desvios nomeados como transtorno mental".

E sobre causas moleculares e soluções químicas, acreditamos que mais uma vez Heidegger (2008a) contribui conosco no que concerne a Essência da Técnica. Essa incide na forma como, de início e na maior parte das vezes, desvelamos a verdade histórica do nosso tempo, e em última instância, isto quer dizer sobre o modo como nos relacionamos com o que vem ao nosso encontro no mundo, que se dá sob os signos da exploração, da intervenção e do controle. Na Era da Técnica, o mundo nos convoca a dispormos de nós mesmos e dos entes ao modo da provocação e da adequação e do controle.

O filósofo sul-coreano Byung-Chul Han (2017) traz a noção de sociedade disciplinar erigida por Foucault, para fazer uma distinção com o tipo de sociedade que nós formamos atualmente, chamada por ele de sociedade do desempenho. Neste modelo social somos indivíduos que naturalizamos o esforço na autolapidação e na produtividade para apresentar um melhor desempenho. A sociedade disciplinar era marcada pela negatividade, pela privação e pela coerção. Era imperioso eliminar o diferente. A obediência era o objetivo a ser alcançado, e desta maneira presídios,

fábricas e manicômios se configuravam em artifícios que harmonizavam com esta demanda. Nesse contexto, o paradigma do desempenho é regido pelo signo do poder ilimitado e da autoexploração. Somos senhores e escravos de nós mesmos. Aqui, os artifícios ou ferramentas para alcançar tais valores mudaram e contamos com academia *fitness*, *shopping centers* e laboratórios de genética. Este excesso de positividade não prende, mas sufoca ao nos mobilizar à autoexploração para estarmos de acordo com demandas normativas do mundo. Neste sentido, pensamos que o uso de substâncias psicoativas – sejam elas lícitas, ilícitas ou prescritas pelo agente de saúde – apresentam-se em consonância com os ditames da sociedade do desempenho por servirem como instrumentos para alcançar a performance de poder demandada socialmente. Contra o sofrimento, pessimismo ou negatividade podemos facilmente lançar mão de substâncias que nos retirem rapidamente desses estados e nos proporcionem estados mais funcionais, felizes ou relaxados.

Em *A questão da técnica* (2008), Heidegger se debruça sobre a essência da técnica e afirma que essa não tem nada de técnica; e ainda que a sua habitual definição de caráter instrumental, como um meio para um fim, não é suficiente; tampouco a definição antropológica. Por outro lado, o filósofo afirmou que ela é nossa verdade histórica, ou seja, o nosso modo de desvelar o real do mundo, no qual o homem toma a si mesmo e os entes que lhe vêm ao encontro a partir desse modo de desencobrimento. Na era da técnica, o homem encontra-se de uma maneira muito forte constrangido a comprometer-se com esse modo de desencobrimento, e absorvido pelos padrões normativos do mundo, de início e na maior parte das vezes, relaciona-se consigo mesmo e com os outros a partir dessa verdade histórica, ou seja, ao modo da provocação e do controle, da velocidade, da rapidez.

O uso de psicofármacos parece provocar outro estado específico ao eliminar o mal estar sentido, a dor e o sofrimento. Pode ajudar a alcançar um estado mais prazeroso ou mais relaxado. Auxilia a afugentar ou suprimir o incômodo encontrando torpor ou relaxamento. Há diversas substâncias disponíveis atualmente que possibilitam a modificação de sensação e de percepção humana.

O *Dasein*² como fundamentalmente aberto tende a familiarizar-se com as orientações sedimentadas, constituídas em nosso horizonte histórico, e assim sendo,

² A palavra alemã *Dasein* recebe a tradução literal para o português como ser-aí. *Dasein* é um indicativo de experiência humana, que é constituído originariamente como abertura de sentido e que não pode ser determinado, encerrado em conceitos. É uma presença que experiencia o

não é raro, na atualidade, que aconteçam identificações com pelo menos um dos múltiplos diagnósticos de transtornos mentais existentes. Vivemos a era do excesso de medicamentos para readequação aos valores normativos. Alguém reconhecido como depressivo, hiperativo, ansioso ou dependente de substâncias pode não se adequar aos ditames de produtividade vigente. Não é raro o homem almejar estar em conformidade com o que o horizonte exploratório demanda, e desta forma ser quimicamente tratado para silenciar os sintomas desconcertantes. Todavia, ao optar exclusivamente por esta terapêutica pode ser mais desafiador que um espaço se abra para que as questões sejam tematizadas e refletidas. Somente as silencia, deixando prevalecer a conformidade com o que o horizonte exploratório demanda. A medicamentação, que se pretende retificadora, anestesia a existência, dificultando, desse modo, que o *Dasein* se aproprie da mesma (DANTAS, 2015; NASCIMENTO, 2015).

Pensamos que as substâncias psicoativas – álcool, drogas e psicofármacos – são meios disponíveis no nosso mundo moderno que servem para alcançar um estado alterado de consciência. São meios de provocar, de alterar, controlar e de produzir sensações e percepções alteradas da realidade. O abuso de álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública e está envolto a inúmeros problemas. Há risco envolvido tanto no uso quanto no acesso às substâncias. A compulsão instalada é um sofrimento por si só, mas que também pode ser uma tentativa de encobrir uma dor emocional, perdas de diversas ordens ou da dificuldade de conviver com a instabilidade da vida. Mas que, de fato, corresponde a uma das expressões do nosso modo de desvelar o mundo, isto é, a compulsividade, a velocidade, a segurança e controle são algumas das determinações correspondentes à essência da técnica.

Entretanto, de que forma a equipe de saúde mental de um CAPSad pode oferecer atenção, cuidado ao acolher esse tipo de demanda, quando nesses espaços a terapêutica primordial acaba sendo a prescrição de psicofármacos? O que acontece para que a base Psicossocial da Saúde Mental seja ofuscada pela terapêutica química? Conceder um tratamento digno, que preze pela liberdade e autonomia do indivíduo é uma das diretrizes da luta antimanicomial, está presente como norteadora da atenção e do cuidado dispensado aos usuários quando a medicamentação

mundo, o aí onde é lançado. Representa a indissociabilidade da relação entre homem e mundo. Márcia Cavalcanti de Sá, tradutora de *Ser e Tempo* para o português, usa Presença ou Pré-sença para designar *Dasein*.

incide primordialmente nesses espaços? Não estaria se mantendo uma atitude manicomial ou tutelar quando a prescrição de psicofármacos torna-se prevalente frente a uma diversidade de profissionais que compõem a equipe de Atenção Psicossocial? Esse fato não acaba por simplificar a complexidade de um tratamento/atendimento, ao se basear na conduta de prescrição de medicamentos, em detrimento de uma proposta de cuidado mais abrangente, acolhedora e atenta?

É importante esclarecer que os medicamentos têm seu lugar de importância e necessidade. O questionamento aqui abordado é a incisiva prescrição como forma de tratamento prevalente em um dispositivo como o CAPSad. Um dispositivo que nasceu como alternativa do modelo manicomial e tutelar, que perdurou por séculos em nossa sociedade ocidental. Diante desse fato, podemos questionar se o dispositivo CAPSad não estaria propiciando uma troca de substâncias apenas? Substituindo as substâncias ilegais pelas legais? O que ocorre é que a tematização ou reflexão acerca do abuso de tais substâncias acabam ficando obscurecidas e solapadas diante da banalização do tratamento químico.

A horizontalidade entre os técnicos da Atenção Psicossocial é considerada uma medida importante para não recair em um autoritarismo médico, como havia no processo anterior à Reforma Psiquiátrica. De acordo com Yasui, Luzio e Amarante (2018), a ruptura com o modelo paradigmático da psiquiatria biológica, que reduz o sofrimento mental a um desequilíbrio neuroquímico, abriu espaço para a criação de uma teoria metodológica que nascesse de um imprescindível diálogo entre as diferentes disciplinas que tratam do humano. Fomentando, dessa forma, modos diferentes de perceber e cuidar do outro. No entanto, identificamos hoje que o modelo tradicional da psiquiatria, cuja configuração é pautada no modelo biologicista e medicalizante, está presente de maneira contundente nos dispositivos pós-Reforma Psiquiátrica, ainda que o movimento reformista tenha cogitado e construído modos de cuidados alternativos.

Portanto, faz-se relevante questionar a incisiva prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial como forma prioritária de tratamento, pois essa ação incide em uma patologização da vida, o que, por vezes, pode retirar do usuário de saúde mental a possibilidade de se responsabilizar pela sua própria existência. Na ruptura com o modelo paradigmático manicomial a partir da Reforma Psiquiátrica compreendeu-se que promover uma relação terapêutica que incite a tutela e a dependência entre o profissional e o usuário de saúde mental vai ao encontro aos ditames da lógica

manicomial. Dessa maneira, trabalhar com o horizonte de promover a autonomia do usuário é imprescindível para evitar recair em uma relação de tutela e dependência. De acordo com Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 176) nos dispositivos de Atenção Psicossocial:

O cuidado deixa de ser o do isolamento terapêutico ou do tratamento moral pineliano para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber.

Em suma, o que instiga esta pesquisa é a significativa prescrição de psicofármacos como forma de tratamento em dispositivos psicossociais para pessoas que já façam uso imoderado de outras substâncias psicoativas, como álcool e/ou drogas. Desse modo, esta dissertação tem como objetivo geral empreender uma compreensão fenomenológico-hermenêutica sobre a prevalência de prescrições de psicofármacos na Atenção Psicossocial brasileira, mais especificamente no CAPSad.

No que concerne à metodologia utilizada para realizar esta pesquisa, optamos pela Revisão Narrativa da Literatura. Caminho esse que se anunciou para que compreendêssemos um pouco mais sobre o fenômeno da prescrição imoderada de psicofármacos na Atenção Psicossocial brasileira.

Realizamos uma busca nas bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, e Capes. Algumas palavras-chave foram pareadas nas buscas, tais como CAPSad, psicofármacos, drogas, álcool, saúde mental, medicalização, luta antimanicomial, medicalização, atenção psicossocial, substâncias psicoativas, hermenêutica e fenomenologia. Foram encontradas, nas pesquisas realizadas, publicações produzidas no território brasileiro, em revistas de psicologia, de saúde coletiva, de enfermagem, de medicina, de farmácia e de sociologia.

A fim de empreender uma leitura fenomenológico-hermenêutica acerca da incisiva prescrição de psicofármacos como principal forma de tratamento que se pronuncia nos serviços de Atenção Psicossocial, como o CAPSad, foi necessário tematizar alguns objetivos específicos, destrinchados nos três capítulos que compõem esta dissertação.

No primeiro capítulo será tematizada a compreensão fenomenológico-hermenêutica do filósofo Martin Heidegger, em que o mesmo discorre sobre a compreensão de homem, enquanto um ente essencialmente indeterminado lançado em mundo que fornece as orientações sedimentadas historicamente. Serão tematizados os existenciais ser-no-mundo, ser-com e cuidado (*Sorge*), a fim de elucidar o objetivo geral proposto. Ainda nesse capítulo será desdobrada a

compreensão do filósofo sobre a essência da técnica, que se anuncia como um modo de desvelamento da realidade ao modo da provocação e intervenção dos entes, e de como somos absorvidos, de início e na maior parte das vezes, por esse modo de compreensão do mundo, presente tanto no que se reconhece como patologia quanto no tratamento da mesma.

No segundo capítulo será realizada uma contextualização da loucura e de seus modos de tratamentos prevaletentes no mundo ocidental, desde o modelo manicomial até a criação de serviços substitutivos que operam atualmente no país. Esse capítulo tem a pretensão de esclarecer a mudança das formas de lida com a loucura no Ocidente, desde os grandes hospitais e manicômios até a criação de serviços substitutivos deste modelo hegemônico motivada pela luta antimanicomial brasileira.

No capítulo de número três, o foco estará na compreensão da psiquiatria biológica empreendida no século XXI, que se pauta na revolução dos manuais diagnósticos em saúde mental e na gênese dos psicofármacos para tratamento de diversas situações da existência consideradas patológicas. Será discutido, nesse capítulo, o modo interventivo e provocador da ciência na tentativa de modular ou de manipular as sensações, os sentimentos e comportamentos humanos via substâncias psicoativas.

E, por fim, no quarto capítulo será discutida a contundente prescrição de psicofármacos, resultado de pesquisas realizadas em diferentes unidades de saúde pública que atendem a demanda da saúde mental, e, especificamente, nos dispositivos da Atenção Psicossocial brasileira, como os CAPS e CAPSad, assim como uma leitura fenomenológico-hermenêutica deste fenômeno.

1 DASEIN E A ESSÊNCIA DA TÉCNICA

Neste capítulo trataremos a contribuição do filósofo Martin Heidegger (1889-1976) sobre a ontologia fundamental do ser que se desdobra em sua obra *Ser e tempo* de 1927, assim como seu exercício de pensamento sobre a essência da técnica em duas conferências contidas na obra *Ensaaios e Conferências* originalmente lançada em 1954, intituladas *A questão da técnica* e *Ciência e pensamento de sentido*. A compreensão de Heidegger sobre o homem enquanto *Dasein*, assim como os existenciais ser-no-mundo, ser-com, *Sorge* e o conceito de impessoalidade são extraídos da obra *Ser e tempo*. Na subseção 1.2 será abordado o ensaio acerca a essência da técnica, que versa sobre o modo em que a princípio e na maior parte das vezes, desvelamos a realidade ao modo da exploração, da provocação e do controle. Na seção seguinte será abordado o modo como a ciência corresponde ao desvelamento da essência da técnica. O desdobramento teórico de alguns conceitos heideggerianos está presente nesta dissertação a fim de sustentar a compreensão sobre o fenômeno da prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial brasileira.

1.1 A questão do dasein em ser e tempo

Na obra *Ser e Tempo* (1927/2014), Martin Heidegger vai se empenhar em tematizar o sentido do ser. Inicialmente, o autor busca evidenciar que a compreensão de homem enquanto sujeito, ou seja, enquanto um ente dotado de uma essência previamente determinada, subjaz no esquecimento da diferença ontológica entre ente e ser, sedimentada pela tradição metafísica. O filósofo compreendia que o modo de acesso ao ser ocorria pela via reflexiva das manifestações do ente. Nessa obra, ele desdobra a noção de homem enquanto *Dasein*, como um ser ontologicamente indeterminado, lançado em um mundo de significações sedimentadas historicamente (FEIJOO, 2000).

Dessa forma, ao realizar sua investigação sobre o sentido do ser, Heidegger compreende que a cotidianidade mediana se apresenta como o âmbito mais privilegiado para a análise. De início e na maior parte das vezes, o homem ou o *Dasein* tende a seguir o que é determinado pelo impessoal. Isto significa que o filósofo entende que a ação mais banal, mais ordinária do homem na sua cotidianidade é a que deve ser tematizada a fim de que o sentido do ser se desvele. Para se conhecer

o ser do *Dasein* é preciso, portanto, não partir de teorias ou conceitos previamente construídos em busca de uma adequação, mas partir da expressão que se apresenta de maneira mais banal do ente em sua cotidianidade mediana. Este momento, em que emerge a ação, é propício para se o questionar o sentido do ser. (HEIDEGGER, 2014).

A visão corrente que abrange tanto o pensamento do senso comum, quanto o da ciência compreende o homem cindido do mundo. Esta forma de desvelar a realidade nos limita, pois fatalmente recairemos em uma compreensão individualizante do homem. Tal posicionamento acaba por sedimentar o esquecimento do ser, pois tende a enxergar o homem como um ente simplesmente dado, com características essenciais constituídas aprioristicamente. Ou seja, como algo que exista por si mesmo, que possua uma substância inerente. Entretanto, *Dasein* ou ser-áí não possui qualquer substância ou essência que o defina previamente (HEIDEGGER, 2014).

O filósofo Martin Heidegger com a sua visada radical da cooriginalidade entre homem e mundo se diferencia da compreensão já sedimentada pela metafísica do sujeito que posiciona o objeto. O que nos motiva a dialogar com o filósofo é a sua compreensão de homem enquanto um ser indeterminado ontologicamente³, e, por isso, sem uma quididade inerente. Isto é, não há nenhuma interioridade ou essência que determine o homem.

Do mesmo modo que os filósofos Platão e Aristóteles, Heidegger se empenhou em encontrar o sentido do ser. Todavia, se diferenciou de ambos, ao compreender a imprescindibilidade de marcar a diferença entre ser e ente. Heidegger afirma que desde Platão e Aristóteles até Hegel, a definição do ser sedimentou-se em uma compreensão do mesmo enquanto permanência. Ou seja, como ente. A ontologia fundamental do filósofo se dá na procura do sentido do ser. Seu empenho consiste em resgatar o sentido do ser que jaz obscurecido pela compreensão metafísica do homem como um ente simplesmente dado. Isto é, como um ente plenamente presente e aparente, tal como um objeto (HEIDEGGER, 2014).

Para realizar essa empreitada de investigação do sentido do ser, Heidegger utilizará o método fenomenológico-hermenêutico a fim de captar os modos de ser que o homem expressa em sua existência. Desprendendo-se, para tanto, das teorias erigidas sobre o homem pela tradição metafísica que concebe o homem como um

³ Ontológico diz respeito ao estudo do ser. Em contrapartida, ôntico é o que concerne ao ente.

ente que possui uma essência inerente. De acordo com a visão corrente da ciência moderna cartesiana, o homem é naturalmente dissociado dos objetos, de outros entes ou da natureza, sendo, portanto, compreendido como sujeito e as aparências externas a ele como objeto. O homem enquanto substância é compreendido como um *eu* que possui corpo e psiquismo regulados por leis universais. O *eu*, enquanto uma unidade da dissociação corpo e mente, é passível de mensuração e possui determinações causais (FEIJOO, 2011).

Por sua vez, o método fenomenológico-hermenêutico consiste em desvelar o fenômeno suspendendo o que se diz sobre o mesmo, dar um passo atrás permitindo que ele sobressaia, deixar que ele se revele por si. Esse passo atrás representa a atitude antinatural, ou a *Epoché* (denominada assim pelo filósofo Edmund Husserl). Sem, contudo, negar a facticidade, isto é, o caráter mundano do existir humano. Adotar uma atitude antinatural consiste em suspender os pressupostos vinculados ao fenômeno em questão, ao mesmo tempo em que se elucida o sentido e determinações constituídos historicamente (FEIJOO, 2011).

Entretanto, é importante iniciar abordando de forma breve o pensamento de dois pensadores do século XIX que influenciaram a gênese do pensamento fenomenológico-hermenêutico de Heidegger: Edmund Husserl (1859-1938) e Wilhelm Dilthey (1833-1911).

O filósofo Edmund Husserl concebeu a fenomenologia como método de investigação dos fenômenos. Tal concepção correspondia a uma iniciativa original pelo fato de o filósofo prescindir das teorias construídas que serviam como mediadoras entre o pesquisador e o fenômeno em questão. Para tanto, era imprescindível estabelecer e manter uma atitude antinatural frente aos fenômenos. Isso significa suspender as concepções apriorísticas, tanto do senso comum quanto de um saber científico especializado sobre o fenômeno em investigação, a fim de conhecê-los por eles mesmos, descrevendo-os fielmente tal como se apresentam à consciência. Apoiando-se neste método fenomenológico, Husserl investigará a consciência (notadamente compreendida no século XIX como uma substância da interioridade humana). Mas, a partir deste método original, Husserl irá desconstruir a noção corrente da consciência como uma quiddidade para instaurar a consciência intencional, isto é, o eu como um fluxo dinâmico de vivências, vazio de substancialidade e que se realiza em um ato intencional junto aos fenômenos percebidos (FEIJOO, 2011).

Inicialmente, o filósofo Heidegger se inspira e se apoia na noção da consciência intencional de seu mestre Husserl, mas radicaliza tal noção ao conceber como imprescindível o mundo fático na compreensão do homem. E assim adiciona o caráter hermenêutico, ou seja, o caráter histórico que atravessa, inexoravelmente, o homem nas suas elucubrações, influenciado por Wilhelm Dilthey. Para ele, o caráter hermenêutico se institui como uma rede significativa que abarca o homem e o constitui historicamente. As contribuições filosóficas dos dois pensadores, embora aparentemente divergentes, são complementares e foram fundamentais para a estruturação do pensamento fenomenológico-hermenêutico de Heidegger (FEIJOO, 2011).

Sob inspiração dos dois autores acima mencionados, Heidegger ao pensar sobre o homem não buscará erigir uma teoria acerca de uma subjetividade ou de um ente encapsulado com propriedades ou determinações prévias e universalizantes. A noção de *Dasein* que Heidegger traz ao se inspirar em Husserl e Dilthey vem de uma tentativa de não substancializar o homem como as teorias existentes anteriormente tentavam fazer. O filósofo pretende se afastar da concepção do homem enquanto sujeito, como um ente que possui uma substância previamente determinada (FEIJOO, 2011).

Heidegger na procura por substituir o termo sujeito (correntemente utilizado para designar homem) lança mão do termo *Dasein*. A finalidade dessa substituição é a de destacar a relação indissociável entre homem e mundo. Homem e mundo são cooriginários. Mundo aqui compreendido como rede de significados sedimentados historicamente com os quais o ser se relaciona. Este é o ente privilegiado que se diferencia de outros entes no mundo por ter a possibilidade de se questionar. Não é um ente encerrado em uma essência ou em um modo de ser ou de se apresentar que seja perene. A denominação da compreensão corrente de homem enquanto sujeito tende a um fechamento, a um encerramento, a um ente simplesmente dado. Contudo, o termo *Dasein* vai caracterizar o ser do homem como abertura, como uma relação do ser com o aí, com o espaço em que se encontra lançado. *Dasein* é existência⁴, é ser em relação, é abertura para o mundo. E por ser abertura, não possui qualquer essência que o determine. De acordo com Magliano (2019, p. 24), *Dasein* “se constitui

⁴ *Ek-sistere* é o termo etimológico utilizado por Martin Heidegger que designa existência como pura abertura para as suas possibilidades de poder ser. Noção completamente oposta do entendimento de uma existência determinada e encerrada em si mesma.

a partir das relações que estabelece no espaço aberto pelo horizonte histórico no qual se encontra vivendo”. A constituição de *Dasein* ocorre na existência, em relação com seu mundo (horizonte hermenêutico) e em relação com outros entes dotados de presença, ou seja, *Dasein* coexiste com outros *Dasein*. Portanto, *Dasein* é ser-no-mundo e também ser-com.

Heidegger (2014) na sua analítica existencial utiliza a expressão ser-no-mundo que designa o modo de ser constitutivo do *Dasein*. Essa expressão não define uma relação espacial cujo ser está contido dentro do mundo, tal qual um ente simplesmente dado. Ser-no-mundo designa o ser que habita o mundo, ou que o ser é familiar ao mundo que se é. Segundo Magliano (2019, p. 43),

Dasein encontra o mundo a partir e em meio à convivência e co-existência com outros Dasein, uma vez que constitui sua abertura tomando parte em um horizonte compreensivo compartilhado, visto que seu ser-no-mundo se dá em conjunto com os outros Dasein. Portanto, o ser-no-mundo nunca pode se dar no isolamento, o Dasein é sempre ser-no-mundo-com (ou ser-com, Mitsein).

Dasein é ser-com, o encontro com o outro ocorre porque somos *Dasein*, abertura, existência (ou presença, como é traduzido por Márcia Sá Cavalcante Schuback para a versão em português da obra *Ser e tempo*). Como Heidegger (2014, p. 174-175) diz:

Os “outros” não significam todo o resto dos demais além de mim, do qual o eu se isolaria. Os outros, ao contrário, são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, *não* se consegue propriamente se diferenciar, são aqueles entre os quais também se está. Esse estar também com os outros não possui o caráter ontológico de um ser simplesmente dado “em conjunto” dentro de um mundo. O “com” é uma determinação da presença. O também significa a igualdade no ser enquanto ser-no-mundo que se ocupa dentro de uma circunvisão. “Com” e “também” devem ser entendidos *existencialmente* e não categorialmente. À base desse ser-no-mundo *determinado pelo com*, o mundo é sempre mundo compartilhado com os outros. O mundo da presença é *mundo compartilhado*. O ser-em é ser-com os outros. O ser-em-si intramundano desses outros é *copresença*.

Heidegger (2014), diz em *Ser e tempo* que “com” de ser-com é uma determinação da presença e *Dasein* é ser-com-os-outros, é copresença. O encontro com os outros se dá em um mundo compartilhado.

