

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UNIEVANGÉLICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Beatriz Elias El Jaliss Diniz

Micael Epaminondas Andrade

Nathalia Sousa Lopes

Rayane Carolina da Silva Mendes

AS RELAÇÕES DE EQUIPE E ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL DE ANÁPOLIS: CONVIVER E APRENDER
UM ESTUDO CARTOGRÁFICO

ANÁPOLIS

2023

Ana Beatriz Elias El Jaliss Diniz
Micael Epaminondas Andrade
Nathalia Sousa Lopes
Rayane Carolina da Silva Mendes

**AS RELAÇÕES DE EQUIPE E ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL DE ANÁPOLIS: CONVIVER E APRENDER
UM ESTUDO CARTOGRÁFICO**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à
Universidade Evangélica de Goiás–
UniEvangélica, como requisito parcial à
obtenção do título de bacharelado em
Psicologia

Orientador(a): Prof. Me. Jéssica Batista Araújo

ANÁPOLIS

2023

Ana Beatriz Elias El Jaliss Diniz
Micael Epaminondas Andrade
Nathalia Sousa Lopes
Rayane Carolina da Silva Mendes

**AS RELAÇÕES DE EQUIPE E ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL DE ANÁPOLIS: CONVIVER E APRENDER
UM ESTUDO CARTOGRÁFICO**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado
à Universidade Evangélica de Goiás–
UniEvangélica, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Psicologia.

Orientador(a): Prof. Me. Jéssica Batista Araújo

Banca Examinadora

Prof. Me. Jéssica Batista Araújo
Professor-orientador – Presidente da Banca
Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica

Prof. Me. Tiago Meireles do Carmo Morais
Professor-Convidado

Instituição

Anápolis, dede 2023.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que se agenciaram a mim na construção deste trabalho tão importante. À minha futura esposa, Ana Beatriz, que aprendeu comigo e me apoiou durante todo o percurso. Às colegas Nathalia e Rayane Carolina, que aceitaram entrar comigo neste mundo inexplorado e colaboraram para o resultado final.

À nossa professora orientadora, Jéssica, que nos recebeu e acolheu onde ainda não tínhamos nos aventurado, mudando de vez nossa visão a respeito do mundo da psicologia. Sua paixão pela disciplina e por seu trabalho é contagiante.

Ao professor convidado à banca, Tiago, imensa admiração e carinho. Obrigado pelos ensinamentos ao longo do curso!

Existem vários outros a quem gostaria de dedicar esta sessão, mas vou me restringir a guardá-los no meu coração.

Familiares, amigos, professores e colegas: obrigado. Entregar este trabalho não seria tão importante se não fosse por vocês!

“Nunca desejo algo sozinho, desejo bem mais, também não desejo um conjunto, desejo em um conjunto.”

Gilles Deleuze

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo fazer uma análise de diário de campo de visitas realizadas nas unidades de saúde mental da cidade de Anápolis, em uma proposta de pesquisa-intervenção à luz do método cartográfico, de Guattari e Deleuze. Além disso, para contextualização e familiarização com o tema, abordaremos as particularidades da cartografia, um histórico da Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil, e as linhas de composição da dinâmica dos serviços que foram observadas.

Palavras- Chave: cartografia, reforma psiquiátrica, políticas públicas, SUS, CAPS

ABSTRACT

The present study has the objective of making a field journal analysis of visits carried out on mental health units of Anápolis, in an intervention-research proposal in light of the mapping method, from Guattari and Deleuze. Furthermore, in order to contextualize and familiarize the readers with the theme, we are going to approach the particularities of the mapping, a history of the Psychiatric Reform in the world and in Brazil, and the composition lines of the dynamics of the services that were visited.

Key words: mapping, psychiatric reform, public policies, SUS, CAPS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
--------------------------	----------

2 METODOLOGIA	11
3 RECORTE HISTÓRICO: AS TRAJETÓRIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA...	15
3.1 Reforma Psiquiátrica no Mundo	15
3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	17
4 LINHA DO PODER: POLÍTICAS PÚBLICAS E NEOLIBERALISMO	21
5 LINHA DE SABER/PODER: PODER DE DISCIPLINA E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA	29
6 LINHAS DE FUGA: PRÁTICAS NÃO MEDICALIZANTES E CAMINHOS PARA ALTERIDADE	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira que teve início na década de 1970 tinha como objetivo substituir o modelo asilar da assistência em saúde mental por um modelo humanizado, baseado na integralidade. Essa reforma propôs o fechamento dos manicômios, instituições conhecidas pelo tratamento desumano e violento oferecido aos pacientes, e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de saúde mental mais humanizados onde oferecem atendimentos de forma aberta e articulada a uma equipe multidisciplinar, com participação de profissionais de diversas áreas (Kyrillos Neto, 2003).

Em um contexto em que a demanda por serviços de saúde mental tem crescido significativamente, o estudo das relações de equipe e atendimento nos serviços de saúde mental é um tema de grande importância e relevância nos atuais serviços de saúde pública. Compreender como as equipes de saúde mental trabalham em conjunto para oferecer o melhor atendimento possível é fundamental para garantir a qualidade e efetividade dos serviços prestados, buscando compreender as complexas interações que ocorrem dentro de equipes multidisciplinares envolvidas no cuidado dos pacientes (Gomes de Pinho, 2006).