Se o ser-com constitui existencialmente o ser-no-mundo, ele deve poder ser interpretado pelo fenômeno da *cura*, da mesma forma que o modo de lidar da circunvisão com o manual intramundano que, previamente, concebemos como ocupação. Pois esse fenômeno determina o ser da presença em geral. O caráter ontológico da ocupação não é próprio do ser-com, embora esse modo de ser seja um ser para os entes que vêm ao encontro dentro do mundo como ocupação. O ente, com o qual a presença se relaciona enquanto ser-com, também não possui o modo de ser do instrumento à mão, pois ele

mesmo é presença. Desse ente não se ocupa, com ele se *preocupa* (HEIDEGGER, 2014, p.177).

Cura é o termo utilizado pela tradutora Márcia Sá Cavalcante Schuback para palavra em alemão *Sorge*, também traduzível por cuidado⁵. É o cuidado que determina o ser do *Dasein*, em geral. De acordo com Sá (2017), cuidado é a unidade da cotidianidade mediana, imprópria e impessoal e das possibilidades de transformações inerentes ao *Dasein*. É a unidade existencial ontológica do *Dasein*. O ser do *Dasein*, do ser-no-mundo é cuidado por ser um desenvolvimento integrador da multiplicidade estrutural revelado pela análise fenomenológica do ser-no-mundo realizada em *Ser e Tempo*. O ser-aí é o seu “aí” (seu mundo), é a abertura de mundo que revela sentido do ser dos entes que lhe vêm ao encontro. *Dasein* é seu mundo. Qualquer realização das possibilidades existenciais em qualquer modo – impróprio ou próprio; impessoal ou singular; autêntico ou inautêntico – transforma o modo de representar os entes que lhe vêm ao encontro. Qualquer transformação no ser-aí, ou qualquer realização das possibilidades existenciais, transforma o seu aí, isto é, o seu mundo, que é ele mesmo. Segundo Feijoo (2000), cuidado é o próprio movimento do existir, do pôr-se para fora. O cuidado se constitui no próprio movimento de abertura, de existir do *Dasein* que se dá no tempo, no acontecer.

A designação do ser do *Dasein* como “cuidado” é um desenvolvimento integrador da multiplicidade estrutural que a análise fenomenológica do “ser-no-mundo” revela em “Ser e Tempo”. Por não ser nenhuma “substância” ou “ser-simplesmente-dado”, o *Dasein* se dá sempre “no-mundo”, numa estrutura de significância, num contexto de relações. O modo de ser do homem é ser sempre e primordialmente em relação, repousando aí todas as possibilidades de comportamento concreto, ôntico (MATTAR; SÁ, 2008).

De acordo com Heidegger (2014), no que concerne à relação de *Dasein* com outros entes simplesmente dados que lhe vêm ao encontro no mundo, tal como objetos ou instrumentos, ele denomina como ocupação. Já a relação do *Dasein* com entes dotados de presença, ou seja, com outros existentes, o autor utiliza o termo preocupação. Este se desdobra em duas possibilidades extremas de relacionamento com outros *Dasein*: a preocupação substitutiva e a antepositiva. Sobre a preocupação substitutiva:

⁵ É necessário pontuar que o termo cuidado aqui tratado nesta subseção possui o sentido ontológico utilizado por Heidegger na sua análise do sentido do ser em sua obra *Ser e Tempo*. Portanto, não se confunde com o sentido ôntico de cuidado utilizado na língua portuguesa, como capricho, atenção, cautela ou zelo.

Essa preocupação assume a ocupação que o outro deve realizar. Esse é o deslocado de sua posição, retraindo-se, para posteriormente assumir a ocupação como algo disponível e já pronto, ou então dispensar-se totalmente dela. Nessa preocupação o outro pode tornar-se dependente e dominado mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado (HEIDEGGER, 2014, p.178).

A preocupação substitutiva assume as “ocupações” do outro devolvendo-as, posteriormente, quando estiverem prontas. Este modo de cuidado consiste em dar um salto para o interior da existência do outro, e assumir aquilo com o qual o outro se ocupa. Há uma relação de dependência e dominação, sem espaço para uma relação de liberdade. O outro substituído pode tornar-se dependente e dominado, ainda que tal situação permaneça encoberta para o mesmo (HEIDEGGER, 2014).

Já na preocupação antepositiva ou libertadora, o cuidado põe o outro diante de suas próprias possibilidades existenciárias de ser (SÁ, 2017). Desta maneira, *Dasein* salta para o outro se antecipando a ele como tal. Essa preocupação é a cura de fato. Ajuda o outro a tornar-se transparente e livre para si mesmo (HEIDEGGER, 2014). Este modo de cuidado tal como a preocupação antepositiva ou libertadora versa sobre dar um passo atrás e libertar o outro para decidir, auxiliando-o a tornar-se transparente para si mesmo.

O modo de preocupação substitutiva, que tende a saltar para existência do outro e assumir sua ocupação na existência, nos oferta subsídios para compreender o fenômeno da prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial. No capítulo posterior será discutida a constatação da indiscriminada oferta de psicofármacos como tratamento prioritário retratado pelas pesquisas realizadas na área da saúde mental e da atenção psicossocial. Algumas pesquisas apontam práticas de acolhimento e tratamento no âmbito da saúde mental e da Atenção Psicossocial que acabam tutelando os pacientes ou usuários, a despeito do progresso da Luta Antimanicomial brasileira que tinha a finalidade de inocular práticas manicomiais e tutelares do modelo manicomial.

Ainda sobre o cuidado ou *Sorge*, Heidegger aborda que inicialmente, e na maior parte das vezes, *Dasein* se mantém nos modos deficientes de preocupação:

O ser por um outro, contra um outro, sem os outros, o passar ao lado um do outro, o não sentir-se tocado pelos outros são modos possíveis de preocupação. E precisamente estes modos, que mencionamos por último, de deficiência e indiferença, caracterizam a convivência cotidiana e mediana de um com o outro. Também esses modos de ser apresentam o caráter de não surpresa e evidência que convém tanto à copresença intramundana cotidiana

dos outros como à manualidade do instrumento de que se ocupa no dia a dia (HEIDEGGER, 2014, p.178).

O filósofo afirma que na convivência mediana da cotidianidade impera o modo indiferente de preocupação, característico pela evidência ou pela ausência de surpresa. Isso significa que os modos indiferentes de convivência do ser-com-os-outros ajudam a sedimentar a compreensão imediata do ser como um ente simplesmente dado. Entretanto, Heidegger salienta que entre o modo de ser indiferente no trato com os entes e com os outros *Dasein* há uma diferença ontológica essencial (HEIDEGGER, 2014).

De início e na maior parte das vezes, o *Dasein* se encontra lançado no mundo e tende a absorver os sentidos constituídos e sedimentados pelo horizonte histórico. Isto quer dizer que o ser-aí inicialmente se familiariza com as determinações que permeiam a cotidianidade mediana, o que o filósofo denominará de impessoal (*das Man*). O *Dasein* seguindo a cadência do impessoal tende a lidar com os entes que lhe vêm ao encontro de modo operacional, não tematizado e sem reflexão (HEIDEGGER, 2014).

Neste afastamento constitutivo do ser-com reside, porém: a presença, enquanto convivência cotidiana, está sob a *tutela* dos outros. Não é ela mesma que é, os outros lhe tomam o ser. O arbítrio dos outros dispõe sobre as possibilidades cotidianas de ser da presença. Mas os outros não estão *determinados*. Ao contrário, qualquer outro pode representá-los. O decisivo é apenas o domínio dos outros que, sem surpresa, é assumido sem que a presença, enquanto ser-com, disso se dê conta. O impessoal pertence aos outros e consolida seu poder. “Os outros”, assim chamados para encobrir que se pertence essencialmente a eles, são aqueles que, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, são “*copre-sentes*” na convivência cotidiana. O quem não é este ou aquele, nem o si mesmo do impessoal, nem alguns e muito menos a soma de todos. O “quem” é o neutro, o *impessoal* (HEIDEGGER, 2014, p 183).

O *Dasein*, enquanto um ser essencialmente indeterminado, despossuído de características inerentes é lançado em um mundo que já possui determinações e orientações sedimentadas historicamente. Desta forma encontra-se absorvido por essas determinações impessoais sedimentadas em uma cotidianidade mediana que orientam, a princípio e usualmente, a compreensão sobre o mundo e sobre os modos de ser. *Dasein* segue a cadência das determinações da cotidianidade mediana. Isto é, apreende de forma naturalizada as determinações que imperam no mundo de maneira impessoal, tomando-as como naturalmente dadas, sem questionar sua validade ou veracidade (HEIDEGGER, 2014).

De acordo com o entendimento e as elucubrações de Martin Heidegger, na cotidianidade mediana impera uma visada característica denominada por ele como essência da técnica, que se revela como uma espécie de pré-compreensão, como um modo de desvelar exploratório e provocativo. Esse modo de compreensão da realidade, de início e na maior parte das vezes, é o que vai ditar a relação homem-mundo, em que se desvela mundo com vistas à exploração e ao controle dos entes. Esta temática será discutida na próxima subseção.

1.2 A essência da técnica: sobre a visão de mundo que vigora nosso tempo

Nesta subseção abordaremos a compreensão imperativa da realidade constituída pelo impessoal, tematizada por Heidegger em sua conferência realizada em Munique, na Alemanha, no ano de 1953, intitulada *A questão da técnica* (2008a). Esta conferência está reunida com outros textos na obra *Ensaio e conferências*, lançada originalmente na Alemanha, no ano de 1954.

Ao questionar a essência da técnica, o filósofo pretendia ir além da resposta óbvia sobre técnica, tecnologia ou máquinas. Heidegger conclui que a essência da técnica é pervasiva a tal ponto que se apresenta como um modo de desvelar, de compreender a realidade. O modo de pré-compreensão pertinente à essência da técnica nos impele a desvelar o mundo ao modo da exploração dos recursos disponíveis e do controle dos entes. Com isso há determinações estimadas que vigem na atualidade concernentes à eficiência, rapidez, maximização dos lucros, previsão, segurança, estabilidade e etc. Tal fato nos dará base para pensarmos sobre o fenômeno da contundente prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial brasileira, mais especificamente no CAPSad.

Martin Heidegger inicia seus escritos sobre essa temática questionando: qual é a essência da técnica? “Questionar a técnica significa, portanto, perguntar o que ela é.” (2008a, p. 11). Nesta oportunidade, o filósofo pretende compreender o que é a essência da técnica. Sua primeira afirmação consiste em dizer que a técnica e a sua essência não são a mesma coisa; quando pergunta pela essência da técnica, quer saber sobre o que rege a técnica. Para tanto, nos alerta sobre uma postura imprescindível ao refletir sobre o assunto em questão: considerar a técnica neutra, equânime, isto é, sem apoiá-la ou negá-la apaixonadamente. Para ele seria ingênuo considerarmos a essência da técnica como um meio para alcançar um fim. Ou seja, a

partir do conceito de instrumentalidade da técnica, de entender a técnica como um meio necessário para atingir determinado fim. E ao considerar como um fazer humano recairíamos em uma visão antropológica, o que também é uma consideração limitada sobre o assunto (HEIDEGGER, 2008a).

As concepções correntes da técnica, ou seja, a noção instrumental e antropológica da técnica, ainda que corretas, são consideradas pelo filósofo concepções limitadas e rasas, e dessa forma acabam por obscurecer a sua essência. Essa sim, nos concederá a concepção mais originária sobre a técnica, possibilitando-nos ter uma relação livre com a mesma, que Heidegger (2008a) denomina de serenidade.

Quando concebemos a técnica como meio para o alcance de um fim, somos levados a pensar que o problema da moderna tecnologia se resumiria ao bom controle e domínio de seu uso e emprego. No entanto, quanto mais se quer dominar a técnica, tanto mais ela escapa ao controle e reaviva a vontade humana de controlá-la, produzindo-se uma espiral de consequências imprevisíveis (DUARTE, 2010, p. 124).

Portanto, é para a essência da técnica que Heidegger se propõe a nos conduzir, sendo indispensável, para tanto, mergulharmos em um pensamento meditante e reflexivo. Um pensamento que exige mais paciência do homem, sendo necessário demorar-se mais na questão, sem permitir que a ânsia pelo resultado se torne um obstáculo, tal como ocorre no pensamento que calcula, ou seja, no pensamento que se satisfaz com noções explicativas operacionais, de causa e efeito. Mas para chegarmos neste lugar de meditação, é imprescindível que partamos do já conhecido. Ou seja, para chegarmos ao fundo do lago (na essência), deveremos partir do raso desse lago: pela compreensão corrente da técnica.

O filósofo vai iniciar tematizando a concepção instrumental da técnica, ou seja, a ideia de causalidade, de meio para um fim. Heidegger se aprofunda na tematização ao buscar a origem das quatro causas aristotélicas: material, formal, final e eficiente. No pensamento tradicional grego essas tinham uma correlação de responder e dever entre si. Havia uma ligação de corresponsabilidade dentre estas quatro causas de fazer algo que estava encoberto aparecer, se desencobrir.

É que os quatro modos de responder e dever levam alguma coisa a aparecer. Deixam que algo venha a viger. Estes modos soltam algo numa vigência e assim deixam viger, a saber, em seu pleno advento. No sentido deste deixar, responder e dever são um deixar-viger (HEIDEGGER, 2008a, p.15).

Essa concepção da técnica corresponde a uma noção de produção de um efeito, de levar algo a aparecer. Esta forma de desencobrimento serve tanto para compreendermos algo que se descobre por si mesmo, como uma flor ou um fruto, mas também o que pode ser produzido por um artesão. Tal como o exemplo do cálice que Heidegger (2008a) utiliza na referida conferência. Para produzir um cálice é necessário o material, no caso, a prata. Essa responde ao cálice enquanto matéria determinada; o cálice, por sua vez, deve à prata o material fornecido. Além do material, há a forma, o perfil do utensílio do sacrifício, pois um cálice não tem a mesma forma que um broche ou anel, ainda que feitos do mesmo material, a prata. “Tanto a prata, em que entra o perfil do cálice, como o perfil, em que a prata aparece, respondem, cada uma, a seu modo, pelo utensílio do sacrifício” (HEIDEGGER, 2008a, p. 14) A terceira causa, a causa final é o que define previamente o que o cálice servirá quando realizado, como um utensílio sagrado. É a finalidade. A quarta causa, a eficiente, é quando o ourives reúne os três modos anteriores e reflete na produção do cálice sacrificial. Os quatro modos são diferentes entre si, embora componham uma unidade, uma coerência. “A pro-dução conduz do encobrimento para o desencobrimento. Só se dá no sentido próprio de uma pro-dução, enquanto e na medida em que alguma coisa encoberta chega ao des-encobrir-se” (HEIDEGGER, 2008a, p. 16). Assim, o filósofo chega à compreensão de técnica como desencobrimento, ou seja, como *alétheia*, em grego, e que pode ser traduzido como verdade, não velamento. A técnica artesanal pode ser traduzida pelo grego como o saber, como conhecimento que desoculta o que antes permanecia encoberto. Duarte nos ajuda a esclarecer o pensamento de Heidegger neste trecho:

Heidegger hifeniza o verbo alemão *ver-na-lassen* a fim de enfatizar o radical *lassen*, deixar. Com isso, ele nos conduz a uma concepção da causalidade em que o efeito ativo de trazer algo à existência é pensado como um deixar vir à presença. A ideia é a de que a causalidade não pode ser pensada como a imposição violenta ou arbitrária de meios para gerar resultados, mas como uma conformação, uma adequação entre o que vem à luz e os procedimentos pelos quais isso pode vir a ser (2008, p. 126).

Entretanto, logo em seguida, Heidegger menciona que essa concepção de produção como desencobrimento, ou seja, como um trazer o ente à presença, diz respeito à técnica artesanal, mas não à técnica moderna, a qual ele afirma ser “caracterizada pela máquina e aparelhagens” (HEIDEGGER, 2008a, p. 18). No desencobrimento da técnica artesanal há um esperar e confiar que algo surja (em grego: *poiésis*). Já na técnica moderna há um desafio, uma expectativa de que algo surja de uma forma

previamente determinada. E ainda, diferente da técnica artesanal, a técnica moderna não é um deixar aparecer, mas um provocar que algo apareça. (HEIDEGGER, 2008a).
Aí se encontra uma diferença radical.

O desencobrimento, que rege a técnica moderna, é uma exploração que impõe à natureza a pretensão de fornecer energia, capaz de, como tal, ser beneficiada e armazenada. Isto também não vale ao antigo moinho de vento? Não! Suas alas giram sem dúvida, ao vento e são diretamente confiadas a seu sopro. Mas o moinho de vento não extrai energia das correntes de ar para armazená-las. (HEIDEGGER, 2008a, p. 18-19).

A técnica moderna não é harmoniosa ou respeitosa para com a natureza, configura-se como uma provocação da mesma para que gere recursos, para exploração. Segundo Duarte (2010, p. 129-130):

Em outras palavras, a técnica moderna não se conjuga mais à natureza, mas arranca à natureza as condições de sua perpetuação, ao custo de uma contínua agressão: a técnica moderna não pode produzir sem agredir a natureza, convertendo-a em estoque de reserva ou subsistência (*Bestand*). Nisso reside a diferença essencial entre o antigo moinho de vento, cujas hélices se encontravam em harmonia com o ar, e a atual hidrelétrica às margens do rio, que extrai energia do curso das águas para estocá-la e reaproveitá-la indefinidamente.

Em suma, o filósofo em seu questionamento acerca da técnica moderna esclarece que ela também é um modo de desvelamento, do mesmo modo da técnica artesanal. Mas diferente dessa, que é um deixar aparecer, a técnica moderna traz em seu bojo um desocultar que prevê um resultado planejado e calculado. Mais uma vez dialogamos com Duarte (2010, p. 143) a fim de trazer mais esclarecimentos:

A técnica moderna não se satisfaz em trazer os entes à presença, mas os descobre já como matéria ou recurso que pode ser continuamente reutilizado, transformado, economizado e manipulado em um ciclo supostamente infinito, no qual se instala a devastação da natureza e do humano.

De início, e de modo geral, na atualidade desvelamos os entes como recurso a ser explorado, estocado e armazenado. Este modo de compreensão, de desvelamento dos entes tende, não só a provocar algo a aparecer, como também a controlar a estabilidade do resultado provocado pelo maior tempo possível. A exploração da natureza também é realizada com fins de gerar o máximo rendimento com o custo reduzido. Além disso, a exploração do ente se dá com a finalidade de dispor do mesmo. É imperativo que o ente esteja disponível, a postos para a manipulação. Na natureza de tudo se pode dispor para fins de exploração: o solo, o vento, o vapor do calor e os homens. (HEIDEGGER, 2008a).

A usina hidroelétrica posta no Reno dis-põe o rio a fornecer pressão hidráulica, que dis-põe as turbinas a girar, cujo giro impulsiona um conjunto de máquinas, cujos mecanismos produzem corrente elétrica. As centrais de transmissão e sua rede se dis-põem a fornecer corrente. Nesta sucessão integrada de dis-posições de energia elétrica, o próprio rio Reno aparece, como um dis-positivo. A usina hidroelétrica não está instalada no Reno, como a velha ponte de madeira que, durante séculos, ligava uma margem à outra. O rio que hoje o Reno é, a saber, fornecedor de pressão hidráulica, o Reno o é pela essência da usina (HEIDEGGER, 2008a, p. 20).

A marca essencial máxima da era da técnica é provocar e explorar. E tudo o que é atingido pela essência da técnica moderna, ou seja, pelo desencobrimento explorador (Heidegger nomeia esta forma de desencobrimento na língua alemã de *Gestell*⁶) não é mais representado como um objeto, e sim como dis-ponibilidade (*Bestand*). Não é mais um mero objeto, pois não deve se bastar por si mesmo, mas deve estar disponível, de prontidão para a exploração.

É imperioso permanecer em um estado específico para que esta demanda se concretize. Como na exemplificação que Heidegger usa do avião em sua conferência. Esse deve estar pronto para decolar, deve estar disposto a garantir a possibilidade de transportar, pronto para servir (HEIDEGGER, 2008a).

A dis-ponibilidade dos entes é um prolongamento, uma radicalidade das categorias sujeito e objeto, constituídas no aparecimento da filosofia e da ciência do século XVII. Não há incongruência entre as etapas do desenvolvimento tecnocientífico do sujeito e objeto e do conceito de disponibilidade, mas sim uma acentuação radical ou seu completo vigor, como acentua Heidegger (2008b, p. 52):

Não será aqui possível discutir com precisão o grau e a medida em que, na mais recente fase da física atômica, *também* o objeto desaparece e a relação sujeito-objeto assume, enquanto pura relação, o primado *frente* ao sujeito e ao objeto e tende a assegurar para si a pura condição de dis-ponibilidade dispositiva. A objetividade se transforma na constância da dis-ponibilidade determinada pela com-posição. Só assim a relação sujeito-objeto chega a assumir seu caráter de “relação”, ou seja, de dis-posição em que tanto o sujeito como o objeto se absorvem em dis-ponibilidades. Isso não significa que a relação sujeito-objeto desaparece mas, ao contrário, que somente agora atinge seu completo vigor já predeterminado pela com-posição. Ele se torna, então, uma disponibilidade a ser dis-posta.

Inclusive, no que tange ao âmbito tecnocientífico da modernidade tardia, o ente não é mais visto como um mero objeto cujas teorias científicas investigam as suas

⁶ Duarte (2010) elenca algumas traduções dessa palavra em alemão e afirma não haver consenso entre elas: Loparic e Werle traduzem por “armação”. Ernildo Stein a traduz por arazoamento. Emmanuel Carneiro Leão usa com-posição. Vatimo a traduz por im-posição. William Lovvit usa a palavra “enframing” que em português se entende por moldura. Já o próprio Duarte utiliza a palavra “dispositivo”.

características e atributos, garantindo uma neutralidade. Pelo contrário, a ciência em seus métodos de investigação e arcabouço teórico, mantém uma postura completamente intervencionista. Dessa forma, os entes e a natureza são desvelados como recursos a serem explorados, como dis-ponibilidades ou subsistências (DUARTE, 2010). E no âmbito tecnocientífico importa:

[...] assegurar-se de maneira planejada e calculada das mais variadas possibilidades interconectadas de produção, reprodução, incremento e destruição, posto que a ciência, em conjunção com a técnica moderna, se torna cada vez mais intervencionista (DUARTE, 2010, p. 146).

Gestell, sendo a força de reunião que rege esse desencobrimento explorador, convoca o homem a descobrir o real como dis-ponibilidade. Diante disso, Heidegger alerta para alguns perigos que se tornam possibilidade nesse desencobrimento explorador. Um deles é de o homem trancar-se apenas nesta possibilidade e interpretar tudo o que vem ao seu encontro sob o espectro da causalidade.

Do mesmo modo, em que a natureza, expondo-se, como um sistema operativo e calculável de forças pode proporcionar constatações corretas mas é justamente por tais resultados que o desencobrimento pode tornar-se o perigo de o verdadeiro retirar-se do correto (HEIDEGGER, 2008, p. 29).

E seguindo essa cadência, tudo o que se revela na existência tende a ser percebido sob este prisma, e desta forma o mistério não tem mais lugar. Quando tudo se apresenta à luz de causa e efeito até Deus pode se tornar uma causa eficiente. Sendo assim, o homem lida com a natureza como reserva de energia, e para tanto, usa das ciências modernas da natureza que leva a mesma a se expor como um sistema de forças que pode se operar previamente. Tudo no mundo tende a ser compreendido pela lógica de causa e efeito (HEIDEGGER, 2008a).

Outro anúncio de perigo alertado por Heidegger (2008a), segundo ele o maior perigo, que advém desse desencobrimento explorador, é de o homem ser desvelado como dis-ponibilidade e não mais como objeto. Mais perigoso ainda é quando ele se reduz a dispor da disponibilidade. Ou seja, quando o homem é desvelado como subsistência, como recurso disponível à exploração. O homem é parte dessa engrenagem, mas pensa ter o poder de desencobrimento em suas mãos. O homem responde a este apelo, pois não está em suas mãos o poder do desencobrimento. Nas palavras de Heidegger (2008a, p. 29): “Então é que chegou à última beira do precipício, lá onde ele mesmo só se toma por dis-ponibilidade. E é justamente este homem assim ameaçado que se alardeia na figura do senhor da terra”.

Quando o homem se torna assim ameaçado, cresce a aparência de que ele está no comando. Ele acredita ser o responsável pela produção e controle dos entes. Tal aparência aumenta a ilusão de que o homem só se encontra consigo mesmo em toda a parte. Neste sentido ignora outras formas de compreensão. O homem, desta maneira, encontra-se absorvido pela *Gestell* ou com-posição, tomando a realidade de forma totalmente naturalizada, inquestionável. Dessa forma, ele se afasta cada vez mais do apelo do seu ser, de sua essência. Ou seja, dessa maneira perde a oportunidade de encontrar-se consigo mesmo. Pois sob o domínio do desvelamento explorador, outros modos de desencobrimento permanecem encobertos.

A composição é o perigo extremo porque justamente ela ameaça trancar o homem na dis-posição, como pretensamente o único modo de descobrimento. E assim trancado, tenta levá-lo para o perigo de abandonar sua essência de homem livre (HEIDEGGER, 2008a, p. 34).

O homem, ontologicamente compreendido como *Dasein* é essencialmente aberto, ou seja, livre de determinações prévias. Mas lançado neste horizonte histórico encontra-se impelido a comprometer-se com o modo de desencobrimento. Dessa forma, tende a tomar como natural a compreensão média que impera na modernidade. E, conseqüentemente, outros modos de compreensão se tornam obscurecidos.

E o modo de desvelar impessoal é o essencialmente técnico. Sendo assim, lidamos com o mundo como que separado de nós. E nesta duplicidade naturalizada somos impelidos pela com-posição (*Gestell*), por essa força de reunião a provocar, a dominar, a transformar, a estocar e controlar a natureza. Desvelamos mundo ao modo da subsistência, ao modo da provocação e exploração dos recursos disponíveis. Desvelamos mundo enquanto dis-ponibilidade. É com essa pré-compreensão que operamos no mundo. É a partir dela que lidamos com os outros, com os entes que vêm ao nosso encontro e conosco mesmo. De início e usualmente, tomamos as determinações e preconceitos como verdades naturalmente dadas, sem refletir se essas fazem sentido ou não.

Sobre *Gestell*, Borges-Duarte (2019, p. 179) enfatiza:

O seu modo de atuar é sub-reptício, fáctico, pré-compreensivo: solicita do homem que se comporte “tecnicamente”. Solicita significa “requer”, seja sugerindo, seja exigindo. Em todo o caso, põe o homem numa certa situação, na qual, sem dar por isso, se encontra desafiado a actuar *segundo as regras* do jogo. O poder da com-posição técnica é, por isso, imperador: o imperialismo da técnica.

Nós humanos perdemos a ligação com a nossa essência, com a nossa condição de abertura originária e indeterminada, e desejamos ser criadores de eventos, provocadores de efeitos. Ou seja, irrefletidamente correspondemos ao destino da com-posição exploradora. E deste modo, de início e na maior parte das vezes, nos limitamos a um determinado modo de compreensão, de perspectiva que torna-se como naturalmente dada. Não há desconfiança de que essa seja apenas um dos modos de visada possível. *Gestell* encobre o pensamento, o empobrece por se instalar como um traço incessante de desvelar o mundo de um determinado modo e, portanto, não permitindo que outras visadas surjam. *Gestell* encaixa o *Dasein*, que é essencialmente livre, na configuração já dada da essência da técnica, e que dis-põe o ente a se conformar a esta estrutura previamente estabelecida (HEIDEGGER, 2008).

Ou seja, um ente disponível é um ente manipulável, organizado, empilhado, dis-posto de determinado modo. Além disso, *Gestell* não permite que outra forma de descobrimento surja. O direcionamento e asseguramento da disponibilidade marcam o descobrimento. Pensamos que na atualidade há metas a serem atingidas: a felicidade constante, a conquista da plena saúde, a conquista da beleza que desafia o envelhecimento, a produtividade e a ampla possibilidade de consumo; estes são apenas alguns exemplos. O ideal é que esta conquista se dê o mais rápido possível. Geralmente, entramos em tamanha corrida sem nos darmos conta de que estamos nela. Fazemos o que fazemos muitas e muitas vezes sem saber o porquê de fazer o que estamos fazendo. Mas há uma certeza implícita: vulnerabilidades que quebrem este ritmo não são bem-vindas.

Esta visão imperativa abarca tanto o senso comum quanto a ciência. Essa é uma expressão da compreensão imperativa da essência da técnica e como tal tem a pretensão de dominar a natureza e o homem. Isso porque são compreendidos como entes naturalmente dados. Heidegger (2008b) afirma que tanto a ciência quanto a arte não são atividades culturais do homem, como compreende no senso comum. A essência da técnica como modo de descobrimento atravessa todos os âmbitos da nossa existência. E ela está presente de forma silenciosa em expressões do saber-fazer na modernidade: tal como na economia, na política, na guerra, assim como na busca da preservação da vida ou na promoção da saúde humana.

A medicina e a psicologia, por exemplo, tendem a compreender como transtorno ou doença estados emocionais que nos deixam em descompasso em

relação ao ritmo impessoalmente determinado em nosso horizonte histórico. Atualmente, diferentes estados emocionais e comportamentais recebem nomes como ansiedade, depressão, compulsão, hiperatividade, bipolaridade, dentre outros. Desde a década de 1980, na terceira versão do DSM, a ação de diagnosticar torna-se pervasiva quando se propõe a nomear situações inerentes da existência. Isto quer dizer que diversas experiências humanas podem ser taxadas como transtorno, doença, como um mal a ser evitado ou combatido. Autores como Sanches e Amarante (2014), Moysés, (2001), Rosa e Winograd (2011). Os estudiosos Soalheiro e Mota (2014), bem como Bezerra *et al.* (2014) afirmam que esse fenômeno consiste em uma patologização da vida cotidiana. De acordo com Dantas (2014, p. 35):

Se na lógica do desvelamento técnico apenas aquilo que pode ser medido e calculado possui valor, os conflitos inerentes ao existir humano precisam ser descartáveis na medida em que escapam a qualquer cálculo ou previsibilidade. A tragicidade da vida – problemas, perdas, doença, velhice, tristeza – atrapalha o desenrolar desta lógica de exploração e dominação.

No entanto, as teorias patologizantes da existência se apoiam em compreensões que separam o homem de seu horizonte histórico de sentido. E, desta maneira, acabam por recair em determinações individualizantes. Ao propor uma compreensão fenomenológico-hermenêutica heideggeriana é imprescindível que nos afastemos desta visão dicotômica e passemos a considerar a cooriginalidade homem-mundo. Feijoo e Dhein (2014) abordam a relação ambígua entre controle e excesso que se configura nos comportamentos humanos na era da técnica, sendo o comportamento compulsivo uma expressão deste modo de desvelamento. O *Dasein* absorvido pela lógica da produtividade, exploração e controle se relaciona com o mundo como um autômato, robotizado. Esse comportamento pode ser variado: a compra de objetos, o trabalho excessivo, a ninfomania e abuso de álcool e/ou drogas.

Acerca do consumo de álcool e de drogas, há modos diversos que se apresentam hoje. Usa-se o termo recreativo ou social para aquele uso em comemorações festivas ou em datas especiais. Ou seja, quando o ritmo do uso e da quantidade não afeta uma rotina considerada produtiva. Mas há casos em que o uso se torna agressivo, compulsivo e sem descanso. As pessoas que se encontram neste ritmo de usar substâncias desbragadamente, geralmente, não conseguem interromper o consumo facilmente, e na teoria e prática das ciências da saúde nomeia-se tal relação do homem com a substância de dependência. Pessoas que se apresentam deste modo são reconhecidas como alcoolistas ou dependentes

químicos. Com frequência, os usuários de saúde mental que vão ao CAPSad apresentam esta relação de dependência com as substâncias e não é incomum relatarem que “já perderam tudo”: sua vida social, emprego, moradia, família e lazer. Muitos são ou já foram moradores de rua. Alguns já foram presidiários. Outros tantos se prostituem para consumir álcool e/ou drogas. Outros cometem atos ilícitos, como furtar, para poder fazer uso da substância.

Feijoo e Dhein (2014) abordam que o homem que apresenta comportamento compulsivo responde sem refletir, como autômato, aos apelos da era da técnica:

Somos impulsionados a nos comportar compulsivamente na medida em que temos como horizonte uma sociedade que elege como valor a insatisfação constante, estimulada pelas possibilidades de explorações infinitas (FEIJOO; DHEIN, 2014, p. 11).

A essência da técnica ao dispor dos fenômenos para exploração transforma os entes em recursos. Tanto a natureza quanto o homem tornam-se entes disponíveis. Uma das marcas fundamentais da essência da técnica é a expressão compulsiva do excesso e do descarte. A ação humana que ocorre impessoalmente na cotidianidade mediana, de início e na maior parte das vezes, tende a se expressar de forma compulsiva, sem medida. A desmedida é a cadência do nosso horizonte histórico. Sendo assim, compreendemos que a compulsividade não é considerada uma desordem ou um transtorno, mas um modo de ser possível (FEIJOO; DHEIN, 2014).

Além das expressões de compulsividade e do excesso concernentes à essência da técnica, coexistem determinações que são estimadas em nosso tempo como a eficiência, rapidez, segurança e controle. Tais determinações encontram-se tanto no se reconhece como patologia, tais como compulsão, dependência química ou alcoólica, quanto presentes nos modos de tratamento e de atenção ao paciente, a quem procura ajuda para algum mal físico ou mental.

No Brasil, segundo os dados do III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado pelo instituto Fiocruz, em 2017, mais de 65 milhões de habitantes (43,1% da população) entre 12 a 65 anos consumiram álcool nos últimos doze meses que antecederam a entrevista. Este mesmo período de tempo também serviu de base para análise da ocorrência do fenômeno conhecido como *bingedrinking*⁷, que resultou na prevalência de 38,4% dentre a população

⁷ *Bingedrinking* é definido como o episódio de ingerir em uma única ocasião cinco ou mais doses de álcool para homens e quatro ou mais doses para mulheres. Cada dose de álcool corresponde a

entrevistada. Esse padrão de consumo, além de provocar intoxicação, está relacionado a comportamentos de violência, ao comportamento sexual de risco, à dependência do álcool e a acometimentos de doenças crônicas. Além disso, o levantamento trouxe o número de pessoas que sofriam dependência de álcool, também, nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista. E os números giravam em torno de 2,3 milhões ou 1,5% da população entrevistada.

Por volta de 1,2 milhão (ou 0,8%) de indivíduos entrevistados apresentaram comportamento de dependência de alguma substância, que não álcool ou tabaco. As três substâncias que se elevaram quando questionado sobre a dependência por parte da população entrevistada foram (0,29%) a maconha; (0,20%) os benzodiazepínicos; e (0,18%) a cocaína (BASTOS, 2017). Podemos observar que as substâncias mais consumidas se alternam entre drogas e psicofármacos. A ilegalidade ou a ausência de prescrição de psicofármacos não são empecilhos que garantam que a população não os utilize. Sobre esse assunto, Carneiro (2011)⁸ acrescenta:

O mercado das substâncias psicoativas controla os mais eficientes instrumentos na luta contra o sofrimento e a busca da alegria. As drogas – não importa se fluoxetina, álcool ou maconha – oferecem a amenização da dor e a intensificação do prazer. Por isso são usadas. E de fato cumprem a promessa – cada uma com suas limitações e preço.

Ainda utilizando o III LNUD (BASTOS, 2017) como referência, trazemos os dados dos serviços mais utilizados para o tratamento da dependência de álcool e/ou substâncias ilícitas, levando em conta o conjunto de pessoas que responderam ter utilizado alguma substância na vida. Os serviços para dependentes de substâncias relatados na pesquisa, por ordem dos mais procurados e seguidos de prevalência foram: comunidades terapêuticas (0,61%), unidades de acolhimento (0,31%) e CAPSad (0,24%). Tal fato demonstra que os métodos que se apoiem na internação como parte do tratamento são priorizados, como é o exemplo das comunidades terapêuticas cujo tempo de permanência dos pacientes para fins terapêuticos dura até nove meses (as comunidades terapêuticas geralmente são afastadas dos territórios urbanos e dirigidas por comunidades religiosas cristãs).

Destarte, a discussão empreendida na próxima subseção nos dará base para refletirmos sobre o modo de funcionamento da ciência a partir do pensamento

14g de álcool. Esta quantidade está presente, por exemplo, em uma lata de cerveja, em uma dose de cachaça, em uma taça pequena de vinho.

⁸ Disponível em: <http://www.outraspalavras.net/2011/05/25/drogas-muito-além-da-hipocrisia/>. Acesso em: 19 dez. 2019.

heideggeriano. O que nos ajudará a pensar sobre o tratamento da loucura no Ocidente.

1.3 A ciência intervencionista

Comumente a ciência é tomada como um conjunto de conhecimentos diversos testados e validados como evidentes sobre os fenômenos da natureza, a partir de uma metodologia que possa ser replicável. E, por assim dizer, essencialmente neutra e sem propósito. Contudo, Heidegger (2008b), ao se debruçar sobre o sentido da ciência, nos mostra que ela se apresenta como uma concepção da realidade extremamente intervencionista. A ciência enquanto um “versar sobre” não pode ser considerada ingênua ou imparcial, como costumeiramente se pensa que é. Sobre o seu caráter intervencionista, Heidegger (2008a, p. 22) nos esclarece:

Quando, portanto, nas pesquisas e investigações, o homem corre atrás da natureza, considerando-a um setor de sua representação, ele já se encontra comprometido com uma forma de desencobrimento. Trata-se da forma de desencobrimento da técnica que o desafia a explorar a natureza, tomando-a por objeto de pesquisa até que o objeto desapareça no não objeto da disponibilidade.

Ou seja, a ciência é um saber especializado do real que se apresenta enquanto um desdobramento de um desvelar essencialmente técnico. “O real é o vigente que se ex-põe e des-taca em sua vigência. Este destaque se mostra, entretanto, na Idade Moderna, de tal maneira que estabelece e consolida a sua vigência, transformando-a em objetividade” (HEIDEGGER, 2008b, p. 48). Nesse sentido, o real é encaixado na teoria, é dis-posto. A ciência pretende conformar os fenômenos que se apresentam em nosso horizonte histórico às teorias científicas pré-concebidas. O significado de real ganhou sedimentações ao longo do tempo até ser sinônimo de objetividade, de certo, de uma representação segura. Logo, Heidegger, em seu exercício de pensamento, conclui que entre o real e a teoria é estabelecida uma relação de disponibilidade. O real para ser real, ou seja, certo, seguro, há de ser encaixado, ou melhor, dis-posto à teoria científica (HEIDEGGER, 2008b).

O real é produzido por uma representação processadora, resultante de intervenções e operações que objetivam uma previsibilidade no encadeamento de causa e efeito. Para Heidegger (2008b) essa é a representação da ciência. O desvelar da ciência se dá ao modo da provocação, da exploração.

Assim como o Rio Reno⁹ está dis-posto como fonte de energia elétrica, o ser humano também é dis-posto como um recurso de exploração. Atualmente, no Ocidente, as teorias biologizantes são bem aceitas no meio científico no que concerne à compreensão do ser humano não apenas em relação à saúde física, mas também no que se refere à saúde mental. O homem na modernidade tornou-se o resultado de funcionamentos bioquímicos, sendo geralmente reduzido ao desempenho cerebral, aos processos hormonais ou neuronais.

O método científico se apoia em um pensamento calculante, ou seja, em que se impõe uma tentativa de previsibilidade dos acontecimentos e além de prever os acontecimentos, pretende também controlar os eventos, para bem melhor explorar os recursos disponíveis. De forma implícita há a expectativa de que algo se apresente como correto, ou seja, conforme esperado. A ciência pretende dominar a realidade, a natureza ou tudo aquilo que se apresente, enquadrando-a em uma teoria já previamente estabelecida, conformando o que surge em um procedimento assegurador e processador. Ou seja, calculando a realidade e esperando dela alguma coisa, algum resultado. O pensamento que calcula, além de se apoiar em um nexo de causa e efeito, não tolera o mistério, o que ainda não foi revelado.

Do Rio Reno se espera que ele forneça energia, como exemplifica Heidegger (2008a). Podemos inferir que para com o homem não é muito diferente. Também se espera algo dele. Espera-se do homem que ele se adeque aos apelos normativos do nosso tempo, que se concretiza nas suas ações produtivas e consumistas. Espera-se do homem que ele trabalhe, e que ele tenha recursos financeiros para consumir sem medida. Espera-se que ele busque alcançar os valores impessoalmente estabelecidos em nosso horizonte histórico, como os de estabilidade emocional e financeira, produtividade sem limites e consumo desenfreado. Em suma, espera-se que o homem comporte-se tal como é estabelecido explícita e implicitamente como normal, ou seja, como impessoalmente se diz o que é normal. Espera-se que o homem esteja disponível para a exploração.

O modo de desvelamento mediano que se dá em nosso horizonte histórico pretende determinar e assegurar o que se apresenta, a fim de provocar e explorar. De acordo com Heidegger (2008b):

A ciência corresponde a esta regência objetivada do real à medida que, por sua atividade de teoria, explora e dis-põe do real na objetividade. A ciência põe

⁹ O exemplo do Rio Reno é utilizado por Heidegger em sua conferência sobre a essência da técnica.

o real. E o dis-põe a pro-por-se num conjunto de operações e processamentos, isto é, numa sequência de causas aduzidas que se podem prever. Desta maneira, o real pode ser previsível e tonar-se perseguido em suas consequências. É como se assegura do real em sua objetividade. Desta decorrem domínios de objetos que o tratamento científico pode, então, processar à vontade (HEIDEGGER, 2008b, p. 48).

A essência da técnica enquanto um modo desencobrimento penetrante se expressa por meio da ciência que repousa em uma intimação provocante. Essa exige que a natureza se apresente conforme uma representação objetiva. Logo, o que a atividade que se pretende científica faz é uma espécie de enquadramento da realidade em uma teoria, já previamente construída. É desta maneira que a ciência intervém no real, na medida em que ela intima e provoca que o real se apresente corretamente, dito de outra maneira, conforme esperado, previsto, a fim de dis-por à exploração incessante.

No que tange ao que se entende como loucura, doença ou transtorno mental as determinações de controle, segurança e rapidez também estão presentes. Não apenas na atualidade. O homem considerado como sujeito, isto é, como um ente determinado, normalmente é considerado pela ciência (seja pelas ciências médicas ou pela psicologia) como um ente manipulável, passível de adequação e ajuste. Em vista disso, é muito presente nos tratamentos mentais a conduta tutelar do profissional para com o paciente/cliente/usuário de saúde mental.

Diante do exposto, pretendemos no capítulo posterior nos deter sobre o fenômeno da loucura, mais precisamente sobre as formas de tratamento que surgiram no Ocidente, desde os grandes hospitais da Europa até a Reforma Psiquiátrica brasileira, a fim de tornar claro o porquê da existência dos Centros de Atenção Psicossocia, bem como a intenção primeira quando pensaram sua implementação, além de como atuam nos dias atuais.

2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA LOUCURA NO OCIDENTE

2.1 Do manicômio aos movimentos da reforma psiquiátrica brasileira

Neste capítulo, realizaremos uma descrição breve das formas de compreensão sobre a loucura no mundo moderno ocidental. Isto se justifica para esclarecer de que modo, no Brasil, os dispositivos substitutivos como o CAPS (foco desta dissertação) surgiram. Inicialmente, nos basearemos em Michel Foucault, nos seus escritos sobre a história da loucura no Ocidente, assim como em Paulo Amarante, psiquiatra brasileiro, que vivenciou e acompanhou o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No mundo ocidental, a compreensão referente à loucura e ao seu tratamento sofreu muitas modificações ao longo do tempo. Até a metade do século XVII, a compreensão do que se reconhecia como loucura era diversa do entendimento estabelecido hoje no mundo moderno, sendo por vezes exaltada através da arte Renascentista. Nesta época, as instituições religiosas davam conta de dar explicações mágicas e sobrenaturais, muitas vezes afirmando serem casos de possessão. Tal entendimento subsistiu até a chegada da medicina positivista. O fenômeno da loucura substituirá a lepra, que era fonte de medo da população medieval e se extinguiu dois séculos antes. A semelhança que une a lepra e a loucura se concentra no medo da população, mas não só: a loucura herdou da lepra o ritual de sua exclusão do meio social. E sob a visão religiosa era necessário deixar o doente expurgar seu mal entregue à sua própria sorte (FOUCAULT, 1978).

O entendimento religioso e místico que se tinha da loucura, nesta época, não a apartava culturalmente ou simbolicamente da sociedade, mas já ensaiava o afastamento físico de certos insanos:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 1978, p. 10)

Alguns tipos de loucos já eram enclausurados em hospitais ou nos leprosários, que ficaram vagos após o desaparecimento da lepra no Ocidente na Idade Média. Também podiam ser encontrados vagando pelos grandes campos longe dos muros das cidades. Outra maneira existente, na época que configurava a exclusão do louco

do meio social, foi retratada na arte renascentista: a nau dos loucos que vagava pelos mares europeus carregando-os de uma cidade a outra, sob a responsabilidade dos marinheiros a decisão do destino dos mesmos (FOUCAULT, 1994, 1978).

Antes do marco da Revolução Francesa, ambientes que serviam para abrigar o considerado louco e, por conseguinte excluí-lo da sociedade, surgiram pela Europa: o Hospital Geral em Paris e as *Workhouses* na Inglaterra servem como exemplos. Em relação ao estabelecimento dos Hospitais Gerais franceses:

Esta estrutura própria da ordem monárquica e burguesa, contemporânea de sua organização sob a forma do absolutismo, logo amplia sua rede por toda a França. Um édito do rei, datado de 16 de junho de 1676, prescreve o estabelecimento de um “Hospital Geral em cada cidade do reino” (FOUCAULT, 1978, p. 58).

Não apenas o louco ia para estes lugares, mas todos que contivessem algum sinal de desvio da média. Quais eram as outras categorias? Idosos miseráveis, portadores de doenças venéreas, desempregados, homossexuais e todos que se afastassem da ordem da razão, da economia e da moral estabelecidas na época. A intenção com esta medida era a de preservar o meio social e não a de empreender técnicas curativas, até porque os hospitais não tinham inclinação médica nesta época, mas sim valor de acolhimento, alojamento. Especificamente o Hospital Geral francês era uma estrutura semi-jurídica. Não era uma instituição médica, mas administrativa que decidia, julgava e executava. Era uma instância da ordem monárquica e burguesa da França, na época. O Hospital Geral era considerado a terceira ordem de repressão e chegou a abrigar 1% da população francesa poucos anos depois da sua fundação (FOUCAULT, 1994, 1978).

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo (FOUCAULT, 1978, p. 57)

Nestes lugares, algumas características adotadas convergiam, tais como o trabalho forçado, sanções e controle moral. O internamento possuía significações diversas: políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. O ato de internar loucos, miseráveis e desempregados fomentou o surgimento de uma amálgama em que os sentidos de certos fenômenos foram alterados. Na época, a produtividade, o trabalho e a economia estavam em voga. E, nesse sentido, a pobreza acabou perdendo seu valor religioso, sendo substituída pelo valor da imoralidade. Na indiferenciação dos

sujeitos que eram trancafiados nos Grandes Hospitais, a loucura também se torna imoral. Os internamentos tinham valor de utilidade social ao trancar as pessoas que traziam caos às cidades; além da utilidade econômica, pois era fonte de mão de obra barata quando a economia estava em alta, e nos momentos de crise previniam que revoltas sociais aconteçam (FOUCAULT, 1978).

Uma massa heterogênea de indivíduos preenchia os grandes hospitais de Paris. A população que ali habitava era variada: de mulheres a crianças, de magos a preguiçosos, de prostitutas a enfermos, de embriagados a perdulários, de miseráveis a portadores de doenças venéreas, de insanos a homossexuais. Entre os descritos a única semelhança era a desonra abstrata, pois a moralização dos costumes se instalara no seio da sociedade. E a família se destacava como uma figura de autoridade, pois tinha o poder de pedir internamento aos seus membros que fugiam às suas ordens e interesses. (FOUCAULT, 1978).

Devassidão, prodigalidade, ligação inconfessável, casamento vergonhoso: tudo isso está entre os motivos mais numerosos do internamento. Este poder de repressão, que não pertence inteiramente ao domínio da justiça nem exatamente ao da religião, este poder arrancado diretamente à autoridade real não representa, no fundo, a arbitrariedade do despotismo, mas sim o caráter doravante rigoroso das exigências familiares. O internamento foi colocado pela monarquia absoluta à disposição da família burguesa (FOUCAULT, 1978, p.104).

Na época Renascentista, a visão que se tinha do louco era imbuída de valores místicos e religiosos: a loucura era vista pelas lentes de um olhar trágico. E sob este signo, o louco estava entregue à sua condição de loucura. Entregue a si mesmo, purgando a tragédia divina. A mudança que ocorreu na época moderna, após a Revolução Francesa, foi concernente à mudança do olhar sobre o louco, que era visto agora como desarrazoado. Isto porque a racionalidade ganha o centro na época moderna, a visão crítica se impunha sobre o fenômeno da loucura e essa passa a ser compreendida, agora, como doença mental. A loucura foi colocada como contrária à razão e tornou-se um obstáculo para o homem no seu acesso a verdade. Por isso a *ratio* torna-se um divisor de águas, pois não toleraria uma razão irrazoável, como se aceitava na Renascença. (FOUCAULT, 1978 e 1994). Uma mudança radical, pois o mesmo fenômeno é visto ora como chave, ora como obstáculo ao acesso à verdade, a depender do momento histórico em que se observa.