Uma das principais consequências das políticas neoliberais, que se consolidou a partir dos anos 1990, no mercado de trabalho tem sido a extensão das contratações temporárias. No campo da saúde mental, essa mudança tem se refletido na contratação de profissionais credenciados, ou seja, aqueles que entram por regime de contrato, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em várias cidades brasileiras, incluindo Anápolis (Barros & Bernardo, 2017).

A saúde mental é uma área que exige uma abordagem multidisciplinar e a colaboração entre profissionais de diferentes especialidades é fundamental para garantir que os pacientes recebam cuidados holísticos e abrangentes. Visando que a qualidade do atendimento nesse campo está diretamente relacionada à capacidade das equipes de trabalho de se relacionarem de forma colaborativa e integrada, a coesão da equipe, o respeito mútuo, a confiança e a empatia entre os profissionais são elementos cruciais para criar um ambiente terapêutico que promova o bem-estar dos pacientes (Gaino, Souza, Cirineu & Tulimosky, 2018).

Um aspecto crítico a ser considerado, é a dinâmica da equipe e como ela influencia no atendimento dos pacientes. A composição, a comunicação, a liderança e a distribuição de papéis dentro da equipe podem afetar significativamente a eficácia dos serviços de saúde mental. No entanto, é importante reconhecer que o estudo deve levar em consideração os desafios e as barreiras que podem surgir nesse contexto. Fatores como falta de recursos, sobrecarga de

trabalho, estigma social associado à saúde mental e a própria natureza complexa dos transtornos mentais podem afetar negativamente as relações de equipe e o atendimento aos pacientes (Gomes de Pinho, 2006).

Com base nessas prerrogativas, o presente estudo tem como objetivo analisar as relações de equipe e atendimentos nos serviços de saúde mental de Anápolis à luz da pesquisa-intervenção. Por meio de visitas nas unidades das modalidades Ambulatório de Saúde Mental: Espaço Florescer, CAPS AD, CAPSi, CAPS Vida Ativa, visamos identificar os desafios e oportunidades para aprimorar a qualidade dos serviços prestados, na perspectiva dos trabalhadores e dos usuários desses serviços. Por meio de uma análise cartográfica de diários de campo produzidos pelos pesquisadores no contato com estes serviços, tentaremos compreender as experiências subjetivas das partes envolvidas e as linhas de composição dos serviços de saúde mental da cidade, levando em consideração a complexidade do ser humano e suas particularidades.

2 METODOLOGIA

A cartografia, como metodologia, propõe uma proposta de acompanhamento de processos, mais do que necessariamente um trabalho pré-concebido. Por este motivo, partimos, no presente artigo, de um trabalho diferente do que é visto em pesquisas na área da psicologia e dos outros saberes, que são feitas com objetivos preestabelecidos, e tomamos parte de uma observação ativa e participativa, dentro dos moldes de pesquisa-intervenção, que reverte o sentido tradicional do método sem abrir mão do percurso da pesquisa (Passos & Barros, 2014).

Assim sendo, a pesquisa e a intervenção tornam-se fundamentais no processo cartográfico, que mostram, a princípio, por meio da exploração, as linhas que participam do processo de produção de subjetividade em curso, mas que depois revelam possibilidades para a transformação da dinâmica dessas linhas. Por isso, falar de cartografia é falar de pesquisar modificando os estados das coisas, ou interferindo com a presença do pesquisador durante as observações, se fazendo presente nos eventos (Kastrup & Barros, 2014).

É nessa perspectiva que a cartografia surge como ferramenta de potencialidade para entender processos, uma vez que o compromisso deste método é com o movimento, os encontros e desencontros, e não com a observação de objetos em suspensão. Por isso, durante a pesquisa tratamos não de opostos, como preto e branco ou bem e mal, muito menos de realidade imaginadas antes mesmo de ir ao campo, mas sim de relações que constroem termos, conviver e aprender. Portanto, trata-se de mudar a lógica do método e produzir movimento e devir, ao invés de objetos e pessoas estáticas (Regis & Fonseca, 2012).

Assim, temos como ferramenta, uma metodologia que se propõe a romper com as estratificações e ocupar espaços reservados para o controle da vida pública, colocando novamente em movimento aquilo que era ferramenta de freio dos movimentos sociais, as linhas de saber-poder que serão destrinchadas mais adiante. Dessa maneira, rompendo com as certezas que impedem a criticidade da população, a cartografia age como uma “máquina de guerra”, que abre o espaço necessário para intensificar o movimento e fortalecer formas autênticas de existir (Regis & Fonseca, 2012).

Isto é de muito valor, pois a cartografia, de origem filosófica, foi incorporada pela saúde e enriqueceu demais os campos de pesquisa, pois garante às produções científicas, singularidade e autenticidade em cada trabalho. Isso porque, ao considerar e valorizar o percurso do pesquisador e a trajetória dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa são concebidas visões plurais para o Sistema Único de Saúde (Silva & Rojas, 2016). Outrossim, aliar uma metodologia

de singularidade e autonomia ao funcionamento do SUS é ganho tanto para usuário, como para servidores.

Por esta razão, falar de cartografia em saúde é falar de atuação em saúde, que só existe construindo diálogos com o próprio instrumento de coleta de dados. Isso significa dizer que, esta metodologia aplicada ao contexto do SUS, está implicada no discurso do sujeito, pesquisador e/ou participante da pesquisa, ou seja, aquilo que é visto quando estes contam de sua trajetória e contexto (Silva & Rojas, 2016).