No período da Revolução Francesa, sob o lema da igualdade, fraternidade e liberdade, tomou-se a decisão de esvaziar os locais onde havia internamento e

buscou-se encontrar soluções fora dali para muitos dos internados, muitas vezes nas suas próprias casas. Contudo, os loucos não puderam gozar dessa alforria, pois representavam risco social.

É para resolver este problema que as antigas casas de internamento, sob a Revolução e o Império, foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez aos loucos apenas. Os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão (FOUCAULT, 1994, p. 52).

Após esse reordenamento, tais lugares já não eram tão mal vistos pela sociedade, que desde então entendeu serem eles mal geridos. Era imperativo adequá-los aos valores morais da sociedade burguesa e esta necessidade abriu espaço para que o médico se tornasse uma espécie de operador prático, um administrador, pois ficava ao seu cargo organizar e classificar os espaços e os corpos. É neste período que acontece a medicalização da loucura, que antes era subordinada aos filantropos e aos poderes judiciários, administrativos e familiares. O médico Phillipe Pinel, o primeiro grande operador prático na França, tornou-se um símbolo do humanismo e da ciência positiva. O profissional médico foi reconhecido como ordenador do espaço asilar e surgiu então a definição de um novo status jurídico, social e civil para o louco, classificado agora como alienado. E o médico, por sua vez, é o alienista, que propõe o tratamento moral como terapêutica aos desarrazoados. Tal tratamento continha três procedimentos: a internação, a imposição da ordem – o que permitiu que o conhecimento nosográfico¹⁰ pudesse ser realizado –, e a relação hierárquica entre o alienista e o alienado. Objetivavam introjetar-lhes valores morais da vida familiar, como culpa e dependência, e para atingir tal intento lançavam mão da humilhação, de privação alimentar e de ameaças como meios. O tratamento moral obtinha como consequência a infantilização do indivíduo e sua obediência. Quando os alienados apresentavam sinais de subjugação, esses eram interpretados como melhora do quadro da loucura (CASTEL, 1998; FOUCAULT, 1994).

Apesar de Pinel não se debruçar sobre a sede da alienação por considerá-la obscura, buscava compreender cientificamente seus fenômenos e para isso usava como base a História Natural. Essa, por sua vez, considerava que observar, descrever, agrupar e classificar figuravam como procedimentos necessários para se conhecer verdadeiramente o fenômeno. Este era o método utilizado para compreender as doenças físicas. O alienista fez o mesmo com a doença mental, e o

¹⁰ Estudo que contém a descrição e explicação das doenças.

que lhe saltasse aos olhos como estranho ou fora dos padrões morais de sua época era observado minuciosamente, comparado e classificado. Na posição de cientista acreditava-se não ser influenciado pelos valores sociais da época e assim poderia ter a régua para medir quem era ou não normal (AMARANTE, 1996).

Antes do apogeu da razão, a loucura era evitada e temida, mas ainda presente no meio social. Tinha um viés religioso e místico, ora vista como possessão, ora como acesso à verdade em sua totalidade. Era ao mesmo tempo presente e evitada. E, apesar da visão cultural e simbólica da loucura ser diversa, já se ensaiavam formas de exclusão de alguns insanos. No racionalismo, a loucura era julgada e condenada. Presa e misturada com vários tipos de desviantes, todos em falta moralmente e economicamente, e que a partir de então eram obrigados a trabalhar. Quando a ciência e a medicina se apropriaram da loucura, ela se tornou alvo de tratamento que objetivava sua cura, pois era encarada como alienação mental. Mas ainda permanecia entre os muros, já que oferecia risco social devido à herança de estigmatizações deixadas pelo grupo heterogêneo de desarrazoados, como homossexuais, criminosos e doentes venéreos. Pinel os libertou dos grilhões, e no lugar permaneceram alguns dos tratamentos medievais já destinados aos insanos há séculos, além da adição dos tratamentos morais. A medicina mental progredia concomitantemente à evolução tecnocientífica e de construção de saber, entretanto continuava a ter a moral e os valores sociais de sua época como guias que determinavam quem eram os loucos e quem eram os saudáveis. Na modernidade, sob o domínio da razão e da ciência, pretendia-se o controle da loucura, extinguindo-a do ambiente social como outrora. Todavia, visava sua cura por intermédio do saber do homem e não pelo poder divino, como em um milagre.

2.2 Movimentos reformistas

Após a Segunda Guerra Mundial dois fatos influenciaram mudanças no trato da doença mental. O primeiro foi a fabricação de psicofármacos, que para fins de melhor organização desta dissertação será tratado no capítulo de número três. O segundo fato influenciador dos rumos da psiquiatria refere-se à crítica condizente à semelhança das instituições psiquiátricas aos campos de concentração. Em alguns países do continente europeu e nos Estados Unidos da América, para estancar os malefícios praticados nos manicômios foram postas em prática algumas tentativas de inocular o que se entendia como prejudicial.

As reformas ocorridas no campo da psiquiatria intencionaram questionar o lugar das instituições asilares assim como a natureza do saber psiquiátrico. As primeiras tiveram consequências mais superficiais e a do segundo tipo, mais profundas.

Na Europa, a Segunda Guerra Mundial ocasionou diversas sequelas à população, sobretudo um contexto social e econômico caótico. Tiveram como resultado numerosos habitantes com danos físicos e psicológicos. E para reconstruir econômica e socialmente parte do continente era necessário que se recuperasse a mão-de-obra prejudicada pela Guerra. Somado a este cenário havia falta de tolerância a qualquer espécie de violência ou desrespeito aos direitos humanos. Logo, os asilos psiquiátricos da época encontravam-se em evidência, pois observaram a ineficiência quanto à recuperação dos doentes e sua influência no que tange à piora do quadro dos internados. Desta maneira, era de vital importância que acontecesse uma reforma nesses espaços para mitigar o desperdício de força de trabalho (AMARANTE, 1995).

O primeiro exemplo de tentativa de reforma psiquiátrica ocorreu na Inglaterra, em 1959, pelas mãos de Maxwell Jones, chamado Comunidade Terapêutica¹¹. Tinha características de gestão comunitária e com intenção de substituir a relação hierárquica entre técnicos e pacientes por uma relação de cooperação entre eles, pensando junto sobre a organização espacial e terapêutica. Realizavam inclusive assembleias, configurando, assim, uma tomada de postura mais democrática. Enquanto objetivo de reformulação, a Comunidade Terapêutica pretendia desarticular a estrutura hospitalar cujas características de segregação e de cronicidade estavam presentes (AMARANTE, 1995).

A Psicoterapia Institucional é o exemplo francês que também ocorreu após a Segunda Guerra Mundial, quando se depararam com um grande sofrimento pelo qual estavam passando os internados nos asilos. Assemelha-se à Comunidade Terapêutica no que tange às denúncias e à luta contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria. Porém, pretendiam recuperar o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico, que compreendiam estar sob uma névoa de atos violentos e repressivos, consequência direta da má administração, do descaso político e das circunstâncias sociais. O nome “Psicoterapia” Institucional refere-se à ideia de reformar a instituição a fim de transformá-la em um ambiente saudável de modo a

¹¹ Não confundir com os modelos de Comunidades Terapêuticas que atuam no Brasil nos dias de hoje. Esses são ligados a instituições religiosas e geralmente situados em locais afastados dos perímetros urbanos. Há pouca fiscalização e os relatos de maus tratos e escassez de preparo técnico são frequentes (CFP, 2018).

tornar-se eficiente para tratar do doente mental e devolvê-lo para a sociedade. Todavia, houve críticas referentes ao caráter transformador da psicoterapia institucional, no sentido de que estava centrada apenas em reformar o espaço asilar (AMARANTE, 1995).

Ainda na França surgiu a Psiquiatria de Setor, que se inspirava nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras progressistas e apresentava-se como um movimento de contestação à psiquiatria asilar. A Psiquiatria de Setor organizou o hospital em setores correspondentes a diferentes áreas geográficas da cidade com a finalidade dupla de adequar a cultura e hábitos entre os conterrâneos internados e dar continuidade no tratamento com a mesma equipe quando retornassem para a região de origem. Para a Psiquiatria de Setor inverteu-se a priorização do tratamento: o que era realizado na comunidade figurava como principal, enquanto a passagem pelo hospital psiquiátrico era vista apenas como uma etapa do tratamento. E possibilitar essa inovação ao paciente já é terapêutico por si só. Em cada setor havia uma equipe que não se limitava ao psiquiatra apenas, psicólogos, assistente sociais e enfermeiros também compunham a equipe. Era necessária a instalação de diversas instituições para dar conta do tratamento proposto em três etapas: o tratamento, o preventivo, e o pós-cura dos doentes mentais. No entanto, todo este empreendimento tornou-se mais custoso que o modelo asilar, o que pode ter exercido influência para que o movimento não alcançasse o resultado esperado (AMARANTE, 1995).

A tentativa de reforma psiquiátrica reconhecida como Preventiva ou Comunitária, que vigorou entre os anos de 1950 a 1980, nasceu em um contexto de crise do organicismo mecanicista nos Estados Unidos. Foi um cruzamento entre os movimentos da Psiquiatria de Setor e da Socioterapia inglesa. Possuía a pretensão de ser a terceira revolução psiquiátrica porque acreditava ter descoberto a maneira de intervir nas causas da doença mental. Dessa forma, almejavam a prevenção e a promoção da saúde mental. Nos Estados Unidos houve momentos-chave que apontavam para a necessidade de mudança das práticas da psiquiatria. Semelhante ao contexto social que antecedeu os movimentos de reforma europeu, a situação social e política dos Estados Unidos era grave, em vista da guerra do Vietnã e do crescimento do uso de drogas pelos jovens. Quando o presidente americano Kennedy apresentou o projeto de psiquiatria preventiva, esse foi adotado por organizações sanitárias internacionais, como a OMS, por exemplo, e por países ditos de terceiro mundo. O preventivismo americano reproduziu um imaginário de salvação tanto para

as questões da assistência psiquiátrica quanto às questões mais gerais do país. A partir deste movimento, houve uma redução do conceito de doença mental ao conceito de distúrbios emocionais e, nesse sentido, todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas. Mas para isso era necessário que se identificassem os potenciais doentes ou suspeitos por meio de uma aplicação de questionários. De acordo com este projeto, que absorvia conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista, era necessária uma intervenção no meio social para evitar condutas patológicas entendidas como desadaptação social (AMARANTE, 1995).

Para a Psiquiatria Preventiva o projeto de desinstitucionalização era o mesmo que desospitalizar. Ela criticava a assistência hospitalar do sistema psiquiátrico e defendia uma correta aplicação do saber e técnicas psiquiátricas. Propunha serviços alternativos à hospitalização, era contra o autoritarismo e a exclusividade médica. Além de ter promovido uma formação de equipe multidisciplinar, houve uma redefinição dos papéis destes profissionais, assim como do apoio administrativo. Todavia, este modelo gerou o efeito contrário, quando reduziu o conceito de doença mental às noções de desvio ou de desajustamento, acarretando em um aumento do número de pacientes para tratamento. No entanto, a psiquiatria preventiva manteve-se fincada na base das ciências naturais de modo que a reforma apenas ganhou contorno sanitaria ou de uma nova engenharia (AMARANTE, 1995; 1996).

A Antipsiquiatria emergiu na década de 60 do século XX na Inglaterra junto aos movimentos da contracultura, tais como movimento hippie e o pacifismo. Profissionais que tinham uma vasta experiência com psiquiatria clínica e psicanálise, como Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson apontavam para a inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura. A crítica girava em torno de desautorizar o consenso sobre a esquizofrenia ser compreendida como um objeto científico, como uma doença mental. De fato, a tutela com a esquizofrenia era maior assim como o fracasso terapêutico. A Antipsiquiatria pretendia suspender o valor médico sobre a doença mental e seus tratamentos. Desta maneira, nascia um novo projeto de uma comunidade em que o saber psiquiátrico era questionado por outras perspectivas. Este movimento possuía referências teóricas diversas, como a fenomenologia, o existencialismo, algumas correntes da sociologia e da psiquiatria norte-americanas, a psicanálise, o marxismo e obras de Michel Foucault. A antipsiquiatria além de realizar críticas referentes à nosografia e à instituição asilar, que se encerrava na cronificação do indivíduo, buscava compreender a loucura como que presente entre os homens e

não dentro deles. Além de privilegiarem a análise do discurso, seja por meio da metanoia ou pelo delírio, não utilizavam tratamentos químicos ou físicos (AMARANTE, 1995).

Embora fosse um movimento que visasse à desconstrução das práticas e saberes então vigentes sobre a loucura, acabaram desembocando em outra referência teórica inspirada na escola de Palo Alto que se baseava na teoria de que os problemas de comunicação se tornavam uma explicação causal para o acontecimento da esquizofrenia (AMARANTE, 1995).

Franco Basaglia e posteriormente o movimento de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) colocaram em cena a necessidade premente de reorientação das relações que sustentavam o saber-fazer da medicina mental. Era um modelo de desinstitucionalização, cujo sentido era de desconstrução da prática e da teoria psiquiátrica/manicomial subsistente. Configurava-se como um movimento político, em que havia uma análise crítica da história, trazendo o debate para o centro da cidade e alçando ao posto de relevância as relações sociais e econômicas. O conceito de cidadania se contrapunha ao de doença mental, que acabava por restringir o direito dos cidadãos. Contrariando a prática psiquiátrica de exclusão e tutela, vinda desde Pinel, Basaglia entendia que o taxado de louco deveria ter direito à sua reabilitação na cidade. Foi mais um período de transição que se iniciou com o afastamento do paradigma clássico e a consequente abertura de um novo contexto prático e discursivo. Desta forma, havia uma necessidade de se voltar para o que era mais fundamental. E por um momento, houve um espaço para questionar o que se tomava com bastante naturalidade: o que é a doença mental? Quem é esse homem que chamam de louco? (AMARANTE, 1995; 1996).

Basaglia inspirou-se nas obras de Husserl, Sartre, Goffman, Foucault e Gramsci. Mas foi uma contribuição teórica de Husserl, conhecida como *Époché*, que o auxiliou de forma contundente no projeto de desconstrução da teoria e prática psiquiátrica. A atitude de *Époché* concerne em colocar entre parênteses o fenômeno de investigação e suspender os conceitos, rótulos e estigmas proferidos tanto pela ciência quanto pelo senso comum. Este ato implica em suspender qualquer classificação e voltar as atenções para quem porta características classificadas como doença mental. E para Basaglia, o que ficava entre parênteses era o homem. A suspensão da doença mental permitia transparecer o que o psiquiatra denominou de duplo da doença mental. Ou seja, era a partir do olhar objetivante sobre o louco que

eram produzidos os preconceitos científicos e os manejos terapêuticos, que acabavam por encobrir o indivíduo. Em um processo de institucionalização, os indivíduos tornam-se uma massa inerte e alienada. Estas incrustações aconteciam de tal maneira que em pouco tempo era difícil distinguir se o sofrimento do homem provinha de si mesmo ou em decorrência da institucionalização, que enquanto produtora da verdade sobre o louco também simbolizava o seu destino, ou seja, o futuro incontestável do louco ainda liberto (AMARANTE, 1996).

Basaglia iniciou seu trabalho em Gorizia na década de 1960. Nesta cidade italiana deparou-se com a prática real da psiquiatria e colocou em perspectiva suas teorias e práticas pretensamente exclusivas acerca da loucura, no que se evidenciou o poder técnico-científico. Logo, para ele ficou clara a necessidade de renunciar a custódia e a tutela, veladas pelas práticas terapêuticas, além de negar o mandato social do psiquiatra que visasse atenuar as reações do excluído (AMARANTE, 1995; 1996).

Já na cidade de Trieste, em 1971, quando retornou à Itália, depois de um tempo afastado, Basaglia propôs-se a superar o modelo de Comunidade Terapêutica e partiu para uma prática que se dava no meio social, a fim de mudar a relação que se tinha com a loucura e além do que se entendia sobre isso. Ou seja, uma ruptura paradigmática com o que a psiquiatria tradicional entendia sobre a mesma. Tratava-se de uma forma de desinstitucionalização que passava pela desconstrução de saberes e práticas reducionistas e objetivantes (AMARANTE, 1995).

Ainda neste ano de 1971, Basaglia substituiu o aparato manicomial por novos espaços e maneiras de lidar com a loucura. Diversos centros de saúde foram construídos em cada área da cidade, funcionando ininterruptamente. Foram inauguradas residências para moradia dos ex-internos acompanhados ou não por técnicos. Foi criada uma cooperativa de trabalho, que além de encontrar atividades laborais para os internos, posteriormente configurou-se como um espaço de produção cultural e intelectual, assim como de prestação de serviços, dinamizando a economia tanto dos serviços de saúde mental quanto de toda a cidade. E finalmente conjugado a este novo modo de lidar com os reconhecidos como loucos houve o apoio do serviço de emergência psiquiátrica com oito leitos funcionando apenas no período diurno (AMARANTE, 1995).

A lógica terapêutica aproximou-se do dito louco por meio da justiça e da medicina que o estigmatizava como marginal e suscetível ao controle, acarretando em

uma invisibilidade social por estar incluído em um espaço asilar onde se encontrava visível apenas para o médico. Basaglia identificou que foi neste processo que se instaurou a doença mental e a conseqüente intervenção médica sobre ela. E desta forma, a doença mental acabou ficando em evidência enquanto a existência humana e toda a sua complexidade emocional, relacional e existencial encontravam-se veladas. Sua intenção era a de superar o modelo cujo intuito era de humanização institucional e voltar-se para uma prática que incidisse nas relações com o dito louco, no que tange ao trabalho e às relações sociais. Ou seja, criar dispositivos que fossem de encontro às práticas já conhecidas que visavam a tutela e a exclusão, assim como desconstruir a noção de irracionalidade do louco e a relação hierárquica entre quem trata e quem é tratado (AMARANTE, 1995).

2.3 O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil

E no Brasil? Como se deu o processo de desinstitucionalização? Todo esse percurso descrito das experiências internacionais que ocorreram ao longo do século XXI serve para compreender as sucessivas tentativas de minorar o sofrimento dos indivíduos reconhecidos como loucos, e, também, como modelo para que se mudasse a realidade brasileira.

Historicamente, desde os meados do século XIX a história da saúde mental no Brasil possui características higienistas, visando o controle político e social instrumentalizando o saber técnico-científico da psiquiatria. No Brasil também aconteceram experiências inspiradas nas Comunidades Terapêuticas inglesas, na Psicoterapia Institucional e na Psiquiatria de Setor francesa. Entretanto, a trajetória higienista acontece paralelamente às tentativas de reforma da saúde mental (AMARANTE, 1995).

O percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser contado a partir de um evento ocorrido em 1974. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) contratou bolsistas para cobrir o quadro defasado de profissionais após quase 20 anos do último concurso público. As condições de trabalho envolviam violência e precariedade e foi a partir da denúncia no livro de ocorrência do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), realizada por três bolsistas, que a crise na DINSAM foi deflagrada. Quatro unidades de saúde mental da época ficavam sob o comando desta divisão, dentre eles o já citado CPPII, a Colônia Juliano Moreira (CJM), o Hospital Pinel e o Manicômio

Judiciário Heitor Carrilho. Os profissionais iniciaram uma greve no mês de abril de 1978, o que ocasionou a demissão de 260 estagiários e profissionais. O caráter trabalhista e humanitário destes locais era bastante defasado, sendo alvo de denúncias de agressões, estupros, mortes e de trabalho escravo. E foi neste contexto que o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) foi criado com pretensões de constituir-se como um movimento de luta não institucionalizado, ao passo que lutava pela desinstitucionalização dos saberes e práticas psiquiátricas. Houve mobilização e apoio de outras entidades profissionais tais como o Movimento de Renovação Médica (REME), o Núcleos Estaduais de Saúde Mental dos Sindicatos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). A partir dessas mobilizações aconteceram reuniões, assembleias, comissões e ocupações de sindicatos, ao passo que as denúncias da falta de recursos e da precariedade dos serviços continuavam. Reivindicaram, de início, melhores condições de trabalho assim como sua regularização. Criticaram as práticas de trabalho, como o eletrochoque e a cronificação dos internados. O MTST foi o primeiro a contar com a participação popular. Encaminhou propostas de transformação das unidades psiquiátricas públicas, influenciou na formulação de políticas públicas e denunciou o favorecimento do setor privado. Possuía de fato um caráter de democratização apesar de o país estar vivendo sob o regime ditatorial (AMARANTE, 1995).

Nos eventos e congressos profissionais de psiquiatria e psicanálise, que aconteceram nas décadas de 70 e 80, foram realizadas diversas críticas em relação à deficiência técnica e ao controle e exclusão das desigualdades sociais. Houve denúncias sobre a política privatizante da saúde e sobre as práticas psiquiátricas diferenciadas para ricos e pobres. Em alguns destes eventos estiveram presentes autores e profissionais críticos internacionais acerca da corrente hegemônica psiquiátrica, como Felix Guatarri, Robert Castel, Erwing Goffman e Franco Basaglia (AMARANTE, 1995).

Nos anos 1980, fruto das intervenções do MTST, iniciou-se a cogestão cujo objetivo era criar um modelo de gerência dos hospitais públicos mais descentralizados e com menos lentidão. Neste sentido, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Ministério da Saúde (MS) realizaram um trabalho conjugado nas dimensões de custeio, avaliação e planejamento das unidades hospitalares (AMARANTE, 1995).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira não se restringiu ao campo técnico e assistencial, mas ampliou-se aos âmbitos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. Ações inovadoras importantes surgiram na década de 1980, como a associação de usuários e familiares Loucos pela Vida, em Juqueri e os dispositivos de bases territoriais. Nesse contexto também foi criado o primeiro CAPS, em São Paulo no ano de 1987. Em 1989, a Casa de Saúde Anchieta recebeu uma intervenção da Secretaria de Saúde da cidade de Santos, que decidiu pelo seu fechamento devido aos casos de maus tratos e de morte. Como alternativa criada para atender o restante dos pacientes foi implantado um sistema substitutivo: o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Foi uma criação de cooperativas, associações e implantação de residências. Esta experiência santista foi um marco na Reforma Psiquiátrica brasileira. Outras criações neste período serviram para ampliar o leque de opções terapêuticas e assistenciais, tais como centros de convivência nos espaços públicos e a implementação de ações de assistência jurídica e política aos internados que foram lesionados com sistemas psiquiátricos, os chamados de SOS Louco. O Ministério da Saúde utilizou estas iniciativas como modelo para implementar os serviços substitutivos manicomial em todo território nacional (AMARANTE, 1995).

Em pouco tempo passa a ter visibilidade a rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país, e regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Muitos outros dispositivos são criados, tais como hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros. Este crescimento revela a riqueza e a criatividade dos atores da RP no âmbito do SUS (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2071).

Em 1989, o Projeto de Lei Paulo Delgado 3657/89 foi uma inovação nos âmbitos jurídicos e políticos com direito a grande impacto na mídia nacional. Este projeto do deputado de Minas Gerais, Paulo Delgado, tinha como objetivo regulamentar os direitos dos usuários no que tange aos tratamentos, assim como havia indicação de extinção dos manicômios e implementação de serviços substitutivos de atenção territorial (AMARANTE, 1995). Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional o projeto de lei tornou-se a Lei Federal 10.216/01.

O desafio central do CAPS é a desinstitucionalização, pois confere outra lógica de atenção à loucura, cujo foco do trabalho é em rede e no território onde o usuário habita e mantém suas relações sociais e de afetos (LEAL; DELGADO, 2008). Foi

observado que, para sair do poder do modelo de tratamento centrado no saber-fazer médico psiquiátrico e das prisões manicomiais, o cuidado precisava ser abrangente, e sendo assim, outros conhecimentos precisavam interagir. A atenção psicológica e os aspectos sociais, assim como o trabalho de fortalecimento dos vínculos afetivos e familiares, culturais, esportivos foram levados em consideração para pensar o cuidado do usuário, que deve ser dentro do seu território, no seu espaço de pertencimento. Na Reforma Psiquiátrica brasileira influenciada por Basaglia, a reformulação dos serviços é consequência e não objetivo. Isto porque se trata de um processo social complexo, em que há a necessidade de acontecer uma mudança de olhar sobre o que se diz ser loucura, assim como mudanças no campo do legislativo e do judiciário também se fazem necessárias. O CAPS foi pensado para ser um centro de atenção à crise, onde o sujeito possa ser atendido e escutado em todas as suas peculiaridades de níveis psicológicos, sociais e familiares. O vínculo afetivo conquistado e cultivado entre a equipe e o usuário é muito valorizado para que a atenção e o cuidado se deem. A Luta Antimanicomial brasileira foi um movimento civilizatório, por ter dado chance de viver em liberdade a quem antes era tachado de diferente e incapaz, e por isso excluído (AMARANTE, 2007). A partir de então, reuniram-se esforços para que o louco pudesse ser integrado à sociedade: integrado, não adequado. Ele precisava ser parte da teia social, e não se ajustar às demandas socialmente restritivas ou aos valores morais existentes. Para tanto foi necessário que mudanças em diversos níveis acontecessem.

O oferecimento do cuidado e atenção em um CAPS condiz com uma postura de corresponsabilidade entre o técnico de saúde mental e o usuário. Neste espaço, além de oferecer cuidados diferenciados, resultado de um quadro composto por multiprofissionais, realiza-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este PTS é construído pelo profissional de saúde mental e pelo próprio usuário do serviço, levando em consideração sua existência singular. Isto é, seu modo de vida, tempo disponível para tratamento e objetivo do tratamento; definindo, assim, de quais oficinas ou grupos terapêuticos participará, se fará alimentação no CAPS, com quais profissionais manterá atendimento, quais dias pretende ir ao CAPS, quem é seu técnico de referência. Este técnico, como o nome já diz, é o técnico com quem o usuário constrói uma relação empática e de confiança. Na construção do PTS, o usuário deve estar envolvido para construir, junto da equipe ou do seu técnico de referência, o seu tratamento, pois o seu protagonismo é incentivado. Isso porque se

aposta na compreensão de que o outro pode e deve cuidar de si. A proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira é cuidar do indivíduo não perdendo de vista a sua autonomia e liberdade. Não se deseja mais tutelar a vida do usuário, mas respeitá-lo enquanto protagonista de sua vida. De acordo com Silveira *et al.* (2016, p. 24), “O tratamento da pessoa em sofrimento mental deve ocorrer com a dignidade inerente ao atendimento integral de suas necessidades enquanto cidadão, considerando os princípios consignados na Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”.

Ao longo dos anos foi-se observando a necessidade de criação de outras variáveis de Centros de Atenção Psicossociais para dar conta de problemáticas diversas. Hoje, no Brasil, além do CAPS que atende o público adulto diagnosticado com algum transtorno mental, temos o CAPSi – Infantil e o CAPSad – Álcool e Drogas. O CAPSad surgiu no ano de 2002, após a III Conferência de Saúde Mental registrar que a atenção ao uso prejudicial de álcool e drogas deveria ser encarada como uma questão de saúde. A portaria GM/816/2002 institui normas de organização desse espaço e elege a política de Redução de Danos (RD) como orientação para o cuidado dos usuários por diversos fatores como: ter baixa exigência no tratamento, não idealizar a abstinência como meta, considerar o aspecto singular de cada usuário que frequenta o serviço mental e levar conhecimento acerca dos danos das substâncias que são utilizadas e das formas de minimizá-los (BRASIL, 2004).

Dez anos depois, a Portaria GM/130/2012 redefine o CAPSad III e oferece as normativas para os serviços funcionarem com atendimento contínuo, vinte e quatro horas por dia. Na modalidade III o que difere é o horário de atendimento estendido, a previsão de um número maior de profissionais em regulamento e a criação de leitos para acolhimento noturno em casos de crises de abstinência, risco de morte e recaídas. Esse nível de abrangência decorre da necessidade da modalidade psicossocial dar conta de algumas vulnerabilidades que o usuário geralmente apresenta sem precisar recorrer a internações psiquiátricas.

No capítulo que segue trataremos da outra vertente da psiquiatria que também tomou forma após a Segunda Guerra Mundial. A Psiquiatria Biológica progrediu em decorrência das descobertas químicas inovadoras e promissoras no século XX.

3 A PSIQUIATRIA BIOLÓGICA

3.1 A psiquiatria e a promessa química

Ao findar a Segunda Guerra Mundial, além dos movimentos reformistas já citados, outro fato que influenciou um diferente rumo da psiquiatria foi o crescimento vertiginoso das indústrias farmacêuticas em decorrência de muitas substâncias descobertas no período de guerra, o que propiciou outra qualidade de vida para a população. Foram descobertos antibióticos, hormônios e as chamadas pílulas mágicas, que prometiam a cura definitiva de doenças incuráveis, como a psicose, por exemplo (AMARANTE & FREITAS, 2014).

Apesar de a psiquiatria ser historicamente detentora da verdade médica sobre a loucura, durante muito tempo ela vagueou por um campo nebuloso em que a certeza e a confiabilidade de diagnósticos e de tratamentos não eram claros. Segundo a médica e pesquisadora estadunidense Marcia Angell (2011), tal fato começou a mudar quando substâncias químicas descobertas ao acaso foram utilizadas para mitigar comportamentos dos diagnosticados com doenças mentais, tais como psicose, depressão e ansiedade. As substâncias agiam quimicamente no funcionamento neuronal, o que acarretava uma mudança de comportamento desejada: os esquizofrênicos não deliravam mais e os depressivos ficavam mais animados. Após o ocorrido, pesquisadores da área começaram a sustentar a teoria do desequilíbrio químico como explicação da origem de tais doenças. Todas as informações acerca dos medicamentos chegavam aos profissionais psiquiatras mediados pela indústria farmacêutica. Rodrigues (2003) relata que propagandas comerciais das substâncias psicoativas eram anunciadas em revistas científicas do campo da psiquiatria e passavam a mensagem de devolução do equilíbrio e do sentido de viver.

Outro fato que auxiliou a psiquiatria a fincar-se no campo científico ocorreu no ano de 1980, quando surgiu a terceira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) realizada pela *American Psychiatric Association* (APA). Um manual com critérios pretensamente precisos e de caráter universalizante baseando-se em explicações biologizantes como causadoras de doenças mentais. Esta foi a fórmula de sucesso de uma nova relação de confiabilidade entre a psiquiatria e a sociedade. A cada revisão ou nova versão do DSM há um aumento significativo de diagnósticos. Questões complexas da vida são reduzidas aos constructos defendidos

pela comunidade científica e geralmente são resolvidas de forma simplificada, com uma medicação prescrita. Estamos patologizando a infância, a juventude e a velhice devido ao alargamento de diagnósticos de transtornos mentais reconhecidos por especialistas da área. Esta compreensão bioquímica perdura ainda hoje, apesar de haver autores que questionem tal eficácia propagada e creditada.

Whitaker (2017) é um destes questionadores e levanta alguns pontos que se apresentam neste cenário. O progresso tecnológico e a precisão diagnóstica conquistados na área da psiquiatria são sinônimos de eficácia e saúde? Se sim, por que há cronicidade das doenças inicialmente diagnosticadas, quando não um acúmulo de outros transtornos mentais e de doenças físicas ao longo do tempo? Em suas pesquisas, Whitaker traz à tona a teoria do desequilíbrio químico das doenças mentais e a trata como um mito, pois evidencia o malabarismo lógico realizado para impulsioná-la como verdade. As substâncias psicoativas não foram descobertas para tratar doenças mentais inicialmente, até porque as modificações acarretadas nos sintomas e comportamentos foram descobertas ao acaso. O que ocorreu foi que doenças mentais foram postuladas para se adequarem aos medicamentos descobertos aleatoriamente.

Na verdade, Whitaker (2017) descobre que há de fato um desequilíbrio químico, só que causado pelas substâncias psicoativas receitadas, como demonstrado posteriormente em estudos e pesquisas com pacientes psiquiátricos medicamentalizados. É como ele denomina de iatrogenia psiquiátrica. Revela também que a alta soma financeira da indústria farmacêutica permitiu que conseguissem aliados importantes como pesquisadores, psiquiatras e profissionais dos meios de comunicação para endossarem que o tratamento medicamentoso para os transtornos mentais era o que havia de mais eficaz.

Este é o modelo da psiquiatria biológica que incide no nosso cotidiano de saúde no Ocidente, de forma globalizada. É reconhecido pelo meio científico e pelo senso comum por sua eficácia, mantém sob seu domínio o poder de ditar as normas entre o normal e o patológico e conseqüentemente de ampliar o leque de diagnósticos nos manuais utilizados por muitos profissionais de saúde de diversos países do mundo.

3.2 A gênese dos psicofármacos

A explanação realizada acerca do modo de funcionamento da ciência de maneira geral, realizada pelo filósofo da existência Martin Heidegger e abordada no primeiro capítulo, se coaduna à forma como a loucura foi tratada desde o ápice do Iluminismo até o presente momento, inclusive no que tange à forma como foram descobertos os primeiros psicofármacos, parte importante desta dissertação. Whitaker (2017) se debruça acerca do surgimento de alguns dos compostos químicos que hoje são reconhecidos como psicofármacos. Terminada a Segunda Guerra Mundial muitos pesquisadores tinham a intenção de fazer descobertas químicas e farmacológicas. Nesta época os cientistas encontravam-se entusiasmados com as descobertas das chamadas pílulas mágicas, como os antibióticos que combatiam as doenças infecciosas. Mas ainda que desejassem descobrir novas substâncias tão potentes quanto os antibióticos, o processo de descobrimento da primeira geração das drogas psiquiátricas foi o inverso do procedimento comum dos medicamentos. No caso das pílulas mágicas, o primeiro passo foi identificar a etiologia ou natureza do distúrbio ou doença. E em seguida foi produzir agentes que combatessem a causa da doença. Assim ocorreu com a produção dos antibióticos e com a terapia insulínica. Entretanto, no caso da descoberta dos psicofármacos, as substâncias vieram primeiro. A tentativa de explicação da etiologia ou natureza do que se reconhece como doença mental veio posteriormente. Tais substâncias foram descobertas ao acaso, os pesquisadores se depararam com efeitos até então surpreendentes. A descoberta dessas drogas foi reconhecida como a revolução psicofarmacológica.

Os pesquisadores se depararam com substâncias que afetavam o sistema nervoso central de maneira desconhecida. Tais substâncias intervinham no funcionamento cerebral de modo seletivo, qual seja: limitar as respostas físicas e afetivas, sem causar perda da consciência. O funcionamento no organismo humano era desconhecido, mas os efeitos eram estimados.

O composto químico de nome de clorpromazina ou CPZ, vendido pela indústria farmacêutica como um antipsicótico foi a primeira substância descoberta ao acaso dessa leva dos compostos químicos da primeira geração de psicofármacos. E foi esta substância que serviu de modelo para outros compostos químicos correlacionados a transtornos diversos, como a ansiedade e depressão. De início estavam à procura de algo que curasse a malária, a doença africana do sono e as doenças causadas por

vermes. Sendo assim, cientistas de uma companhia farmacêutica francesa tentavam sintetizar a fenotiazina para essa finalidade. Quanto a isso não obtiveram sucesso, mas descobriram que um composto derivado da fenotiazina, a prometazina tinha efeitos anti-histamínicos revelando-se útil nas cirurgias. Em 1949 um cirurgião da Marinha francesa, Henry Laborit, ao medicar diversos pacientes com a prometazina percebeu que, além do efeito esperado anti-histamínico, os pacientes ficavam calmos, sonolentos e com uma expressão leve e desligada, sem afetar a consciência. O efeito de indiferença nos pacientes propiciado pela substância gerou interesse nos pesquisadores. Por agir seletivamente nas regiões cerebrais ela foi reconhecida, então, como uma substância anestésica. Esta função era louvada, mas foi aperfeiçoada até que conseguissem sintetizar um composto mais potente desta substância. E dessa forma, conseguiram reduzir outras substâncias anestésicas mais perigosas nas cirurgias, tal como os barbitúricos e a morfina (WHITAKER, 2017).

Os cientistas franceses chegaram então ao composto químico derivado da prometazina, a clorpromazina ou a CPZ. Nos experimentos com ratos era perceptível que eles ficavam limitados física e emocionalmente, mas com a consciência preservada. Sob o efeito do composto eles manifestavam desinteresse em subir uma corda pra fugir dos choques dados pelos pesquisadores. É perceptível, a partir deste exemplo, que a motivação da busca em sintetizar o composto químico é assegurar um determinado resultado, qual seja: o de indiferença. O cirurgião Laborit, então sugere em uma conferência de anesthesiologia, ocorrida em 1951, que tal substância poderia ser utilizada na psiquiatria por conta de seu efeito semelhante ao da lobotomia. Importante ressaltar que nesta época a cirurgia de retirada parcial ou total dos lóbulos cerebrais, a chamada lobotomia, era considerada útil e eficaz. Não por acaso o autor desta cirurgia, o português Egas Moniz ganhou o prêmio Nobel de medicina. Tal cirurgia era elevada no conceito dos cientistas e enaltecida pelos meios de comunicação por possibilitar a transformação das pessoas ansiosas, agitadas e com ideias psicóticas em seres humanos letárgicos, desinteressados e infantis. Em outros termos: ele modificava, alterava os comportamentos incômodos socialmente. E isso significava tratamento, cura. Tais efeitos eram considerados positivos, exceto a perda de consciência gerada pela cirurgia. Neste sentido, a clorpromazina se apresentava como superior em comparação à cirurgia de lobotomia (WHITAKER, 2017).

A utilização do medicamento clorpromazina iniciou-se em um hospital francês em pacientes psicóticos. Não demorou para que a substância fosse utilizada em toda a Europa. Os psiquiatras americanos definiram a clorpromazina como um tranquilizante potente e os franceses como um neuroléptico, por afetar o sistema nervoso de forma preponderante. Os psiquiatras franceses Delay e Deniker perceberam o efeito colateral da clorpromazina, o qual denominaram de síndrome psíquica: sonolência reversível, discinesia e parkinsonismo. De início os médicos compreendiam que a droga não produzia cura dos sintomas, mas sim produção de um efeito específico (WHITAKER, 2017). Não qualquer efeito, mas um efeito desejado: controlar pessoas que até então mantinham comportamentos irascíveis e impulsivos. E foi em decorrência dessa representação, que os cientistas não mediram esforços para apresentá-lo como uma substância cientificamente eficaz.

Essa experiência serviu de modelo para erigir outros compostos químicos. A substância *meprobamato*, cujo nome comercial é miltown, foi definida como tranquilizante leve para indicação de casos de ansiedade também está na esteira das substâncias descobertas ao acaso. Até chegar neste ponto de comercialização seu processo foi semelhante ao da clorpromazina. Após a Segunda Guerra Mundial, o químico Frank Berger procurou desenvolver um medicamento que curasse doenças respiratórias, urinária e gastrointestinais causadas por micróbios gram-negativos. Para tanto, fez experimentos com o princípio ativo de um desinfetante vendido na Grã-Bretanha eficaz contra tais bactérias que se proliferavam no ambiente: o éter *fenilglicerol*. A finalidade era obter efeitos antibacterianos superiores. Desta forma Berger conseguiu produzir o composto *mefenisina* que se anunciou como um poderoso relaxante muscular. Em seus experimentos com ratos foi observado que eles expressavam uma curiosa tranquilidade. Sob o efeito da substância eles permaneciam paralisados, sem manifestar sinais físicos de estresse e mantendo o ritmo cardíaco preservado. A esta altura o químico percebeu que estava diante de um possível agente atenuante da ansiedade em humanos. Contudo, a substância em questão, a *mefenisina*, possuía uma ação muito curta no organismo. Em 1947, nos EUA, Berger conseguiu sintetizar o *meprobanato*. Esta substância durava oito vezes mais no corpo do que anterior. O seu efeito em animais, como o macaco, era de domesticação (WHITAKER, 2017). Mais uma vez podemos perceber que o efeito de tranquilizante era estimado e motivava o investimento em pesquisas e experimentos para alçá-los a compostos químicos eficazes contra os comportamentos humanos

indesejados, até então administrados sem muito sucesso. Mas tais substâncias pareciam solucionar o que até então não tinha solução.

Em 1957 surge a *iproniazida* indicada para quem manifestasse sintomas depressivos e inicialmente foi rotulada como um energizante psíquico. Quase no fim da Segunda Guerra Mundial, a Alemanha necessitava de um substituto de combustível para lançar seus foguetes V-2. Diante da carência de oxigênio líquido e etanol, novos compostos precisavam ser desenvolvidos para que os foguetes V-2 pudessem ser lançados. A substância *hidrazina* entra em cena como uma alternativa. Após o término da guerra, as empresas de produtos químicos dos países aliados lançaram-se a fim de se apoderarem das amostras deste composto, já antevendo a possibilidade de exploração de suas propriedades tóxicas em benefício da criação de pílulas mágicas. Em 1951 a empresa Hoffman-La Roche produziu dois compostos a partir da *hidrazina*: *isoniazida* e a *iproniazida* que se mostraram eficazes contra o bacilo causador da tuberculose. Os medicamentos geravam um efeito curioso nos tuberculosos internados nos sanatórios. Eles pareciam energizados. Fato que foi publicado na época na revista Time. A reportagem revelava que os pacientes internados com tuberculose estavam dançando nas enfermarias. Esta cena deu margem para que pensassem em sua utilidade na área da psiquiatria, endereçados aos pacientes deprimidos. Apesar da expectativa de que o desejo se realizasse logo nos primeiros testes, os efeitos colaterais provocados por essa substância demonstraram-se desanimadoras: mania, constipação, neurite, confusão e psicose. Contudo, em 1957 o psiquiatra Nathan Kline, do Hospital Estadual Rockland, trouxe à cena novamente a iproniazida, afirmando que sua eficácia estava no tempo de tratamento. Cinco semanas eram suficientes. Demonstrou sucesso comprovado no tratamento de quatorze dos dezesseis pacientes tratados com tais substâncias. Muitos melhoraram do quadro de depressão e alguns com remissão completa do quadro (WHITAKER, 2017).

A chamada revolução psicofarmacológica fortaleceu a psiquiatria com substâncias voltadas a controlar os três principais transtornos mentais, quais sejam: psicose, ansiedade e depressão. Entretanto, o surgimento dessas substâncias se deu ao acaso. Quando estavam em busca de aplacar outro mal, perceberam os efeitos causados pelas substâncias em questão. Vislumbrou-se a possibilidade de dispor das substâncias encontradas em uma situação outra, que parecia na época mais

promissora. Tal como alterar a percepção dos humanos em relação à dor e ao desconforto que são inerentes à própria existência.

A partir da década de 1950, as empresas farmacêuticas com auxílio dos meios de comunicação dos Estados Unidos da América investiram em publicizar os efeitos mágicos e excepcionais dos novos medicamentos psiquiátricos:

[...] na primavera de 1955, o Miltown foi introduzido no mercado. Esse medicamento, relatou a revista *Time*, era para “neuróticos ambulatoriais, não para psicóticos internados”, e, de acordo com o que diziam os psiquiatras aos repórteres dos jornais e revistas, tinha propriedades incríveis. A ansiedade e as preocupações fugiam tão depressa, explicou a *Changing Times*, que o remédio podia ser considerado a “pílula da felicidade”. A *Reader's Digest* assemelhou-o a “um banho turco em forma de comprimido”. O remédio, explicou a *Consumer Reports*, “não amortece nem embota os sentidos, além de não criar hábito. Relaxa os músculos, acalma a mente e dá às pessoas uma nova capacidade de aproveitar a vida” (WHITAKER, 2017, p. 73 - 74).

Tamanha propaganda surtiu efeito no desejo do público em adquirir as pílulas mágicas. O último passo que ajudou a redesenhar a imagem das drogas psiquiátricas da primeira geração aconteceu no ano de 1963, quando o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos Estados Unidos conduziu um teste que durou seis semanas, cujo resultado comprovou a eficácia das drogas psiquiátricas no combate dos sintomas psicóticos, mostrando-se superior aos efeitos do placebo. Isso foi suficiente para anunciarem a droga como antipsicótico. Rapidamente foram alçadas a antídotos para as doenças mentais, tal como funcionavam os antibióticos. Estas sim notoriamente reconhecidas como pílulas mágicas na época (WITHAKER, 2017). Percebe-se em tal situação um salto no abismo que separa tais comparações.

O filósofo Martin Heidegger concebe que a com-posição (*Gestell*) tende a absorver o que surge e acomodar em seus parâmetros previamente estabelecidos. Essa também tende a processar os recursos disponíveis para dis-por do resultado de uma maneira mais assertiva e promissora. Da mesma forma procede a ciência, que, por sua vez, é mais uma expressão do desencobrimento provocante e intervencionista. Tais elucubrações nos dá luz para podermos compreender este fenômeno da gênese dos psicofármacos.

Primeiramente desvelou-se a serventia das substâncias descobertas para fins de controle dos comportamentos e expressões humanas. Em seguida os pesquisadores afirmaram serem estas substâncias antídotos eficazes contra os transtornos mentais. Contudo, para serem aceitos pelo mundo acadêmico era

imperioso que os pesquisadores mostrassem evidências científicas com dados quantitativos e números claros demonstrando o que afirmavam.

Assim vemos multiplicarem-se estudos clínicos empíricos que parecem pôr em evidência certa eficácia para o controle de alguns sintomas da psicose e a esquizofrenia, embora de fato se limitem a mostrar que o desejado efeito de calma e indiferença, em pacientes acordados ou conscientes, podia obter-se com o uso da CPZ. Estes estudos nada dizem sobre o mecanismo da ação da droga, a diferença dos estudos clínicos duplos-cegos realizados para testar, por exemplo, a eficácia de um antibiótico específico para determinada doença infecciosa. Para conseguir legitimidade científica no modelo médico no qual afirmam estar situados, deveriam poder enunciar o processo biológico subjacente ou etiológico das doenças psiquiátricas, coisa que não foi possível realizar nem em 1950, nem hoje. Perante essa ausência, se enunciaram modelos ou hipóteses explicativas referidas ao mecanismo de ação do fármaco, a partir das quais se poderia inferir o mecanismo causal possível das doenças (CAPONI, 2018, p. 32).

Tais hipóteses baseiam-se em uma busca racional, em umnexo causal sobre o funcionamento dos neurotransmissores em relação aos distúrbios afetivos, a fim de exaltar as sínteses das novas substâncias como agentes combativos das causas. As hipóteses explicativas se comparam a uma amálgama que faz a liga entre as descobertas das substâncias com efeitos promissores e a supressão dos sintomas do que se reconhece como transtornos mentais (COSER, 2010). De acordo com Whitaker (2017), o aporte biológico era o que faltava para preencher esse vácuo.

A existência dessas teorias e o avanço do conhecimento e tecnologia disponíveis permite, na contemporaneidade, se postular a síntese de novas substâncias a partir de uma “busca racional”, como se o ponto ao qual se pretende chegar estivesse traçado pelo mapa que orienta a lógica da busca e o seu caminho (COSER, 2010, p. 26-27).

A descoberta dos compostos químicos produzidos em laboratório requisita um exercício de raciocínio, um malabarismo lógico para dar conta de encaixar a ação do medicamento como eficaz e necessário para combater os transtornos. “As descobertas, embora ocorram por azar, podem ser posteriormente explicadas de acordo a uma lógica que permite sua justificação *a posteriori*” (CAPONI, 2018, p. 23).

Desse modo, em meados da década de 1950 descobriu-se que era de natureza química e não elétrica, os sinais que passavam entre as sinapses que separavam os neurônios. A partir deste descobrimento, o pesquisador Bernard Brodie investiu em ensaios laboratoriais com coelhos, no que pôde constatar que a reserpina (erva medicinal utilizada na Índia) reduzia os níveis da mensageira química serotonina. O pesquisador sueco Arvid Carlsson posteriormente constatou que a reserpina também reduzia os níveis de norepinefrina e dopamina (conhecidas como catecolaminas) no

cérebro. Ambos os cientistas observaram que a substância reserpina acalmava os psicóticos e causava letargia em animais. Os pesquisadores percebiam-nos deprimidos sob seu efeito. Em experimentos deram previamente *iproniazida* e *imiprimina* (substâncias consideradas antidepressivas) aos animais e constataram que os sinais depressivos ocasionados pela reserpina não se apresentaram (COSER, 2010 & WHITAKER, 2017).

Em 1965, Joseph Schildkraut, ao se debruçar sobre as pesquisas supracitadas, propôs a teoria do desequilíbrio químico dos distúrbios afetivos, ou a fisiopatologia dos transtornos afetivos. No entanto, o que serviu de base para que esta hipótese fosse aventada foram as substâncias recém-descobertas. De um lado, havia a reserpina; essa reduzia a atividade da norepinefrina e ocasionava uma espécie de sedação ou sintomas que se assemelhavam ao estado da depressão. Do outro lado, estavam as demais substâncias (*imipramina* e *iproniazida*) responsáveis por uma potencialização da norepinefrina, que por seu turno ocasionavam uma excitação comportamental. Ambas, por sua vez, são categorizadas como antidepressivas. Então, se alta ou reduzida, a atividade da norepinefrina no cérebro é o que define a emergência ou não da depressão no ser humano. Partindo desse malabarismo lógico, restou para as mensageiras químicas serem as responsáveis pelos transtornos mentais cuja solução ficava a cargo dos medicamentos recém-descobertos e sintetizados em laboratório. Mesmo sendo uma visão reducionista, foi o primeiro passo da psiquiatria biológica na tentativa de elucidar uma possível causa da fisiopatologia dos transtornos afetivos. E serviu de base para construções de outras hipóteses. Sempre correlacionando as descobertas das medicações às gêneses dos transtornos afetivos.