Outro aspecto importante da metodologia seria a necessidade de entender que o trabalho do cartógrafo não se dá de forma distante, como que observando os fatos ocorridos de uma distância segura e sem implicações. Pelo contrário, será na habitação do território existencial que o sujeito e o objeto da pesquisa vão se relacionar e se determinar, em uma ação de duas vias. Por isso é importante que o pesquisador esteja implicado nos processos de produção de subjetividade (Alvarez & Passos, 2014).

Por esta razão, a pesquisa cartográfica é muito menos descritiva e muito mais de acompanhamento de processos. Então, durante a habitação de um território, pressupõe-se que o cartógrafo está ali também em um movimento de aprendizagem. Aprendizagem esta, que não é segmentada, mas semelhante a um cultivo ou refinamento de substâncias (Alvarez & Passos, 2014).

É necessário que o pesquisador não seja passivo ao ambiente, mas que esteja receptivo de forma positiva. Assim, não existirá a separação dicotômica de termos, que acontece frequentemente no método tradicional. Por isso, o caminho vai sendo construído no processo, sem pré-conceber um problema fechado, encontrando tanto coisas e conceitos já conhecidos, que não permitirão que avance em sua pesquisa, como novas implicações na pesquisa-intervenção, que destravarão o movimento do dispositivo (Alvarez & Passos, 2014).

A ideia na cartografia é fazer análise em contato com o campo, sem distanciamento, experienciando as mesmas implicações e fatos dos sujeitos envolvidos. Por causa disso, o método rompe com a ideia de objetividade, neutralidade e imparcialidade, já que o conhecimento se produziria em um campo com jogo de forças, verticais e transversais (Passos & Barros, 2014).

Faz parte da pesquisa então, não isolar o objeto de suas conexões com o mundo, nem de sua própria historicidade. Na verdade, o propósito cartográfico é desenhar e conhecer a rede de forças a qual o objeto está ligado. No entanto, não se trata de se deixar levar pelos fenômenos, e sim conduzir uma atenção mobilizada por concentração sem objeto focal, uma visão ampla

dos fatos sem necessidade de "pré-preparação", ou concepções prévias (Passos & Kastrup, 2014).

Isto porque, quando se estuda os processos de produção de subjetividade, estes já foram colocados em curso previamente, nos colocando na posição de começar pelo meio. Assim, o estudo cartográfico se dá não em processos fragmentados, mas em continuidade, passos que se sucedem sem se separar (Passos & Kastrup, 2014).

Para alcançar este objetivo, devem ser feitos relatos regulares que reúnem informações objetivas, mas também impressões que surgem por parte do observador. Estes relatos não se baseiam em opiniões, análises objetivas ou interpretações, mas tentam retratar a experiência que se dá na inserção, com os afetos e linhas de força, aceitando até mesmo anotações de associações e diálogos que emergem na convivência (Passos & Kastrup, 2014).

Assim, reconhecemos a cartografia como um procedimento construído caso a caso, singular, e por esta razão, praticado em domínios específicos, partindo sempre também de uma abordagem geográfica e transversal. Logo, reforçamos que o método não se trata de um modelo pronto de investigação, mas de procedimentos concretos encarnados em dispositivos, que desempenham funções importantes e bem definidas no funcionamento deste (Kastrup & Barros, 2014).

Sabendo disso, aprendemos junto com os eventos, e não os investigamos da maneira tradicional, os acompanhamos e reconhecemos sua singularidade: o "saber com" ao invés do "saber sobre". Logo, mais do que controlar os dispositivos, os pesquisadores se agenciam a eles, habitando e fazendo parte de sua paisagem e ritmo. Diante disso, não se procura o que se propôs a procurar, mas sim se atenta ao que pode emergir da habitação (Alvarez & Passos, 2014).

Diante disso, sabe-se que o papel do cartógrafo seria de entender o emaranhado de linhas que compõem o dispositivo, aliado aos processos de criação e trabalho. Por isso, na cartografia, não basta apenas iniciar ou observar de fora um dispositivo, mas sim acompanhar os efeitos deste, estando presente em seus desdobramentos (Kastrup & Barros, 2014).

É importante abordar, no entanto, o conceito de dispositivo. Gilles Deleuze, em sua obra *O Mistério de Ariana* (1997), retoma Foucault e introduz os dispositivos como um conjunto de linhas de natureza diferente que não contornam um objeto para delimitá-lo, mas seguem as mais diversas direções, se aproximam e se afastam, desvelando três grandes instâncias segundo o autor: Saber, Poder e Subjetividade, que assim como dito anteriormente não tem contorno definido, mas se destacam dentro do debate. Por esta razão, Deleuze conclui que estas não se

detêm apenas na composição do dispositivo, mas o atravessam e o conduzem em todas as direções.

Em *Microfísica do Poder* (1984), Michel Foucault define este conceito de forma mais precisa ao dizer que o dispositivo seria a rede que conectaria o visível e invisível, o dito e o não dito entre discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. Dessa forma, ele seria capaz de exercer uma função dominante que serve a uma urgência do momento histórico. Concluindo, portanto, que este estaria sempre em um jogo de poder.