Ainda na década de 1960 a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia entra em cena seguindo o modelo de associação usado entre a norepinefrina e a depressão (COSER, 2010; WHITAKER, 2017).

Duas décadas depois, entretanto, se acredita que nunca deveria ter sido desenvolvida, uma vez que se baseava num equívoco, um subproduto da visão de mundo baseada no laboratório que então dominou, e no preceito farmacológico que vê a clínica como confirmando os conceitos laboratoriais (COSER, 2010, p. 24).

Na visão do senso comum, a ciência enquanto uma elaboração teórica da realidade preza por uma neutralidade, mas Heidegger (2008b) nos alerta sobre seu caráter interventivo e processador da realidade.

A ciência sendo um modo de desencobrimento – ou seja, um modo de interpretar mundo que tende à provocação e exploração dos recursos, assim como ao controle e asseguramento dos entes – funciona como um filtro, uma lente que predetermina como verdadeiro o que se adequa ao formato dessa lente. Dessa forma, a ciência pretende dominar a realidade na tentativa de objetificá-la. Congelar ou assegurar a realidade enquanto uma objetividade é o que a teoria científica se propõe a realizar. Há um processo de enquadramento de qualquer novo fenômeno na ciência em uma objetividade correspondente à teoria.

A teoria assegura para si uma região do real, como domínio de seus objetos. O caráter regional da objetividade aparece na antecipação das possibilidades da pesquisa. Todo fenômeno numa área da ciência será processado até enquadrar-se no domínio decisivo dos objetos da respectiva teoria. Trata-se de um domínio que, às vezes, se transforma, enquanto objetividade, como tal, permanece imutável, em suas características básicas. Numa concepção rigorosa, a essência do “objetivo” propicia o fundamento para se predeterminar comportamento e procedimento. Há teoria pura quando um objetivo determina por si mesmo a teoria. Esta determinação provém da objetividade do real vigente (HEIDEGGER, 2008b, p. 49).

O procedimento metodológico da ciência em suas pesquisas se apresenta como um asseguramento processador, em vistas a objetificar a realidade. Esse asseguramento processador configura-se por meio do cálculo, da mensuração da natureza. Pois, para a ciência o conhecimento válido é aquele que se pode medir ou mensurar o que quer que se pesquise. Entretanto, não necessariamente o pensamento calculante relaciona-se com números, como somar, multiplicar ou diminuir, mas sim com esperar algum resultado, expectar por algo daquilo que se quer investigar.

O desenvolvimento das sínteses das substâncias, hoje reconhecidas como psicofármacos, obedece a esse procedimento científico (que também é uma expressão da essência da técnica), no sentido de ser processado, comutado e encaixado a uma representação previamente existente. Tais substâncias, inclusive, conseguem emular essa objetividade pretendida pela comunidade científica, qual seja: controlar ou readequar os comportamentos e percepções humanas indesejadas. Este resultado é satisfatório em nosso horizonte histórico, pois corresponde a uma noção de segurança e controle estimados em nossa época. Em última instância, são determinações consonantes ao desencobrimento explorador da essência da técnica. O asseguramento objetificante desvela os entes como um recurso a ser explorado. Assim são desveladas as substâncias químicas para atender o objetivo científico de

encontrar a fórmula que entrega o efeito esperado. Da mesma forma é desvelado o homem enquanto um ente dis-ponível à exploração e controle para também atender a diversos fins estimados em nosso horizonte histórico, como os de produtividade e consumo.

3.3 Os manuais de diagnósticos e a linguagem técnica

É conveniente apontar que essa configuração de um horizonte provocativo que busca a segurança e a estabilidade das representações se coaduna a uma forma de linguagem e comunicação peculiar. Heidegger (1999) aponta que a linguagem, em seu caráter mais próprio, é uma capacidade conferida ao homem de revelar o que se apresenta a ele. É um dizer, um mostrar, sem delimitação a priori. No entanto, a linguagem em conformidade com o desencobrimento explorador limita-se a ser mensagem, uma instrução, um sinal unívoco. Ou seja, a linguagem passa a ter uma função operacional de comunicar mensagens de forma segura e rápida, tal como uma máquina. Esta forma de expressão se apresenta na linguagem técnica e científica inclusive no âmbito dos transtornos mentais. A construção da terceira versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) se molda a esta exigência desse modo de desvelar essencialmente técnico.

A partir da década de 1970 a psiquiatria biológica tornou-se o paradigma dominante neste campo de saber. Anterior a esse fato, duas vertentes dominavam o campo epistemológico da psiquiatria: a psicanálise e a antipsiquiatria. Desta maneira, as duas primeiras versões do DSM apresentavam um modo eclético e subjetivo de classificações dos transtornos mentais. De acordo com os psiquiatras da vertente biológica, essas conferiam pouca confiabilidade aos diagnósticos, pois davam margem aos psiquiatras em diagnosticar de forma diferente o mesmo sintoma (RUSSO; VENÂNCIO, 1996).

No ano de 1974 uma equipe de psiquiatras da American Psychological Association (APA) organizou uma força-tarefa com a finalidade de realizar uma revisão do DSM. A função dessa revisão era transformá-lo digno de confiança, utilizando uma abordagem e linguagem biologizante. A expressão desta transformação se materializou na terceira versão do DSM, lançado em 1980 (RUSSO; VENÂNCIO, 1996; WHITAKER, 2017).

A equipe que criou esta terceira versão edificou fronteiras sólidas e claras entre o normal e o patológico, assim como as diferentes doenças mentais. Pretendiam uma nomenclatura classificatória unificada e atórica. Prezavam por uma observação e mensuração empiricamente rigorosas. E para tanto, utilizaram-se de uma visão fisicalista da perturbação mental. Pretendiam com uma classificação atórica e neutra erigir uma teoria universalizante dos transtornos mentais. Ainda que sem fundamentos científicos para confirmar a teoria biológica e suas definições arbitrárias sobre o que seria ou não transtorno mental, a psiquiatria biológica se posicionou acima das duas abordagens da psiquiatria coexistentes na época (RUSSO; VENÂNCIO, 1996).

De acordo com as determinações contidas na terceira versão do DSM, o profissional de saúde que desejasse diagnosticar precisaria avaliar se os sintomas descritos pelo paciente se encaixavam ou não nas categorias previamente formuladas no manual. Como em um sistema de pontuação, em que o psiquiatra se detém em avaliar quantos sintomas, de acordo com tal diagnóstico, o paciente possui.

Para fazer um diagnóstico pelo DSM-III, o psiquiatra devia determinar se um paciente tinha o número exigido de sintomas tidos como característicos da doença. Por exemplo, havia nove sintomas comuns a um “episódio depressivo grave” e, estando presentes cinco deles, seria possível diagnosticar essa doença (WHITAKER, 2017, p. 277).

No horizonte da essência da técnica a eficiência e a rapidez são determinações estimadas. Estas determinações incidem na forma como nos comunicamos. Deste modo, impera atualmente uma linguagem que se expressa sem ambiguidades, com o puro propósito de informar. A linguagem precisa conter em si uma utilidade para ser reconhecida como valorosa. Tais determinações estão presentes atualmente no âmbito da ciência e do senso comum. Estão presentes inclusive na lida entre profissionais de saúde e pacientes. No que diz respeito às práticas de saúde mental hoje em voga, a performance de atendimento restringe-se a encaixar o que o paciente revela em uma lista de categorias universalizantes, a fim de catalogá-lo.

Zanello, Fonseca e Romero (2011) apontam a celeridade nas entrevistas dos psiquiatras com os pacientes em um setor de internação de um hospital psiquiátrico público. As pesquisadoras acompanharam as entrevistas realizadas pelos médicos cuja duração média era de um minuto. A maioria das perguntas nas entrevistas buscava encontrar os sintomas de transtornos mentais descritos nos principais compêndios: CID e DSM. De acordo com a presença ou ausência de sintomas o tratamento era prescrito: em sua maioria medicamentosa. Percebeu-se também uma

falta de clareza dos critérios que se referiam às decisões sobre as prescrições medicamentosas. Puderam identificar que não era proporcionado um atendimento propício a uma escuta atenta às queixas dos pacientes que lá chegavam, mas sim uma tentativa de enquadramento do que apresentam na tradução da linguagem técnica dos sintomas:

Percebeu-se a importância dada pelos médicos à busca exclusiva de sinais e sintomas, procedendo, na escuta do paciente, como um clínico geral ao entrevistar alguém com suspeita de diabetes ou qualquer problema físico. Uma resposta positiva ou “errada” a qualquer uma dessas perguntas sobre os sintomas mentais levava o médico a dispensar o paciente, solicitando a sua permanência no hospital, com os mesmos medicamentos ou com medicamentos novos. Desse modo, o sujeito não é qualificado, mas sim a suposta “doença” que ele possui (ZANELLO; FONSECA; ROMERO, 2011, p. 634).

Podemos perceber a partir deste exemplo que a lida dos profissionais psiquiatras com os pacientes é uma tentativa de chegar a uma representação objetiva e concreta que um diagnóstico pode oferecer. E, portanto, ao fixar o indivíduo em uma categoria o procedimento seguinte é providenciar a terapêutica mais eficaz com pretensões de corrigir o que se anuncia representado como um distúrbio, transtorno ou doença. E todo esse processo –desde o atendimento inicial, passando pela busca de um diagnóstico e finalizando com a prescrição da conduta terapêutica – é marcado por um ritmo veloz. É desta maneira que os serviços públicos de saúde mental, de uma maneira geral, procedem no atendimento de pessoas que se queixam de algum sofrimento mental.

O psiquiatra não se atenta para o sentido do discurso do paciente, priorizando tão somente sinais e sintomas, em um funcionamento semiológico tipicamente indicial e uma lógica binária onde o que se perscruta é apenas a presença/ausência do sintoma. Nesse sentido, o medicamento desponha como a possibilidade privilegiada e quase exclusiva de tratamento (ZANELLO; FONSECA; ROMERO, 2011, p. 637).

Entretanto, a etapa de concluir um diagnóstico preciso para então prescrever uma conduta terapêutica pode ser sumariamente ignorada ou subvalorizada. Ferrazza, Rocha e Luzio (2013) realizaram uma pesquisa em um ambulatório de saúde mental de um município do sudoeste paulista no qual puderam analisar uma amostra de prontuários com o objetivo de observar as prescrições de psicofármacos. Os pacientes geralmente apresentavam queixas cujas narrativas giravam em torno de dificuldades emocionais ou sociais específicas, como perda de emprego ou falecimento de um ente familiar ou afetivo e dificuldade no relacionamento com familiares. A prescrição medicamentosa neste setor chegava a 99% dos pacientes

internados, e esta independia de determinações diagnósticas expressas em prontuários. A excessiva medicamentação era consequência da percepção de sintomas patológicos nas queixas dos pacientes. As consultas aconteciam em um ritmo veloz e a atenção dispendida do profissional ao paciente muito reduzida. Este resultado corrobora a percepção levantada acerca da celeridade da linguagem que corresponde ao apelo da *com-posição (Gestell)*. Correspondem a uma linguagem técnica, que prioriza a informação para ser decodificada. E nessa lida técnica a terapêutica possível que mais corresponde às determinações de celeridade e segurança no âmbito da psiquiatria são os psicofármacos.

Daremos continuidade a este assunto no próximo capítulo. Tematizaremos a contundente prescrição de psicofármacos na Atenção Psicossocial brasileira como forma prioritária de tratamento de acordo com os resultados encontrados nas pesquisas disponíveis em bancos de dados consultados.

4 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESSÊNCIA DA TÉCNICA

4.1 A atenção psicossocial rompe com paradigmas hegemônicos

A Atenção Psicossocial é um saber-fazer presente na política pública de saúde que faz parte – juntamente com a Atenção Básica – de uma rede diferenciada e complexa de serviços cujas práticas de cuidado têm como foco a produção da saúde e a defesa da vida. Particularmente, a Atenção Psicossocial conta com um conjunto de práticas criadas a partir de um profundo diálogo entre os diferentes campos de saber, com ferramentas teórico-conceituais advindas da desconstrução e desnaturalização dos fundamentos da medicina psiquiátrica hegemônica, além de realizar formulação de políticas e apostar em modos diversos de existência (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

A Atenção Psicossocial, expressão paradigmática do processo de Reforma Psiquiátrica, conduz uma ruptura com o modo de compreensão hegemônico acerca do fenômeno da loucura ou do sofrimento mental protagonizado pela racionalidade psiquiátrica que restringe o funcionamento psíquico ao processo cerebral. Portanto, a partir desta compreensão psiquiátrica o psiquismo passa a ser explicado em linguagem neurobioquímica enquanto os desvios classificados como transtornos mentais. A proposta da Atenção Psicossocial de construção de um cuidado em saúde mental contraria a postura de reduzir o fenômeno da loucura em uma explicação universal, pois sua caminhada tem como norte articular o sofrimento mental à complexidade da vida que se apresenta em cada existência singular, de vida, morte, sofrimento, nascimento (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

As práticas de saúde mental são orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais promovem uma ruptura com o modelo biologicista e médico-centrado, atribuindo um novo lugar social para a loucura e a diversidade, concebendo não um modelo de atenção, mas um processo que implica toda a sociedade na transformação da atenção à saúde mental. Denominada de atenção psicossocial, questiona práticas hegemônicas e enrijecidas, modelos pré-formatados, e define seu novo “objeto de atuação”, que passa da doença para a experiência da pessoa em sofrimento psíquico ou transtorno mental (BEZERRA *et al.*, 2014, p. 65).

Para lidar com complexidades inerentes à vida não há uma única disciplina ou campo de saber que isoladamente guie esta discussão. Pelo contrário, é imprescindível adotar uma postura metodológica que é realizável somente à custa de um denso diálogo entre campos de saber relacionados ao homem. Desta maneira,

são criados modos diferentes de perceber e cuidar do outro (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

Barros e Passos (2000) nomeiam este intenso diálogo entre diferentes disciplinas acerca do homem como transdisciplinaridade. A intenção deste diálogo é borrar os contornos e limites das disciplinas e dos campos de saber, para assim fabricar intercessores, agenciar e interferir a fim de possibilitar criações diversas. Ao adotar esta postura a equipe se abre para a possibilidade de criar modos diversos e eficientes de cuidado e atenção (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

Problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la [*sic*] em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia, nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de fronteiras, torná-las instáveis (BARROS; PASSOS, 2000, p. 77).

Deste modo não há um único campo de saber que impere como hegemônico no que tange ao cuidado relacionado ao sofrimento mental nos dispositivos de Atenção Psicossocial. Pitta (2011) relata que o CAPS Luiz Cerqueira, implantado em 1987, foi uma espécie de marco inaugural de um modo de cuidado dirigido ao indivíduo em sofrimento mental articulado ao seu território, ou seja, sustentado por uma clínica ampliada. Tal clínica traz três princípios norteadores: o uso racional dos psicofármacos, juntamente de uma prática clínica (que no caso do seu artigo a psicanálise é citada) e das práticas de inclusão social. Juntas fundamentaram o cuidado em um dos primeiros CAPS no país.

Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda no território (PITTA, 2011, p. 4585).

A política de Atenção Psicossocial sedimentou algumas orientações e práticas que possibilitam um cuidado que fomente o respeito à diferença, à inclusão social, à busca e ao fortalecimento da autonomia do usuário. Portanto, nas produções acadêmicas relacionadas à temática da Atenção Psicossocial se discutem noções importantes para um melhor funcionamento dos dispositivos, como a noção de território, articulação da rede, corresponsabilização e formação continuada.

Na Atenção Psicossocial, segundo Lima e Yasui (2014), pensar a lógica do território em saúde coletiva se configura em pensá-lo para além do espaço geográfico. O território é o espaço relacional do homem, é um espaço de transformação, de

construção entre os cenários naturais e a história social e cultural tecida pelos homens. Portanto, para organizar um serviço de Atenção Psicossocial, como um CAPS, é necessário reconhecer a vida que pulsa e transborda em cada território distinto, para com ela tecer laços que estruturam o cuidado do serviço. Um serviço de saúde mental, que opere e considere o território como elemento importante para a prática do cuidado, precisa ativar uma espécie de porosidade com o seu entorno a fim de enaltecer ou até mesmo criar e produzir os recursos locais, seja na área da cultura, trabalho ou no comércio. Esta abertura para o tecido vivo do território tem como finalidade dar lugar às singularidades e fomentar a participação social do usuário.

Yasui, Luzio e Amarante (2016) relatam que território é o espaço de troca da comunidade. É o lugar de tensão entre a reprodução do poder hegemônico e entre a força do poder disruptivo desse padrão. De início é importante reconhecer esta tensão e operar com ela a fim de fortalecer ou produzir uma rede de acolhimento e cuidado. Atuar na lógica do território em saúde significa articular a rede de saúde mental à diversidade cultural e social produzida em cada território.

Além de criar e manter relações férteis com o território, para que um cuidado psicossocial seja bem sucedido é imprescindível que se busque e fortaleça o trabalho de rede. Isso consiste em criar e fortalecer relações com demais setores e dispositivos de saúde e da assistência social. A finalidade deste fortalecimento das relações incide no melhor compartilhar os casos e encaminhar ao serviço especializado quando necessário, a fim de manter a continuidade do cuidado no território. É importante que haja comunicação, articulação e cuidado conjunto, pois a intenção é de que haja um trabalho de cooperação entre as equipes em benefício da saúde do usuário. Assim sendo, é fundamental que as equipes técnicas de todas as unidades envolvidas no território estejam se comunicando e se responsabilizando pelo usuário que chega aos serviços, em uma atitude de acolhimento e de escuta do caso que chega e não oferecendo obstáculo.

Corresponsabilização, segundo Bezerra *et al.* (2016), é sinônimo de parceria multilateral cuja finalidade é auxiliar no processo de cuidado em saúde visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa que se encontra em sofrimento mental. Desta maneira, equipes de saúde, familiares e amigos podem ser corresponsáveis no processo de cuidado dos usuários de saúde mental, auxiliando a construção de autonomia do indivíduo.

Corresponsabilizar-se pelo cuidado emerge como elemento fundamental para a autonomia. Assim, autonomia e corresponsabilização são elementos relevantes na relação entre as pessoas, quando se estabelece o cuidado, quer seja medicamentoso ou de relações interpessoais entre o cuidador e o sujeito que é cuidado (p. 153).

Estas considerações e práticas orientam para uma organização do fluxo em saúde cuja finalidade é auxiliar no desenvolvimento de um cuidado que proporcione mais autonomia para o usuário de saúde mental. Contudo, Amarante (1995) já adiantava que a inauguração destes novos serviços de Atenção Psicossocial, que se sustentam em uma proposta de atenção territorial e comunitária, não garantiria por si só a não reprodução de características reconhecidas como manicomiais. Rotelli (2015) enfatiza a importância da formação continuada para os técnicos de saúde mental, pois os preconceitos construídos historicamente sobre a loucura configuram-se, de início, como base compreensiva para o ofício da equipe de saúde que acaba por reduzir o indivíduo em categorias estanques. E desta forma a formação continuada pretende ampliar a compreensão sobre o assunto e o repertório de ação dos trabalhadores da Atenção Psicossocial para não recair nas armadilhas da tutela e na reprodução de valores morais.

De acordo com Yasui e Costa-Rosa (2008), o novo paradigma da Saúde Mental compreende que a saúde e a doença são resultantes de processos sociais complexos, e para obter êxito é necessária uma formação permanente para os profissionais e gestores de modo que se consiga cotidianamente romper com o paradigma hegemônico de doença-cura e a consequente prescrição medicamentosa naturalizada. Os técnicos de saúde mental são como atores de uma prática social, em que é necessário se reinventar, produzir autonomia e fazer a diferença.

Bezerra *et al.* (2014) relatam que a equipe da Estratégia da Saúde da Família demonstrou transformações contundentes no dia a dia do serviço nos atendimentos de pessoas em sofrimento mental na Atenção Primária, a partir de investimento em formação em saúde mental continuada, como cursos e capacitações. Tais ações de processo de educação permanente possibilitaram aos profissionais que ampliassem seu repertório de conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado e o reconhecimento do outro como sujeito. Deste modo, puderam se apropriar de outras formas de cuidado que lhe permitiram o acesso ao usuário, consolidando atitudes de corresponsabilização por parte dos técnicos. Esses, por sua vez, criaram um espaço de cuidado resolutivo com superações de práticas excludentes e centradas no modelo

biomédico a partir da escuta atenta, proporcionando, desta maneira, o fortalecimento do vínculo com o usuário além de ações não medicalizantes e de valorização do indivíduo.

4.2 Atenção psicossocial e persistência dos desafios

A Atenção Psicossocial é uma política de cuidado em saúde mental muito jovem que vem amadurecendo com o tempo e continua a enfrentar desafios já conhecidos e persistentes. Rinaldi (2010) revela que há inúmeros desafios no que tange à desinstitucionalização e às novas formas de tratamento e de acolhimento, demonstrando a dificuldade de não recair em modelos antigos de exclusão e tutela. Pande e Amarante (2011) afirmam que o processo de institucionalização pode acontecer mesmo nos serviços territoriais que tenham como objetivo enaltecer ou construir a autonomia do indivíduo. Os autores pontuam também que é de suma importância atentar para o CAPS não trabalhar centrado em si mesmo, mas procurar utilizar recursos e estratégias existentes no seu território. Ou seja, na comunidade, na vizinhança, no comércio, nos postos de saúde e escola. Afinal, era esta inclusão e participação social que a Reforma Psiquiátrica brasileira almejava na construção de um cuidado na saúde mental substitutivo ao modelo manicomial.

Os resultados indicaram que os mecanismos de institucionalização podem se dar mesmo em alguns serviços territoriais, ainda que estes tenham o objetivo de substituir o hospital psiquiátrico e, portanto, não reproduzir o modelo tradicional de atenção (PANDE; AMARANTE, 2011, p. 2075).

Os mecanismos de institucionalização ou manicomial, segundo Pande e Amarante (2011) e Bezerra *et al.* (2014), persistem no cotidiano do trabalho da saúde pública brasileira, seja na esfera da Atenção Básica de saúde ou na Atenção Psicossocial. Nestes espaços se apresenta pouca dedicação a uma escuta paciente, quando não se lança mão unicamente da prescrição de psicofármacos ou da internação, como soluções de cuidado. Para Yasui, Luzio e Amarante (2018), a lógica manicomial na Atenção Psicossocial ocorre pela instituição de determinados modos de saber-fazer que sustentam normatizações de conduta, a definição do que é ou não saudável, assim como medidas de restrição da liberdade de determinados indivíduos que não se adequam à norma socialmente estabelecida.

Ousamos arriscar uma definição para pensar que a “lógica manicomial” caracteriza-se por um modo de exercício do biopoder que institui saberes e fazeres produzindo uma interdição dos espaços urbanos e a determinação de lugares e modos de se relacionar com certos grupos marcados pela exclusão e, em muitos casos, pelo confinamento. Não apenas como um poder que exclui e reprime, antes, um poder que produz normatizações, controle, assujeitamento, vigilância. Concretiza-se no policiamento da cidade e no controle dos indivíduos pela análise pormenorizada do território e de seus elementos e pelo exercício de um poder contínuo. Falamos aqui especificamente de um poder que incide sobre todos aqueles que evidenciam ou expressam um modo diverso de viver ou de levar a vida que não aquele pautado pelas normas da “boa conduta”. Portanto, não apenas os loucos, mas também homossexuais, transexuais, mendigos, dependentes químicos que habitam as ruas e muitos outros personagens que a cada local, cada território, são os “alvos” desta “lógica manicomial” que vigia, controla e age sobre todos e, especialmente ou mais enfaticamente, sobre aqueles que transgridem, transbordam os contornos da boa conduta (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018, p.183).

E quem transgride a boa conduta ou quem não se adequa aos valores normativos vigentes da atualidade, de acordo com alguns estudiosos, como Ferraza, Rocha e Luzio (2013), Caponi (2014), Birman (2014), Resende, Pontes e Calazans (2015), Yasui, Luzio e Amarante (2018), Soalheiro e Mota (2014), tende a ser encaixado em categorias diagnósticas. Ainda Yasui, Luzio e Amarante (2018, p. 184), enfatizam:

Como afirmamos anteriormente, há uma produção de subjetividade neste contemporâneo que é intolerante as demandas e aos impasses da vida. A busca por um ideal inalcançável de felicidade plena e constante impõe-se a todos. O que não se enquadra ou escapa sob a forma de angústia ou tristeza não são mais sentimentos em relação às vicissitudes ou aos impasses subjetivos: tornam-se diagnósticos psiquiátricos. Assim, temos uma “epidemia” de depressivos, ansiosos, hiperativos.