Assim, constitui-se na cartografia, a ação do pesquisador nos dispositivos, ferramentas capazes de irromper aquilo que bloqueia a produção de subjetividades, permitindo liberdade e rompimento com a uniformidade. Portanto, acompanham-se as linhas, os pontos de ruptura, de enrijecimento e os cruzamentos diversos que coexistem na realidade do investigado, para assim compreender os movimentos que o dispositivo realiza e, a partir de então, poder intervir (Kastrup & Barros, 2014).

3 RECORTE HISTÓRICO: AS TRAJETÓRIAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1 Reforma Psiquiátrica no Mundo

Começaremos o processo de análise retomando a história da loucura. Acreditamos ser oportuno iniciar a partir da Idade Antiga, ainda na Grécia Antiga, a loucura era vista como manifestação dos deuses, sendo reconhecida e valorizada socialmente, com a figura do “louco” sendo considerada uma pessoa de poderes diversos. Em seguida, no início da Idade Média, a loucura era tida como expressão das forças da natureza. Logo mais, sob o controle da Igreja, sem o estigma de doente mental, era vista como possessão por espíritos maus (Alves, 2009).

Com o Racionalismo crescendo, a loucura deixa de ser percebida como força da natureza e do divino e passa a ser associada à periculosidade, representando a ameaça, o não controle e o perigo. Além disso, já no Mercantilismo, toda população que não servia de mão-de-obra era encarcerada, e, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante, era descartada (Alves, 2009).

Em 1789, na Revolução Francesa, inicia-se, com os ideais “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, um processo de reabsorção dos que se encontravam isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais, lugar em que se constituía o acolhimento, correção e reclusão, gerando uma confusão entre cuidado e segregação. Logo, configurando conceitos de saúde e doença subordinados às normas do trabalho industrial e da moral burguesa (Alves, 2009). Para Foucault, a grande internação é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”.

No final do século XVIII, época em que se articulou um consenso em torno do saber médico e de uma prática clínica destinada à loucura, que passa a ser sinônimo de doença mental, ainda na França, Philippe Pinel surge com o Alienismo, permitindo a incorporação dos loucos à nascente sociedade burguesa, desde que fossem tratados e recuperados. Iniciativa que abria duas questões: a que cria um campo de possibilidades terapêuticas e a que define um estatuto patológico. O modelo de reclusão dos Hospitais Gerais foi substituído por outro, voltado para o tratamento dos comportamentos desviantes dos alienados mentais (Teixeira, 2019).

Foucault ainda acrescenta em seu livro *A História da Loucura* (1961) que entre o século XVIII e o século XX, existe uma incapacidade desta terapêutica em lidar com todos os desdobramentos daquilo que é considerado loucura. Por causa disso, esta começa a influenciar

os campos do saber das mais diversas formas, passando por artistas e filósofos, transformando-se em uma espécie de termômetro, que, no fim do século XIX, recebe saberes com o puro objetivo de avaliá-la e justificá-la. A psicologia, em Leipzig, que ainda não se ocupa, num primeiro momento, da loucura como fenômeno, e a psicanálise, ambos saberes que inspiram o autor a falar da função psi em obras tardias (e também no curso deste estudo).

Mais adiante, como descrito por Maciel (2012), após a Segunda Guerra Mundial, período em que houve um avanço na medicina, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, iniciam-se, em diferentes lugares, movimentos para humanização de asilos, uma vez que, a comunidade profissional, concluiu que os hospitais psiquiátricos deveriam ser remodelados ou extintos. Assim, as críticas procederam a diversas tentativas de reforma, entre elas: as Comunidades Terapêuticas Psiquiátricas (Inglaterra), a Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor (França), e a Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos).

Entretanto, foi apenas na década de 60, na Itália, a partir da observação feita por psiquiatras no manicômio de Gorizia, que começou a busca pela desconstrução da lógica manicomial. E, a partir de 1971, este movimento se intensifica quando Franco Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste. A reforma na Itália era compreendida como responsabilidade sanitária do Estado, sendo debatida na área da psiquiatria pública, tal fato que favoreceu o avanço de sua reforma, começando a se espalhar por municípios para depois seguir a nível nacional (Yasui, 2011).

Basaglia (1985) diz em *As Instituições da Violência* que: “*a violência e a exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras, como consequência da finalidade educativa, nas segundas, da ‘culpa’ e da ‘doença’*”, portanto, definindo tais instituições como Instituições da Violência. Dessa forma, propondo que a terapia deveria ser compreendida como um conjunto de normas, teorias e prescrições e, também propondo uma nova forma de olhar para a loucura, a desinstitucionalização consiste em buscar uma nova proposta da prática terapêutica, sem enfrentar a causa da doença, tendo como ação a transformação institucional (Kyrillos Neto, 2003).

3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Já falando do histórico da loucura em solo brasileiro, segundo Alves (2009), em 1808, com a chegada da Família Real no Brasil, visando à modernização e a consolidação como um país independente, os loucos, assim como em outras partes do mundo, passam a representar ameaça à ordem pública. Sendo assim, a aplicação de práticas interventivas voltadas aos divergentes teve seu início. Dessa forma, começa-se o recolhimento de pessoas desempregadas, mendigos, órfãos, marginais e loucos para os porões da Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro.

No entanto, os médicos da época relataram que as condições degradantes que os pacientes se encontravam, tornavam a cura impossível. Dessa forma, em 1852, o primeiro manicômio foi fundado, o Hospício D. Pedro II, o qual tinha como base a ideia do tratamento moral que retirava o sujeito da ordem social, o isolando da sociedade. Sendo assim, perpetuando, mesmo com a mudança, o mesmo tratamento realizado previamente na Santa Casa de Misericórdia (Sanar, 2020).

Segundo Couto (2008), a Psiquiatria brasileira era associada à Medicina Higienista, e, com a finalidade de “limpar” as cidades, promoveram o uso do trabalho agrícola como mecanismo de tratamento. Para isto, criaram os hospitais colônias, de modo que afastam os doentes mentais para locais geograficamente distantes. Este tipo de política pública se estendeu por muitos anos, e chegam até a atualidade como algo semelhante, conhecida como Comunidades Terapêuticas.

Contudo, em 1903 é fundado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, conhecida como “Cidade dos Loucos”, o Hospital Colônia de Barbacena, que foi o maior hospício do Brasil, lugar onde a terapia por meio de choques era usada, muitas vezes, como forma de punição e em que os internos viviam em condições desagradáveis que desrespeitavam os direitos humanos. Segundo registros, pelo menos 60 mil pessoas morreram. Além disso, sabe-se que neste manicômio, 70% dos que eram internados não sofriam de doença mental, eram apenas pessoas diferentes ou que ameaçavam a ordem pública, por isso, o hospital enfrentava problemas de superlotação. No local, não havia limite ocupacional, existiam 5 mil pacientes em um lugar projetado para 200 (Arbex, 2013).

No final da década de 70, Ronaldo Simões, psiquiatra no Colônia, denunciou as atrocidades cometidas em Barbacena: “o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua

forma”. O conteúdo citado anteriormente faz parte de uma carta encaminhada ao Ministro da Saúde, o que desencadeou novas denúncias e manifestações, se tornando, assim, um dos primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira. Em 1979, Franco Basaglia esteve no Brasil, visitou o Hospital Colônia, e fez uma entrevista em que afirmou “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”. Assim, Barbacena ficou conhecido como o Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013).

Em contrapartida, em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro movimento em saúde com participação popular, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, cujo objetivo era constituir-se em um espaço de luta não institucional, ou seja, ser uma resistência à institucionalização, concretizou, naquela época, graves acusações contra o sistema nacional de assistência psiquiátrica, denúncias estas acompanhadas de mobilizações por projetos alternativos ao modelo manicomial (Amarante, 1995).

Logo em seguida, em 1980 aconteceu o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, momento em que discutiram problemas sociais ligados à doença mental, à política nacional de saúde mental, às possibilidades surgidas para os profissionais do âmbito, suas circunstâncias de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da população brasileira e às denúncias das diversas 'barbaridades' cometidas nas instituições psiquiátricas (Amarante, 1995).

Já no final da década de 80, profissionais, militantes sociais e organizações comunitárias, influenciados pelo pensamento de Basaglia, conseguem provocar o encerramento de alguns manicômios e a abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, que se caracterizam por serviços comunitários regionalizados, que oferecem um campo de vivências, contribuindo para a organização da vida dos usuários, oferecendo cuidado intensivo fora do modelo ambulatorial (Batista, 2014). Dessa forma, os CAPS têm como objetivo produzir novas formas de cuidado em contato com e em formação de comunidades, que seriam responsáveis pela reinserção do sujeito no meio social, em contraste com as práticas anteriores que os excluía do corpo social (Pistelli, 2008).

Assim, o processo de redemocratização do Brasil e a implantação de um Estado de Bem Estar Social na república, foram alguns dos eventos históricos que precederam a criação do Sistema Único de Saúde. Por isso, sendo uma nova formulação política e organizacional, o SUS

tem como objetivo final dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde (Chioro & Scaff, 1999).

Alguns anos após a implantação do SUS, que organizou no país uma rede de cuidados, o movimento da Luta Antimanicomial começou a ganhar mais força ainda. A partir deste movimento, emergiram ainda mais acusações sobre as práticas manicomiais, e diante disso, profissionais comprometidos com a temática e dispostos a dispor de outras formas de lidar com o adoecimento psíquico, intensificaram a elaboração de uma proposta de reforma nos cuidados de saúde mental (Santo, Araujo & Amarante, 2016).

Assim, por meio da participação popular, busca-se criar um dispositivo produtor de autonomia e responsabilização que, por meio desta participação, viabilize a garantia do acesso aos diversos níveis de atenção do SUS e sua organização orientada nos princípios de hierarquização e integralidade (Dias, 2020). No entanto, quanto mais nos afastamos do momento de criação e implantação do SUS, perdemos de vista as propostas e ideais do movimento de cuidado em saúde.

Dessa forma, a conjuntura atual do SUS é de desmonte, que vem de práticas neoliberais e precarização dos serviços oferecidos pelo estado, consequências das mudanças políticas no cenário brasileiro a partir de 2016. Isto é observado ao comparar os indicadores no fim do governo impichado, que eram 69, com o mesmo número também em 2016, após o vice-presidente assumir, que passa a ser 29 (Bezerra, 2022).