E, atualmente, na medida em que a não adequação dos indivíduos aos valores e determinações pautados socialmente é patologizada, surgem diversas denominações de transtornos mentais rotulados em manuais, como o DSM e Código Internacional de Doença (CID), assim como tratamentos medicamentosos que possuem a ação de modificar a sensação ou a percepção do indivíduo. De acordo com Resende, Pontes e Calazans (2015, p. 538):

Os dados de venda de medicamentos no Brasil apontam para um acontecimento de âmbito mundial: de medicalização do sofrimento. Desse modo, devemos ver que implicações teria o advento do DSM-5 nesse movimento medicalizante. Para se ter uma ideia da gravidade da medicalização da subjetividade do homem, ou seja, da apropriação pelo campo médico de questões que anteriormente não eram considerados médicas, mas de outra ordem, como jurídica, social ou existencial, hoje podemos encontrar mais de 300 categorias oficiais, em um aumento exponencial desde que se passou a usar a estatística e não a clínica como método de definição de categorias. Com o novo manual, o DSM-5, esse número tende a aumentar. Com essa apropriação, a psiquiatria biologizante

estabelece um discurso único, uma relação de poder em que o médico é detentor de uma verdade a despeito do sujeito e que atua na promoção de uma ordem social sem sintomas.

4.3 Práticas medicamentalizantes

Bezerra *et al.* (2014) apontam que as práticas de cuidado em saúde mental da rede pública geralmente se apoiam na prescrição de psicofármacos como resolução das demandas dos usuários. As autoras abordam a naturalização desta conduta na unidade da saúde da família e no CAPS em que realizaram a pesquisa.

As equipes dos serviços de saúde que atendem a demanda da saúde mental, ao se apoiarem de forma contundente na prescrição de medicamentos como forma de cuidado, reproduzem uma proposta de cuidado biomédico, prescritivo e burocratizado. Com a equipe de saúde voltada para o foco na terapêutica medicamentosa, ainda que diversamente composta por especialidades, não há atuação de forma a possibilitar diferentes modos de cuidar que levem em conta a singularidade de cada caso.

Semelhante cenário é também descrito por Yasui e Costa-Rosa (2008). Os autores afirmam a persistência em diferentes CAPS de uma lógica ambulatorial no funcionamento das equipes, servindo de obstáculo para a efetivação de um cuidado transdisciplinar, não hierarquizado e territorial. De acordo com os autores, a persistência desta lógica ambulatorial se traduz em uma equipe desarticulada e inflexível. A reprodução da divisão social do trabalho no âmbito da saúde ocasiona uma hierarquização das relações. Deste modo, o saber médico ocupa o topo, acima das outras especialidades que também compõem a equipe. Os autores ainda apontam que mesmo com a formação de uma equipe multiprofissional, não necessariamente se trabalha conjuntamente os casos, ou há diálogo sobre eles. Geralmente reproduzem uma lógica liberal nos atendimentos. Os profissionais da psiquiatria e da psicologia são citados por prestarem atendimentos de forma independente, com hora marcada na agenda e com grande intervalo de tempo entre as consultas. Fato é que esta dinâmica entre a equipe da Atenção Psicossocial é pouco efetiva frente às demandas espontâneas e caóticas que surgem neste espaço de cuidado.

As situações descritas nas pesquisas abordadas revelam que potências, ações e concepções já planejadas e idealizadas para o melhor funcionamento da Atenção Psicossocial são muitas vezes negligenciadas ou desconhecidas pela equipe

atuante. Tais como a pouca atenção dada à criação e à manutenção de uma rede de cuidado no território, à programação de formação continuada em saúde mental e ausência de ações corresponsáveis por parte da equipe (Bezerra *et al.*, 2014, 2016).

Segundo Bezerra *et al.* (2014), a dificuldade de fluxo entre os serviços de saúde nos municípios de Fortaleza e Maracanaú, no Ceará, mais especificamente entre o CAPS e a Equipe de Saúde da Família já fica expressa no título de seu artigo: “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá’: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária”.

Essa pesquisa demonstra a desarticulação entre o serviço da Atenção Básica (Equipe de Saúde da Família) e o serviço especializado em saúde mental da Atenção Psicossocial, o CAPS. A desarticulação da rede de saúde gera dificuldades ao acesso e ao fluxo dos usuários entre os serviços no território e é apontada na pesquisa pelos técnicos, pelos usuários e por seus respectivos familiares.

A equipe da saúde da família pertencente à Atenção Básica quando lida com os casos de saúde mental e o faz apenas no limite da oferta e na manutenção do tratamento farmacológico. Entretanto, esse tipo de relacionamento é deficitário no âmbito da saúde mental. Os autores revelam que a equipe da Atenção Básica apresentou resistência em atender os usuários encaminhados pelo CAPS por não se reconhecerem como possíveis atores de cuidado desta demanda, dispensando-os para que retornassem ao CAPS. Estas ações vindas da equipe criam um obstáculo ao acesso do usuário e interrompem o fluxo de cuidado no território. A equipe, ao não se responsabilizar e não se implicar em uma prática de cuidado, abandona o usuário sem resolução do seu problema. Ações pontuais que não visem um cuidado conjunto e responsável não auxiliam na construção de autonomia do indivíduo e na sua participação social (Bezerra *et al.*, 2014, p. 68).

Nesse contexto, a busca e a inserção dos usuários do CAPS, na Unidade de Saúde da Família, traduzem-se pela demanda de consulta médica, receita e medicamento. A equipe de saúde da família não reconhece a demanda, e o usuário tem acesso negado. Esse entrave caracteriza uma barreira para o acesso funcional, o que faz com que prevaleçam os encaminhamentos de um serviço a outro, sem responsabilização e resolutividade. A responsabilização que envolve o encaminhamento dos casos e orienta o fluxo de serviços na rede deve pressupor a continuidade do cuidado em todo percurso terapêutico.

Bezerra *et al.* (2016) afirmam que determinadas falhas na organização do dispositivo da Atenção Psicossocial acarretam em uma elevação no nível de institucionalização dos usuários do CAPS. A desarticulação da rede de saúde da

região pesquisada se mostrou evidente às autoras ao observarem o precário processo de referenciamento, além da ausência da prática de compartilhamento dos casos entre as equipes do CAPS e da Atenção Básica. Esta configuração propicia uma espécie de institucionalização do usuário no CAPS e não contribui para a construção de autonomia do indivíduo. A ausência de articulação com outros dispositivos de saúde e de assistência existentes no território produz um serviço interiorizado, ou seja, os usuários utilizam o CAPS como ponto final ou âncora e perdem de vista outras possibilidades de cuidado e assistência que já existem e outras que podem ser criadas.

No entanto, a fragmentação do cuidado, a parcialização dos saberes e práticas, e as tensões entre oferta e demanda, no SUS, impedem a integração e o fortalecimento da rede para suprimento de demandas, problemas e necessidades. No território estudado, o itinerário de cuidado do usuário é desconhecido pela equipe e pela família pouco empoderada, o que descreve um cenário marcado pela insuficiente autonomia na gestão da própria vida do usuário, diante do delineado por sua proposição psicossocial. O estudo apontou que usuários e familiares desconhecem a rede assistencial formal e a informal, na comunidade, e não se visualizam interlocuções do CAPS com esses dispositivos (BEZERRA *et al.*, 2016, p. 156).

Além de demonstrarem um CAPS interiorizado com uma rede desarticulada, Bezerra *et al.* (2016) afirmam que a equipe de saúde mental do CAPS pesquisado atua segundo uma lógica biomédica com uma conduta medicamentosa fortemente presente. Neste local, a prescrição de psicofármacos é a principal conduta terapêutica do dispositivo pesquisado, o profissional psiquiatra possui um papel de primeira importância, enquanto o restante da equipe diversamente constituída permanece à sombra do mesmo.

Para Borges Júnior *et al.* (2016), a não integralização do CAPS na comunidade se deve à banalização da prescrição de psicofármacos. Ocorre que ao lidar com o sofrimento mental do usuário majoritariamente com psicofármacos em detrimento das práticas integrativas e psicossociais, o CAPS tende a se fechar em si mesmo, obstaculizando a possibilidade de um cuidado que promova a autonomia e a liberdade do usuário, tão caras à Reforma Psiquiátrica brasileira.

Tal situação é agravada quando se constata o aumento dos diagnósticos que patologizam situações cotidianas ou agravos momentâneos. O que facilita a prescrição de medicamentos, o seu uso crônico e até mesmo equivocado, já que as altas são raras e o uso racional não é favorecido. O processo de medicamentação

na saúde mental torna-se agravante por ser utilizado como prática socializadora e resolutive do cuidado tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários.

Verificou-se que os dados corroboram com a literatura no que tange ao crescimento do uso de psicofármacos em detrimento de outras formas de abordagem do sofrimento mental. No entanto, vale ressaltar que qualquer estratégia de atenção à saúde, inclusive a psicoterapia, por exemplo, pode ter como efeito a medicalização da vida, caso constitua um obstáculo à produção de autonomia. A dificuldade em lidar com os desafios próprios da condição humana e de uma abordagem da subjetividade, bem como a prescrição indiscriminada de psicofármacos, contribuem para que se instale uma cultura medicalizante, em que a normalização se torna uma meta a ser alcançada (SILVEIRA *et al.*, 2016, p. 24).

A citação acima de Silveira *et al.* (2016) trata da sua pesquisa realizada em Unidades Básicas de Saúde, com equipes de Estratégias de Saúde da Família de um município de Minas Gerais. Mas pode se estender para a realidade da Atenção Psicossocial em todas as suas modalidades. Nestes espaços, sobretudo, é de suma importância que a atenção sobre atuações que reforçam a medicalização da vida se redobre, pois de acordo com os apontamentos dos pesquisadores, elas estão na contramão da proposta original da Atenção Psicossocial, qual seja: não tutelar, tratar com liberdade e dignidade, compreender a loucura sobre diversas perspectivas, sustentar a alteridade, promover o uso racional de psicofármacos e ações de cultura e cidadania e no território.

Bezerra *et al.* (2014) apresenta em seus resultados que a prescrição de psicofármacos é uma ação considerada como resolutive frente às demandas que surgem no âmbito da saúde mental no território pesquisado. Esta consideração parte tanto da equipe da Atenção Primária e da Atenção Psicossocial quanto dos usuários e de seus respectivos familiares. Ou seja, em torno da medicamentação há uma espécie de reforço mútuo entre equipes, usuário e seus familiares:

Por sua vez, o atendimento de saúde mental na Unidade de Saúde da Família está restrito à consulta médica e à prescrição de medicamentos, correspondendo à manutenção da conduta terapêutica para o transtorno mental diagnosticado (p. 65).

E ainda:

O primeiro aspecto evidenciado pelas equipes atuantes na Atenção Básica, na condução dos casos de saúde mental, foi a associação da resolubilidade do cuidado com a disponibilização de medicamentos pelos serviços de saúde, seja da Unidade de Saúde da Família ou do CAPS. Assim, a variedade, acesso e gratuidade na dispensação da medicação correspondem a um indicador de resolutive e continuidade do cuidado (p. 64).

4.4 Medicamentação em saúde mental

A aposta no tratamento com psicofármacos é prática recorrente em diferentes espaços públicos que atendem a demanda de saúde mental. Ferraza, Rocha e Luzio (2013) realizaram uma pesquisa em um ambulatório de saúde mental de uma cidade de pequeno porte no sudoeste de São Paulo. O serviço em questão contava com uma equipe composta por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. No entanto, os casos encaminhados aos psiquiatras giravam em torno 80%, e ainda afirmam que nos atendimentos realizados por esses profissionais a prescrição de psicofármacos chegou até a 99% dos casos atendidos. Afirmam ainda que, ao analisarem os prontuários, observaram que as queixas dos pacientes são relativas às questões existenciais da vida e de circunstâncias relativas ao cotidiano, embora façam uso da medicação por tempo superior aos acontecimentos que os levaram a buscar atendimento especializado.

Como indicam nossos dados, as pessoas submetidas à medicação psicofarmacológica passam a utilizá-las por um tempo muito maior do que o dos acontecimentos circunstanciais que as levaram a procurar atendimento. Assim, o início do uso da medicação pode, eventualmente, estar marcado por algum acontecimento comum e de efeitos passageiros, mas os efeitos do uso prolongado da medicação que nele se insere podem se estender indefinidamente (FERRAZA; ROCHA; LUZIO, 2013, p. 258).

Fato semelhante ocorre nos resultados da pesquisa de Naloto *et al.* (2016). Em um ambulatório de saúde mental público foi observado a prescrição de medicamentos como a principal atitude dentre os profissionais da psiquiatria, e que o tempo de uso dos psicofármacos pelos pacientes era superior ao preconizado pelas organizações de saúde, configurando uso crônico.

Notou-se que adultos e idosos fizeram uso de apenas um benzodiazepínico, o que está adequado de acordo com a recomendação da OMS. Também foi observado que a maioria dos indivíduos depressivos fazia uso de benzodiazepínico associado ao antidepressivo, o que está correto conforme Mantley *et al.* Entretanto, o tempo de uso do benzodiazepínico para o tratamento dos transtornos depressivos (até dois meses quando associado ao antidepressivo) e dos de ansiedade (por período de até três meses) foi superior ao preconizado para todos os indivíduos do estudo, sendo observado o uso crônico (NALOTO *et al.*, 2016, p.1274).

Podemos notar que tanto o enquadramento em categorias diagnósticas no âmbito dos transtornos mentais quanto a conduta de prescrição de psicofármacos em unidades de saúde pública estão naturalizados em unidades de saúde diversas, em lugares variados do país. Zanello, Fonseca e Romero, (2011) afirmam que muitos

profissionais de saúde acreditam que a cura está relacionada à supressão dos sintomas que aparecem nas queixas dos pacientes nas consultas. De fato, as ações dos psicofármacos resultam na supressão dos sintomas e não na cura da doença ou transtorno. Outro fator relevante levantado pelas pesquisadoras foi constatar o pouco tempo despendido nas consultas no local onde realizaram a pesquisa: um setor de internação de um hospital psiquiátrico público. As consultas realizadas com os pacientes se dão de forma objetiva, sem se preocupar em aprofundar nas queixas trazidas por eles. Relatam que situações do cotidiano ou que são comuns à existência humana são diagnosticadas como patológicas e, conseqüentemente medicamentalizadas. A celeridade e objetividade das consultas estão presentes em serviços diversos que atendem a demanda de saúde mental, inclusive nos serviços especializados que atuam a partir da referência da Reforma Psiquiátrica.

4.5 Medicamentalização na atenção psicossocial: CAPS e CAPSAD

Profissionais de enfermagem realizaram uma pesquisa em 2006, na Região Sul do Brasil, em 30 CAPS do tipo I e II (estes tipos de CAPS atendem usuários com transtornos mentais variados e são implantados em municípios cujo número de habitantes varia entre 20 a 70.000 e entre 70.000 a 200.000, respectivamente). Por conta do índice populacional não há CAPS especializados como o infantil (CAPSi) ou o que atende usuários de álcool e/ou drogas (CAPSad). Portanto, estes locais atendem usuários de saúde mental com diagnósticos diversos, como psicose, depressão, bipolaridade e abuso de álcool e/ou drogas. Constatou-se que 91% dos usuários tinham medicações prescritas (KANTORSKI *et al.*, 2011). Borges Júnior *et al.* (2016) evidenciaram que a prescrição de psicofármacos prevaleceu em 86,09% de um universo de 228 prontuários pesquisados em um CAPS II do sudeste goiano. Afirmam ainda que não há integralização do usuário à comunidade (objetivos principais da Atenção Psicossocial), sendo este fato decorrente da banalização dos psicofármacos.

Bezerra *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa em um CAPS de Fortaleza cujas informações coletadas no ano de 2013. As autoras evidenciaram que a prática terapêutica neste espaço de saúde mental se apoia massivamente na prescrição de psicofármacos. Esta conduta neste espaço de Atenção Psicossocial não difere do resultado de outros espaços que atendem a demanda de saúde mental, como foi

mostrado anteriormente. Neste CAPS a pesquisa evidenciou que a prescrição de psicofármacos é o recurso terapêutico primordial e muitas vezes desnecessário. Os cuidados ofertados que não fazem parte da conduta médica são menos considerados, e acabam orbitando em torno dessa. Além disso, concluíram que medicamentação proporciona mais um vínculo de dependência ao invés de um cuidado que promova a autonomia do usuário de saúde mental. Observaram também que o trabalho em rede e no território é muito pouco realizado. Sendo assim, o CAPS trabalha desarticulado com a comunidade e com os outros dispositivos de saúde existentes. Contudo, em tese, esse não é o modo de funcionamento proposto para o CAPS.

A prática medicamentosa objetiva a redução ou eliminação dos sinais e sintomas demandados pelos usuários, evidenciando a doença e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação (BEZERRA *et al.*, 2016, p. 154).

Entretanto, todo este cenário descrito no âmbito da saúde mental, que desemboca em práticas medicamentosas, é justamente a configuração que a Reforma Psiquiátrica brasileira se empenhou em transformar. A Atenção Psicossocial pretendia desde a sua gênese configurar-se como um modo de entregar um cuidado que fosse mais abrangente do que apenas eliminar os sintomas incômodos. Pois, esse modo não difere da lógica manicomial que se pretendia substituir.

Silva, Lima e Ruas (2018) mostram o resultado da pesquisa realizada em onze CAPS de cinco diferentes modalidades em uma região de Minas Gerais. Os autores tinham como objetivo conhecer o modo que ocorria a prescrição de medicamentos nestes espaços. Foram pesquisados CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. De todos esses, o CAPSad e CAPS III registraram os maiores índices de prescrição de psicofármacos, respectivamente.

Vargas e Campos (2019) realizaram uma pesquisa em um CAPSad na região central do Rio de Janeiro. Nesta experiência constataram o fenômeno da contundente prescrição de psicofármacos como forma prioritária de tratamento. Os autores discutem sobre a aparente contradição da prática de substituição das drogas ilícitas pelas lícitas, expressa na fala de alguns técnicos de saúde mental e de usuários, como “trocar uma droga pela outra”. Relatam que a prática é ambígua: ora vista como terapêutica, ora usada descontroladamente. Apesar de toda uma equipe multiprofissional e de práticas que visem considerar questões psicossociais, julga-se imprescindível a prescrição de psicofármacos como forma de tratamento dos usuários

do CAPSad. Este resultado corrobora com os dados trazidos por Bezerra *et al.* (2016) de que na Atenção Psicossocial o cuidado terapêutico está fortemente centrado na prescrição de psicofármacos na medida em que outros modos de cuidado e de atenção disponíveis neste espaço tornam-se secundários.

No caso específico analisado nessa pesquisa, os psicofármacos aparecem como elemento central na terapêutica, tanto por demanda dos próprios usuários quanto no processo de argumentação profissional, no sentido de informar que sem os medicamentos não é possível realizar uma prática terapêutica. Tais discursos são por vezes paradoxais, pois, ao mesmo tempo em que se exalta a necessidade de práticas de saúde desmedicalizantes, informando que os fármacos somente são utilizados nos casos estritamente necessários, as práticas cotidianas ressaltam o contrário (VARGAS; CAMPOS, 2019, p. 86).

Vargas e Campos (2019) abordam que a utilização de psicofármacos como forma de tratamento prioritária nos espaços de Atenção Psicossocial visa a supressão dos sintomas apresentados pelos usuários, mas que estes sintomas geralmente estão relacionados às questões psicossociais. E na medida em que apenas silenciam o sintoma do qual se queixa o usuário via psicofármacos, outras questões que subjazem o sintoma não são consideradas, “[...] como desemprego, conflitos familiares e urbanos, a pausa ou retorno ao uso de drogas ilícitas; mas que desembocam na medicalização da vida (p. 95)”. Questionam ainda uma aparente contradição:

Há, no entanto, uma força quanto ao discurso da necessidade e importância dos psicotrópicos no cuidado ao usuário e, embora ponderem a “desmedicalização”, em situações específicas, como “recaídas”, “crises”, “conflitos”, lançam mão de uma pergunta ouvida diversas vezes na pesquisa: “você está tomando seu remédio?”. Essa frase remete a uma relação de causalidade inquietante, ao pensarmos que se trata de um serviço de abordagem psicossocial (VARGAS; CAMPOS, 2019, p. 96).

Profissionais de diferentes áreas que compõem a equipe endossam a terapêutica com psicofármacos e legitimam sua importância. Mesmo sem a possibilidade de prescrever o medicamento, são eles que controlam a chegada do medicamento até o usuário (VARGAS; CAMPOS, 2019).

Um dos pressupostos da Atenção Psicossocial é a pertinência do trabalho em equipe e a visão desses múltiplos atores no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. Todavia, o que se observa é um caráter biomédico hegemônico, com predomínio da valorização da terapia medicamentosa em detrimento das demais. Os dados de campo destacam que há uma relação de complementariedade, mas, nesse caso, não são os medicamentos que complementam as demais estratégias terapêuticas utilizadas, e sim o contrário, ou seja, as demais terapias são um complemento ao essencial: o uso de medicamentos (VARGAS; CAMPOS, 2019, p. 97).

Uma das principais propostas da Reforma Psiquiátrica é a de realizar um processo de desinstitucionalização, ou seja, promover cuidado e atenção aos usuários da saúde mental, sem ao mesmo tempo fomentar uma relação de dependência entre o usuário e as instituições de saúde. Sua proposta também gira em torno de não promover um cuidado que vise tutelar o outro, mas que contribua para que indivíduo conquiste a sua própria autonomia. Contudo, alguns autores como Pande e Amarante (2011); Bezerra *et al.* (2016); Borges Júnior *et al.* (2016); e Vargas e Campos, (2019) apontam que os CAPS (em suas diferentes versões) podem se tornar mais um lugar que institucionaliza e tutela a vida do usuário.

Os resultados das pesquisas acadêmicas discutidas até aqui confirmam nossa percepção sobre uma grande aposta nos psicofármacos para tratamento no âmbito da saúde mental pública. Percepção essa que obtive durante as experiências profissionais da autora. É importante esclarecer que há poucas publicações que abordem sobre o assunto CAPS e medicamentação e a dificuldade aumenta quando se trata especificamente do dispositivo CAPSad. A publicação mais atual é a de Vargas e Campos (2019). Nessa, os autores tratam do assunto de forma mais aprofundada ao questionarem o fato de o tratamento de abuso de álcool e outras drogas envolver mais drogas. Questionam também a naturalização do foco e a demasiada confiança na medicação por parte da equipe do CAPSad. Este último aspecto é um fenômeno bem discutido em variadas publicações que abordam o tratamento em saúde mental. Desde ambulatórios, emergências e internações psiquiátricas até a Atenção Primária e a Atenção Psicossocial.

Deparar-nos com a naturalização do uso de psicofármacos como o tratamento mais indicado e valorizado me causou estranhamento em minhas experiências profissionais. Este estranhamento era tanto por este fenômeno ocorrer em dispositivos criados pela política da Atenção Psicossocial quanto por despontar como alternativa de cuidado para o abuso de substâncias. Não qualquer alternativa, mas a preferencial, segundo os resultados dos estudos aqui citados.

Na introdução desta dissertação anunciei um fato ocorrido inúmeras vezes em minhas experiências profissionais: diferentes técnicos de saúde mental (na maioria das vezes não médicos) realizavam um questionamento padrão sobre como os usuários estavam em relação à medicação. São perguntas recorrentemente realizadas aos usuários, tais como: “Você está tomando medicação direito?” Ou “Você já passou pelo médico (psiquiatra)?”. Com questionamentos desta ordem parece que

a equipe da Atenção Psicossocial quer medir a qualidade do autocuidado do outro, como se quisessem perscrutar se o usuário está se cuidando corretamente. É como se validassem o cuidado com psicofármacos como o mais importante dentre as demais alternativas. Esta atitude demonstra uma aposta, por parte da equipe, no medicamento como elemento central, de controle efetivo da situação de compulsão de substâncias. Bezerra *et al.* (2014) demonstraram que a prescrição de psicofármacos era considerada resolutive pela maioria dos envolvidos no cuidado na Atenção Psicossocial. E de fato, o psicofármaco vai agir na mudança de expressão do homem de forma inequívoca, o que sugere eficácia no controle do sintoma que traz sofrimento. A identificação de uma atitude de controle padrão quanto à administração da medicação por parte dos técnicos de saúde mental também se repete em Vargas e Campos (2019).