Isto pode ser observado, por exemplo, em uma das portarias promulgadas no governo Temer, que deixou de reunir membros importantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de ativistas da Reforma Psiquiátrica para fazer uma análise sem preocupação com a história do movimento e descoladas da realidade. Com isso, os novos documentos têm caráter e valores corporativos e econômicos, expondo de forma deliberada somente fragilidades e fraquezas das RAPS (Passos, Gomes, Farias & Araujo, 2021).

Isso ocasiona em todo o sistema da RAPS quatro pontos importantes, segundo Passos, Gomes, Farias e Araujo (2021): a ambulatorização dos cuidados, a remanicomialização da saúde, principalmente por vias moralizantes e religiosas, a transformação dos leitos psiquiátricos de hospitais gerais em mini hospícios e a ampliação de comunidades terapêuticas, fortes concorrentes dos serviços de atendimento em saúde mental de álcool e outras drogas, os CAPS AD.

No entanto, já no governo Bolsonaro, em uma nota técnica, a RAPS é mais uma vez ameaçada com uma remodelação que a afasta do modelo territorial e aproxima do modelo asilar. Dessa forma, ao afirmar na presente nota que nenhum serviço é substitutivo de outro, e que não

haveria mais fechamentos de unidades de “cuidado” - aspas em referência a instituições manicomiais - em saúde mental, o governo federal abre espaço para os interesses privatistas e de grupos manicomiais, que disputam espaço com os modelos da Reforma (Passos, Gomes, Farias & Araujo, 2021).

4 LINHA DO PODER: POLÍTICAS PÚBLICAS E NEOLIBERALISMO

“Pedimos às secretárias do Ambulatório de Saúde Mental sobre a possibilidade de conversar com algum dos funcionários, já que sempre que estávamos lá, parecia que era impossível dialogar com qualquer um que fosse. Até o momento, só tínhamos conseguido no primeiro dia. Depois de considerar alguns médicos como possibilidade, e cochichar bastante, como se guardassem algum segredo do público comum, decidiram nos encaminhar para um psicólogo efetivo da unidade. Ele nos conta que desde os princípios do ambulatório, o modelo individualizado é o que prevalece no cuidado dos usuários, e que o contato multiprofissional é coisa rara para aqueles que trabalham no serviço. Finalmente, nos direciona uma fala que segundo ele é o retrato do trabalho ali realizado: ‘Nós vivemos a máxima do liberalismo, cada um por si e Deus por todos.’”

Falar de políticas públicas sem falar de neoliberalismo tem se tornado cada vez mais um desafio na conjuntura atual dos serviços. Isso porque, assim que o projeto do SUS ganha força com a promulgação da Constituição Cidadã (Cf 88), os esforços para que o sistema de saúde fosse bem sucedido começaram a encontrar obstáculos significativos em seu curso. Alguns dos mais recentes são descritos por Vilela e Mafra (2015), que afirmam que os municípios têm direcionado seus esforços para contratações sem processo seletivo prévio de ampla concorrência, que quando admitidos nos serviços de maneira temporária, acabam se tornando um desperdício de investimentos governamentais na formação de profissionais.

Se pensarmos que uma parte destes funcionários admitidos por contrato por vezes desconhecem a dinâmica dos serviços de saúde mental, passamos a considerar que estes têm seus efeitos no serviço diminuídos, pois podem ter suas posições revogadas ou rescindidas em um curto período de tempo. Consequentemente, aumentando a rotatividade da equipe e diminuição no desempenho das ações (Vilela e Mafra, 2015).

“Seguimos a conversa indo direto ao ponto e perguntando sobre o impacto do credenciamento na unidade e fomos respondidos com um fato que havia acontecido há pouco tempo. Ainda no mês anterior, o psicólogo narra que os colegas admitidos por regime de contrato tiveram um atraso no salário, mas que evitaram reclamar por vergonha. Em seguida, nos disse: ‘O novo contrato de credenciamento parece muito um contrato de escravidão. Você pode ser mandado a qualquer momento sem explicações, não tem nenhum tipo de suporte caso adoença, se você pegar covid você fica sem receber mesmo’. O que nos fez questionar sobre a motivação dos trabalhadores, assunto que foi respondido da seguinte forma: ‘Percebo que isso

não necessariamente tira a motivação, porque isso é um conceito complicado, mas tira qualidade de vida do funcionário, que pode respingar na motivação’.”

Neste outro pedaço, preocupações semelhantes de trabalhadores do CAPS AD.

“O ambiente do CAPS AD é bastante acolhedor, sempre fomos bem recebidas, e hoje, nessa segunda visita, fomos chamadas para participar da reunião de equipe. Todos comentavam com ênfase (talvez por causa de nossa presença, e por saberem a razão de estarmos ali) que os prejuízos de se perder o vínculo com os usuários. Dizem que a maioria faz uso constante de substâncias e que preferem não continuar se tiverem que fazer mais um vínculo com outro profissional. Isso exige deles um trabalho de busca muitas vezes. Mencionam também a frustração geral com os desligamentos sem aviso prévio, que recorrentemente, ‘sacodem’ a equipe.”

Mas se este regime neoliberal é assim tão prejudicial o que tem garantido que seja perpetuado de forma tão intensa no município de Anápolis? Aparentemente, não é apenas um esforço municipal, mas também nacional, que as Organizações Sociais de Saúde ganhem cada vez mais espaço, o que acontece desde 1994. Estes entes, que são considerados do terceiro setor, são responsáveis por fazer a ponte entre a esfera pública e a esfera privada. No entanto, a ideia é que estas contribuam ainda mais para uma Reforma do Estado, seguindo assim, a perspectiva neoliberal, que tanto prejudica o SUS (Morais, 2018).

Isto parte de um esforço estrutural, mas também de uma questão que atravessa o imaginário da população brasileira. Para isso, é necessário que por meio de discursos, os agentes neoliberais esgotem os serviços e reforcem a narrativa da importância de abrir espaço para a iniciativa privada nos aparelhos do Estado, como visto neste pedaço do diário.

“Na nossa primeira visita ao CAPSi, fomos recebidos em uma sala de reuniões e cumprimentados por um grande número de funcionários, que ou faziam seu fluxo normal de atividades na sala, ou voltavam sua atenção para a conversa. [...] Designadas a conversar conosco, havia duas profissionais, uma assistente social efetiva e uma psicóloga credenciada. Quando perguntamos sobre a forma como a dinâmica do serviço é afetada pelos credenciamentos, ouvimos da psicóloga: ‘a gente fica até com medo de fazer mais [propostas] porque a gente não sabe quem vai assumir’. Segundo os profissionais, o trabalho lá realizado ainda não é bem feito, apesar dos esforços, afirmam que é possível fazer mais. No entanto, uma das funcionárias reproduz a seguinte fala: ‘mas [eu penso] se não fosse os credenciados o que que a gente ia fazer? Acaba que precisa’. O que foi imediatamente respondido pela efetiva: ‘seria bom se fosse efetivado, uma equipe permanente, mas não é o caso’”.

Todo o episódio é uma representação da batalha que é travada dentro dos serviços de saúde mental há algum tempo. Batalha essa que, como observada é determinada por vezes pela exaustão daqueles que trabalham no serviço e que determina as medidas governamentais, como por exemplo, o que é observado em uma das sessões do site da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO) em 2023, que afirma que as Organizações Sociais, sem fins lucrativos, podem gerenciar alguns serviços do Sistema Único, garantindo seu funcionamento com parcerias entre secretarias municipais e estaduais. Tudo isso regulamentado por meio de contratos de gestão e respaldado por lei.

No entanto, os embates da saúde mental não são resolvidos apenas na exaustão, mas também por uma gestão e suas manobras:

“No nosso primeiro dia de visita ao Ambulatório, pedimos para a recepção para conversar com alguém da equipe e disseram que o fluxo no dia era muito grande, mas que poderíamos procurar por alguém andando pela unidade. Enquanto caminhávamos, avistamos uma psicóloga familiar e a paramos para conversar. Muito disposta, ela marcou para as 9:00, quando ela teria um espaço em sua agenda de atendimentos. Quando iniciamos a conversa, falamos sobre o percurso dela como efetiva da saúde mental e ela me trouxe o seguinte relato: ‘eu era coordenadora do CAPS Vida Ativa, sempre cobrei, estive na frente de protestos e o novo prefeito me transferiu para o Ambulatório Florescer para trabalhar apenas como psicóloga. Eu entendi o recado que eles quiseram me passar’. Relatou também que Anápolis é um dos únicos municípios que prioriza hospital, as verbas são atribuídas para as doenças e não para as prevenções.”

Bem, o estudo cartográfico nos permite estar inseridos nas capilaridades dos eventos e contatar aquilo que é real no dia-a-dia dos serviços, e relatos como este mostra o projeto político que se alia ao neoliberalismo como gestão de pessoas. Dessa forma, podemos assumir que, os profissionais da equipe que são contratados por tempo determinado fazem parte de uma estratégia de controle, mas que também existe uma coibição por parte da gestão responsável pelas contratações, tudo isso reflete num trabalho menos eficaz. Isto porque, é reconhecido por esta gestão que, estes que permanecem por mais tempo podem melhorar a qualidade do serviço, estabelecendo vínculos de confiança mais fortes e acompanhamento durante o Projeto Terapêutico Singular dos usuários (Vilela & Mafra, 2015).

Com isto em mente, já ao fim das visitas, foram anotadas as seguintes palavras no diário de campo:

“A sensação que temos é de que apesar da necessidade de profissionais que estejam engajados com um projeto de saúde mental compatível com o do SUS e que possam trabalhar com a devida autonomia sem temer perder seu emprego, o número de funcionários efetivos do Ambulatório é superior proporcionalmente ao número na equipe do CAPSi. Dentre os efetivos do CAPSi, nos encontramos apenas com dois, duas profissionais que defendem a seleção por ampla concorrência. Uma delas comanda a unidade e a outra diz que só não pediu exoneração porque precisa se aposentar. Parece estranho tantos profissionais engajados na luta antimanicomial estarem concentrados em uma unidade onde o trabalho multidisciplinar é tão fraco.”

Em 2017, no entanto, consolida-se o projeto Contratualização do SUS, disponível em um domínio específico da internet e em uma cartilha ao público que explica sobre esta parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, que após um longo processo de garantia de espaço para o terceiro setor, garante que as relações de trabalho agora terão uma influência considerável da iniciativa privada para garantir que o trabalho será realizado. Tudo isso sob a justificativa de que os pequenos municípios não são capazes de lidar com a demanda de casos e sofrem com a falta de profissionais. A cartilha de apresentação do projeto, conta com uma pesquisa realizada no ano em questão.