4.6 O fenômeno da prescrição de psicofármacos na atenção psicossocial (CAPSAD): uma leitura fenomenológico-hermenêutica

Como vimos o desencobrimento explorador presente em nosso horizonte histórico desvela mundo com fins de provocar e assegurar uma realidade fixa, objetiva, a qual se pretende manipular, readequar e dis-por segundo a vontade humana. Em nossa sociedade ocidental moderna tal fato pode se configurar em uma tentativa de padronização dos entes, e para atingir este objetivo é necessário extirpar as dissonâncias, as vulnerabilidades e as negatividades.

Esta configuração se encontra presente no que se relaciona à denominação da loucura ou do doente mental, assim como à prescrição de psicofármacos que visa restabelecê-los do quadro considerado patológico. Na atualidade, o sofrimento psíquico é reconhecido pela psiquiatria biológica como um efeito de um desequilíbrio químico e, desta maneira, tem como principal forma de lida a intervenção química, por meio dos psicofármacos. Tanto o processo de diagnóstico, quanto a produção e a prescrição de psicofármacos apoiam-se no saber científico especializado, que por sua vez corresponde ao apelo explorador do desencobrimento da essência da técnica. As substâncias químicas são processadas, comutadas e dis-postas a corresponderem ao efeito esperado pelos pesquisadores. Todo o processo de fabricação dos psicofármacos hoje receitados pelos médicos psiquiatras aconteceu com a finalidade de provocar estados de comportamento e de sensação alterados no ser humano.

De acordo com o entendimento científico hoje em voga, o homem é compreendido como um ser determinado biologicamente. Suas emoções e comportamentos são resultados de processos químicos no organismo humano. Portanto, a cura está em readequar quimicamente as sinapses defeituosas. Desta maneira, a compreensão do homem enquanto disponibilidade pela ciência incita a uma lida puramente técnica na resolução das suas queixas. O homem em nosso horizonte histórico é reconhecido, é desvelado com um fundo de reservas a explorar e a controlar. Inclusive no que tange às queixas de sofrimento mental.

De início e na maior parte das vezes, nos encontramos imersos em um mundo de significações essencialmente técnicas e correspondemos ao apelo de forma natural ou não tematizada da *com-posição (Gestell)* exploradora que nos convoca uma atitude célere no cotidiano. Essa rapidez se expressa, por exemplo, na relação do profissional de saúde com o paciente em sofrimento mental, em que se busca encaixá-lo em um diagnóstico catalogado para rapidamente prescrever a conduta terapêutica mais eficaz. No caso da psiquiatria, a conduta de prescrever psicofármacos como forma de tratamento no campo da saúde mental – que por sua vez age diretamente na alteração do comportamento e da sensação humana – se adequa a esta determinação de provocação e exploração de *Gestell*. E como vimos, este fenômeno é endossado pelo restante de profissionais não médicos da equipe multiprofissional de um CAPS.

O modo de desvelamento que se anuncia em nosso tempo se dá sob a forma da provocação, de tal modo que tudo o que há pode se tornar matéria-prima disponível para intervenção, controle e produção. Ocorre que este modo de desvelar é tão determinante em nosso tempo que, por sua vez, obscurece outros modos de compreensão do mundo.

As determinações constituídas em nosso mundo moderno giram em torno da conquista do que se considera impessoalmente como uma vida feliz, próspera, estável e produtiva. Em contrapartida, faz parte da existência humana sensações ou sentimentos contrários a esses ideais. Algumas dessas sensações já foram catalogadas e se tornaram sinais de doença ou transtorno, como depressão, ansiedade, luto, compulsividade, etc. Algumas teorias psicológicas podem interpretar tais situações como uma fissura psíquica, as teorias biologizantes que pautam a prática da psiquiatria podem interpretar como uma falha nas sinapses neuronais. Fato é que essas situações precisam ser consertadas ou readequadas. A terapêutica com

psicofármacos pretende retificar o que abala estes ideais, tornando-se um produto síntese da essência da técnica. Os psicofármacos agem no sentido de provocar a supressão do incômodo a fim de alcançar a estabilidade emocional do indivíduo. Logo, essa forma de tratamento na Atenção Psicossocial anda na contramão da sustentação da liberdade do outro, ao se responsabilizar pela forma como o outro deve cuidar da própria existência, ao retificar via fármacos, de forma naturalizada, o modo como o outro sente e percebe sua vida.

Essa lida com o outro, essa dinâmica de ser-com os outros que acaba por dominá-lo, retirando-lhe a oportunidade de se responsabilizar e de cuidar da sua própria existência, corresponde ao modo de preocupação substitutiva que Heidegger anuncia em *Ser e Tempo* (2014). Ao compreender-se (e ser compreendido) como um doente mental, a sua cura ou estabilidade fica condicionada ao cuidado do especialista e do fármaco receitado por ele. O indivíduo, nesta situação, acaba sendo tutelado por quem pretensamente sabe a melhor decisão sobre a sua própria existência.

No que tange à loucura, doença ou transtorno mental, percebe-se que o método de lida com estes fenômenos gira em torno de controlar o comportamento disruptivo. O tratamento do que se reconhece como uma patologia mental baseia-se no controle a fim de extirpar o comportamento do meio social. Tal fato se apresenta desde as primeiras tentativas de lidar com a loucura embarcando os loucos rumo a um destino desconhecido. O destino deles não importava tanto quanto sua ausência no meio social. Em seguida os manicômios tornaram-se a solução: trancafiar os loucos para que não convivessem com os demais foi o recurso encontrado. Esses estavam esquecidos, da mesma maneira de quando eram enviados a rumos desconhecidos, mas ao menos sabiam sua localidade.

No século passado começou-se a repensar o método de cura dos loucos ou doentes mentais a partir do momento em que o tratamento manicomial foi reconhecido como violento por uma parte da sociedade de diversos países. A gênese dos psicofármacos ocorre concomitantemente às iniciativas de reformas de espaço e práticas manicomiais. E, na atualidade, na realidade brasileira, a prática de prescrição de psicofármacos é a ação prioritária quando se pensa em atenção à saúde mental no Brasil.

Podemos perceber que as condutas terapêuticas relacionadas ao que se reconhece como loucura, doença ou transtorno mental visam o controle deste

fenômeno. O que diferiu ao longo do tempo foi o modo como esse controle se anunciou. Seja mandando para rumos desconhecidos ou trancando por tempo indeterminado em lugares conhecidos (manicômios), e atualmente convivendo socialmente, mas intervindo em seu funcionamento biológico a fim de normalizá-lo, equalizá-lo. É importante esclarecer que a expressiva prescrição dos psicofármacos que se apresentam nos espaços de Atenção Psicossocial, não é de responsabilidade exclusiva da indústria farmacêutica, dos médicos psiquiatras, do usuário de saúde mental, ou da equipe multidisciplinar. Ela se anuncia como uma expressão do modo como desvelamos o mundo pelas perspectivas de controle, provocação e conquista da estabilidade. As expressões de intervenção, controle e provocação dos entes vêm ocorrendo ao longo do tempo, com seus devidos ajustes e modulações.

E no que tange aos estudos aqui propostos, na Atenção Psicossocial especificamente no CAPSad cuida-se dos transtornos psíquicos e de abusos de substâncias psicoativas com mais substâncias (psicofármacos). A contundente prescrição de psicofármacos se atualiza nesse imperativo da essência da técnica de velocidade e controle. Essas também são determinações da essência da técnica, e se expressam nas duas frentes: tanto no uso compulsivo e problemático das substâncias (álcool e/ou drogas) quanto no incisivo uso do tratamento eleito como o principal: psicofármacos. O homem reconhecido enquanto sujeito, ou seja, como um ente que possui uma essência aprioristicamente determinada, é passível de intervenção intracelular para fins de readequação, melhora da saúde e cura. Esse é o propósito do tratamento com psicofármacos. O homem é dis-posto à intervenção a fim de alcançar o estado que se reconhece como cura.

Prescrevem-se medicamentos aos homens como se estes se restringissem a um organismo biológico apenas, como se não possuíssem uma história de vida, uma singularidade ou ainda como se não estivessem imersos em um horizonte hermenêutico cujas determinações são compartilhadas por todos nós. O caráter mutável da existência não é reconhecido ou considerado como natural. É compreendido em nosso tempo como algo a ser retificado. A estabilidade é a meta. Isto é, o *Dasein* visto enquanto um recurso humano é desvelado enquanto um ente manipulável, um recurso disponível à exploração, provocação e controle. Alguém que apresenta os sinais do que se reconhece, por exemplo, como uma depressão, ansiedade ou compulsão, possui um obstáculo à incessante produtividade e pretensa estabilidade determinadas pelo nosso horizonte histórico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de pesquisa desta dissertação, qual seja: a tematização da contundente prescrição de psicofármacos como forma de tratamento nos dispositivos de Atenção Psicossocial, destinados a quem faça uso abusivo de substâncias psicoativas, como álcool e/ou drogas, contou com a visada fenomenológico-hermenêutica como guia nesta reflexão.

Este objeto de pesquisa nasceu a partir da experiência profissional da autora nos dispositivos substitutivos manicomiais, em que pôde observar a expressiva prescrição de psicofármacos. Fenômeno este corroborado por publicações diversas sobre o assunto (KANTORSKI *et al.*, 2011; BEZERRA *et al.* 2014; BORGES JÚNIOR *et al.*, 2016, BEZERRA *et al.*, 2016; SILVA; LIMA RUAS, 2018; VARGAS; CAMPOS, 2019). Nestas produções tal acontecimento é reportado com preocupação pela forma banalizada e indiscriminada que se afigura nos resultados descritos. A despeito da construção de serviços substitutivos do modelo manicomial, a banalização da prescrição dos psicofármacos desponta como uma ameaça à pretensão de reformulações de práticas manicomiais e tutelares construídas pelo movimento da Luta Antimanicomial, fomentadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para embasar estes questionamentos, trouxemos a contribuição do filósofo Martin Heidegger (2014; 2008a; 2008b) sobre a forma como *Dasein* é convocado, de início e na maior parte das vezes, a desvelar a realidade ao modo da exploração, da intervenção e do controle dos entes. Estamos vivendo o maior perigo que Heidegger alertou em sua conferência “A questão da técnica” (2008a), ao dispormos de nós mesmos enquanto dis-ponibilidade. Lidamos com os outros e conosco mesmo enquanto entes disponíveis à exploração, ao controle e à provocação. No que concerne ao assunto desta dissertação, esta força de reunião que nos constrange (*Gestell*) a desencobrir o real sob a cadência da compulsividade e da velocidade está presente nos atos cotidianos de parte da população brasileira, como a de consumir alguma substância de modo ininterrupto. Da mesma forma se apresenta na ação indiscriminada da prescrição de psicofármacos como modalidade de tratamento que se afigura como principal em detrimento de outros modos de cuidado disponíveis na Atenção Psicossocial. Sobre a relação dos profissionais de saúde no campo da Atenção Psicossocial, Heidegger nos possibilitou perceber que na cotidianidade mediana tendemos a lidar com o outro de forma a dominá-lo, a tutelá-lo, de modo a

determinar como o outro deve cuidar da própria existência, quando, por exemplo, determinadas situações da vida são compreendidas como patologias que precisam ser retificadas e curadas, e muitas vezes via psicofármacos. Ao tomar esta atitude indiscriminadamente, não se abre a possibilidade para aquele que busca ajuda para seu sofrimento, se abrir à reflexão e à compreensão da sua própria existência.

Posto isto, tais desdobramentos acerca do homem e de seu horizonte de determinações historicamente constituído, nos serviu de base para pensarmos sobre o modo como a loucura foi concebida no mundo racional assim como as modalidades tratamento deste fenômeno. As tentativas terapêuticas que se empreenderam foram ao encontro de tentar manipular e readequar o homem à normalidade imposta socialmente. A pretensão de conquistar a docilidade e a domesticação da loucura esteve em voga desde as práticas alienistas que deixou como herança para a futura psiquiatria o manicômio para os tratamentos e cura deste fenômeno. A despeito da reformulação do método de tratamento da loucura, com a Reforma Psiquiátrica e o movimento de luta manicomial brasileira, esta pretensão de intervenção com vistas a domesticação humana continua em voga nas práticas de prescrição de psicofármacos indiscriminadamente, conforme as pesquisas na área apontam.

No fim da Segunda Guerra Mundial, parte da sociedade europeia e estadunidense iniciou um movimento de reforma a fim de inocular o que percebiam como consequências iatrogênicas do estilo manicomial na lida com a loucura. Promoveram mudanças no espaço manicomial, na composição da equipe, em uma nova construção de entendimento da loucura. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se inspirou nestas tentativas de mudança no trato com a loucura e promoveu modificações no ordenamento dos locais de tratamento, na equipe de saúde, no modo de lidar com o reconhecido louco e também na legislação brasileira. A intenção da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi priorizar a liberdade e sustentar as diferenças existentes nos espaços de convivência pertencente ao usuário de saúde mental. Assim, nasceram os serviços substitutivos do modelo manicomial que visava reconstruir os laços da sociedade e do reconhecido louco. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi um dos frutos deste movimento.

Concomitantemente ao empreendimento da Reforma Psiquiátrica no mundo ganhava corpo outra vertente da psiquiatria que se apoiava na gênese dos psicofármacos cuja promessa de cura era estimulante. A forma como foram descobertos os primeiros psicofármacos se assenta neste desvelamento comutador e

processador da ciência, que, como vimos, é uma expressão essência da técnica. O desenvolvimento dos manuais de diagnóstico (como as diferentes versões do DSM) também corresponde ao modo deste desencobrimento explorador ao assegurar uma linguagem unívoca e técnica que pretende afastar qualquer ambiguidade. A terapêutica psicofarmacológica corresponde aos ditames da velocidade e controle na intervenção do fenômeno que se entende como loucura, doença ou transtorno mental ao promover a domesticação dos comportamentos e sensações destoantes à lógica produtiva e normativa posta em nosso horizonte histórico.

Percebemos que a prescrição de psicofármacos nos CAPS pesquisados é tão preponderante que relega outras práticas profissionais não médicas ao segundo plano. De acordo com Borges Júnior *et al.* (2016), a prescrição indiscriminada de psicofármacos, inclusive, é responsável pela ausência de ações que promovam a integralização do CAPS na comunidade, parte considerada importante pelo movimento Antimanicomial, a fim de não institucionalizar o usuário de saúde mental no dispositivo.

Diante do exposto, podemos perceber que ainda que se tente revolucionar o modo de fazer tratamento, de início e na maior parte das vezes, somos impelidos a corresponder ao apelo do destino da essência da técnica, da com-posição. Como exemplo, trouxemos a criação dos serviços substitutivos do modelo manicomial – que surgiu com uma intenção de interromper a iatrogenia intrínseco do modelo manicomial. Mas ainda assim somos continuamente convocados a pensar e a agir de modo a enquadrar, a provocar e a controlar o que quer surja no horizonte.

Portanto, é preciso espaço para a reflexão e questionamento do que parece naturalmente dado. A fim de não perpetuar de forma ingênua exatamente aquilo que se pretende minorar, que é a compulsão por substâncias nos espaços de Atenção Psicossocial. Estamos imersos em um horizonte histórico de sentidos que desvela o mundo ao modo da provocação, do controle e da exploração dos entes. Indubitavelmente esta com-posição (*Gestell*) que nos constrange a desvelar a realidade desta maneira está presente em espaços como o CAPSad. De tal forma que a liberdade humana (ou do *Dasein*) sempre estará em risco, quando respondemos ao apelo deste desencobrimento explorador sem espaço para questionamento e reflexão. Sem espaço para responder sim e não a esse apelo que nos constrange.

De fato, o fenômeno da contundente prescrição de psicofármacos ocorre a fim de corresponder a este apelo da com-posição (*Gestell*) e se coaduna ao modo da

preocupação substitutiva descrita por Heidegger em *Ser e Tempo* (2014). Esta forma de cuidado ou cura (*Sorge*) acaba por retirar do outro a sua possibilidade de decisão e de responsabilização da própria existência e, assim tutelando e dominando o outro.

A ação indiscriminada de tratamentos com psicofármacos na Atenção Psicossocial, em detrimento de outros modos possíveis de atender a essa situação, simplifica a complexidade da existência de cada usuário de saúde mental que busca ajuda para seus infortúnios. Com ações deste modo em um ritmo veloz, sem abrir espaço para tematizações e questionamentos deste agir, o CAPSad estaria realizando apenas troca de substâncias ou ampliando o leque de opções para o usuário administrar suas sensações e percepções da realidade.

REFERÊNCIAS

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**, São Paulo n. 59, ano 5, agosto de 2011.

ANTHONY, J. C. Consumo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. *In*: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. São Paulo: IPQ, 2009.

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. (coord.). **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. (coord.). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. (org.) **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2015.

AMARANTE, P; FREITAS, F. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

AMARANTE, P; NUNES, M. O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23(6):2067-2074, 2018.

AMARANTE, P; PITTA, A. M. F; OLIVEIRA, W.F (org.). **Patologização e medicalização da vida**: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018.

ASSIS, M. **O Alienista**. São Paulo: FTD, 1994.

BARRETO, A E L. **Diário do hospício**; o cemitério dos vivos. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1993. 224 p.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 03 jan. 2020

BEZERRA et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, 18 (48):61-74, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0650.

BEZERRA *et al.* Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, set. 2016.

BIRMAN, J. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. XVII número especial agosto de 2014, p. 23-37.

BORGES-DUARTE, I. **Arte e técnica em Heidegger**. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2019.

BORGES JÚNIOR, O. S. *et al.* (2016), Avaliação de prescrições farmacoterapêuticas em um centro de atendimento psicossocial (CAPS) de um município situado no sudeste goiano. **Electronic Journal of Pharmacy**, UFG, v. XIII, n. 1, pp. 37-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**, Brasília/Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução nº32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 245, 22 dez. 2017. p.239. ISSN 1677-7042.

BRASIL. Portaria Interministerial nº2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial par atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, ou dependência de substância psicoativa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF. n. 245, 22 dez. 2017. p. 104. ISSN 1677-7042.

BUENO, A. C. **O canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CAPONI, S. Uma biopolítica da indiferença: a propósito da denominada revolução psicofarmacológica. *In*: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (org.). **Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [3]: 741-763, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>

CARNEIRO, H. **Drogas: muito além da hipocrisia**, 2011. Disponível em: <http://www.outraspalavras.net/2011/05/25/drogas-muito-além-da-hipocrisia/>. Acesso em: 19 dez. 2019.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300015. Acesso em: 24 out. 2018.

CFP; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / MPF: **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** – Brasília DF, 2018.

COSER, O. **As metáforas farmacológicas com que vivemos**: ensaios de metapsicologia. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

CRUZ L. P.; MIRANDA P. M.; VEDANA K. G. G.; MIASSO A. I. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]**. jul.-ago. 2011 19(4):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_13.pdf. Acesso em: 23 out. 2018.

DANTAS, J. B. **Tecnificação da vida**: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea. Curitiba: CRV, 2014.

DANTAS, J. B. Medicalização e Devir: impasses existenciais na era da técnica. **Fenomenol. & Psicol**, São Luís, v. 3, n. 1, p. 12-28, 2015.

DUARTE, A. **Vidas em risco**: crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FEIJOO, A. M. L. C. **A escuta e a fala em psicoterapia**: uma proposta fenomenológico-existencial. São Paulo: Vetor, 2000.

FEIJOO, A. M. L. C. **A existência para além do sujeito**: a crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais. 1°. ed. Rio de Janeiro: Edições IFEN: Via Verita, 2011.

FEIJOO, A. M. L. C.; DHEIN, C. F. Uma compreensão Fenomenológica-Hermenêutica das Compulsões na Atualidade. **Fractal, Rev. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 165-178, abril de 2014.

FERRAZA, D. A., ROCHA L. C. & LUZIO C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), jul - dez, 2013, p. 255-265.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1994. 99p

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCES, A. **Voltando ao Normal**. Como o excesso de diagnóstico e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Tradução Heitor M. Corrêa. Rio de Janeiro: Versal Editores, 2016.

GORNER, P. **Ser e Tempo**: uma chave de leitura. Tradução Marco Antônio Casanova. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

GOTZSCHE, P. C. **Medicamentos mortais e crime organizado**. Como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Tradução Ananyr Porto Forjado. Porto Alegre: Bookman, 2016.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do Cansaço**. Tradução Enio Paulo Giachini. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Tradução revisada e apresentação Marcia Sá Cavalcante Schuback. 9º ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2014.

HEIDEGGER, M. A Questão da Técnica. *In: Ensaio e Conferências*. Tradução Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, Marcia Sá Cavalcante Schuback. 5. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2008a.

HEIDEGGER, M. Ciência e Pensamento de Sentido. *In: Ensaio e Conferências*. Tradução Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, Marcia Sá Cavalcante Schuback. 5. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2008b.

HEIDEGGER, M. **Língua da Tradição e Língua da Técnica**. Tradução Mário Botas. 2 ed. Vegas, Limitada, 1999.

KANTORSKI *et al.* Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(6):1481-7.

KAPITANSKY, R C. **A Relação entre o uso de substâncias psicoativas na infância e o uso abusivo de álcool e outras drogas na vida adulta**: a percepção dos usuários de um CAPSad de Florianópolis/SC. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2016.

LEAL, E.; DELGADO, P.G.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. *In: PINHEIRO, R. et al. (org.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco, 2007. p.137-54

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.

PANDE, M. N. R; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência e saúde coletiva**. 16 (4): 2067-2076, 2011.

MAGLIANO, F. R. **Apropriação de sentido e liberdade**: uma aproximação entre meditação (Besinnung) e clínica psicológica. 2019. 189 f. Tese (Doutorado) Programa de Pós- Graduação em Psicologia Social – Centro de Educação e Humanidades – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MATTAR, C. M.; SA, R. N. Os sentidos de “análise” e “analítica” no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, ago. 2008 .

MOYSÉS, M.A.A. **A institucionalização invisível**: crianças que não aprendem na escola. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

NALOTO, D. C. C. *et al.* Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, abr. 2016.

NASCIMENTO, C. L. Medicalização e Distanciamento da Experiência Apropriativa. **Fenomenologia & Psicologia**, São Luís, v. 3, n. 1, p. 45-52, 2015.

ONG, L. **O uso de drogas na consumação da modernidade**. 1 ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.

PITTA, A. M. F.. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4579-4589, Dec. 2011.

RESENDE, M. S., PONTES, S. CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, dez. 2015.

RINALDI, D. L. Reinserção social e clínica: impasses no campo da reforma psiquiátrica. *In*: GUERRA, Andréa Maris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (org.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. 1.ed. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 129-139.

RODRIGUES, J T. A Medicação como Única Resposta: Uma Miragem do Contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições de saúde mental. *In*: AMARANTE, P.; CRUZ, L B (org.). **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2015.

ROSA, B. P. G. D. & WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**, 23(n. spe.), 37-44, 2011.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano IX, n. 3, p. 460-483, set/ 2006.

SILVEIRA, S.T.; CARVALHO, A.R.V.; VECCHIA, M.D.; MELO, W. A dispensação de psicofármacos em um município de pequeno porte: considerações acerca da medicalização da vida. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF , 10(1), 17-25, Janeiro-Junho de 2016.

SILVA, S. N., LIMA, M.G., RUAS, CM. Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço. **Cien Saude Colet** (2018/Nov). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-dicamentos-nos-centros-de-atencao-psicossocial-analise-das-prescricoes-e-perfil-dos-usuarios-em-diferentes-modalidades-do-servico/17013?id=17013&id=17013&id=17013>. Acesso em: 04 jan. 2020.

SOALHEIRO, N.; MOTA, F. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Rev. Polis e Psique**, 2014; 4(2): 65-85.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 2, p. 134, 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 dez. 2019.

SODELLI, M. **Uso de drogas e prevenção**: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. 2 ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.

SÁ, R. N. A noção heideggeriana de cuidado (Sorge) e a clínica psicoterápica. *In*: SÁ, R. N. **Para além da técnica**: ensaios fenomenológicos sobre psicoterapia, atenção e cuidado. Rio de Janeiro: Via Verita, 2017.

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 506-514, jul-set, 2014.

VARGA, A. F. M.; CAMPOS, M. M. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 07, n. 15, jan-abr/2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20336/rbs.44110.20336/rbs.441>. Acesso em: 17 jan. 2020.

ZANELLO, V., FONSECA, G. M. P., ROMERO, A. C. Entrevistas de Evolução Psiquiátricas: entre a “Doença Mental” e a Medicalização. **Mental**, ano IX, n. 17, Barbacena, MG, jul./dez. 2011. p. 621-640

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção Psicossocial e Atenção Básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, 2018; 8(1): 173 – 190.

YASUI, S.; COSTA~ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37. jan./dez. 2008.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.