Contudo, na prática, o desenvolvimento da proposta torna-se um desafio para os profissionais de todas as áreas da saúde, como descrito pelo psicólogo do Ambulatório.

“Durante a conversa, ele menciona que o processo de contratação dos credenciados é obscuro e que até onde sabe, não existem critérios rigorosos para a admissão desses. Falou também que a forma de admissão hoje é um contrato temporário de 1 ano, por isso, existe muita rotatividade na equipe. Comentei que havia ouvido em outras unidades que, às vezes, ocorre que estes novos funcionários entram sem ao menos entender a proposta de desenvolvimento do serviço, e ele confirma fazendo um comentário de que a relação entre a equipe em momentos torna-se hierarquizada em relação aos seus colegas credenciados porque por vezes, é necessário ter que explicar a todos como o projeto funciona.”

Vale recordar, contudo, que o compromisso com a luta da Reforma Psiquiátrica deve ser um esforço de toda a sociedade, não apenas dos profissionais na linha de frente. Rosa, Vicentin, Sereno, Concílio, Cohen e Vieira (2019), que são membros da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, abordam a história do movimento e chamam atenção para a necessidade de que haja mudanças também no trajeto de formação dos profissionais que atuarão na saúde mental. Segundo eles:

"Reconhecíamos, acompanhando as preocupações do campo de implementação das novas políticas, que uma das formas de alterar a cultura manicomial estava na formação de profissionais que precisavam experimentar um outro modo de pensar, sentir e agir em relação à loucura. A experiência da Reforma em Saúde Mental problematizou intensamente a relação entre formação e assistência ao entender que não há como alterar a cultura manicomial sem “dessegregar” os profissionais, sem desinstitucionalizar os especialismos e a fragmentação de saberes e sem colocar em análise a relação dos profissionais com seu objeto de trabalho, como é o caso da alienação técnica”.

No entanto, durante e a pesquisa, nota-se no trecho anterior a desconexão das universidades em formar profissionais engajados e conscientes do movimento antimanicomial.

É também necessário lembrar que as propostas para a saúde mental passam por um cuidado multidisciplinar e singular. Dessa forma, o Projeto Terapêutico Singular deve ser acompanhado por todos os saberes para potencializar as boas consequências do tratamento do usuário. Entretanto, de forma evidente, as regras do livre-mercado não tem compromisso com a subjetividade dos usuários, que pagam por isso ao terem encontros com profissionais mal remunerados e sem segurança de trabalho (Cruz, 2011). Funcionários estes que, segundo a assistente social do CAPSi, *“acabam pedindo exoneração porque ou conseguem um salário melhor, ou não conseguem sustentar-se o que tem aqui”*.

Em outro trecho: *“Aparentemente, a luta da saúde mental é diária e constante, porque no último dia de visitas, na unidade do CAPSi, nos encontramos com três funcionários da unidade e tivemos uma conversa um pouco mais incisiva a respeito da dinâmica do serviço. Contaram-nos que o momento era de exaustão para todos porque a equipe tinha sofrido algumas perdas no decorrer dos últimos dias. ‘Essa semana, nós perdemos quatro psicólogas, duas credenciadas e duas efetivas. Uma das efetivas conseguiu algo melhor em outra cidade e a outra decidiu que não ia continuar. Agora as meninas do contrato, não sabemos ao certo’.*”

Contudo, isso não é problema apenas da equipe, usuários do serviço são feitos reféns das medidas neoliberais e se deparam com abandono de seus Projetos Terapêuticos sem ao menos serem notificados, como pode ser visto no trecho.

“Estávamos na visita já há algum tempo, tínhamos conversado com algumas pessoas, e estávamos esperando a possibilidade de falar com algum funcionário da unidade. De repente entra pela porta da frente um senhor de idade, que já parecia saber como as coisas funcionam no serviço. Ele vai até a recepção e dá o nome de um médico, dizia ser o médico que o

acompanhava ali. As recepcionistas levam um tempo para processar a situação, e o respondem dizendo que aquela pessoa que ele procurava já não trabalha mais ali, seu contrato havia sido encerrado. As filas para atendimento do Ambulatório são grandes, já vimos isso antes. Para que ele não perca sua vaga, elas a encaminham para outro doutor. Um novo Projeto iniciado do zero. Fez-me lembrar da angústia dos trabalhadores do CAPS AD. A coordenadora que teve que esperar ser chamada por dois anos. Os pacientes que abandonaram tratamento depois de não encontrar seu profissional de referência. Angústia.”

E a angústia é sintoma de uma preocupação que todas as unidades visitadas experimentam no seu modo de trabalho. Assim, ao se deparar com situações onde sua equipe é líquida e, por vezes, desmotivada, é papel do coordenador intervir nos processos e garantir a entrega dos serviços aos usuários do sistema. No entanto, o cargo de coordenador, que gerencia a unidade de saúde, é díspar daquele que administra uma empresa (Carvalho, 2012). Segundo a autora, a gerência do SUS trabalha como meio entre gestão, trabalhadores e população, prioriza as necessidades dos usuários para direcionamento das ações, e, entre outros papéis, lida com as tensões e conflitos que surgem no ambiente do serviço.

Durante as pesquisas as ações das coordenações de cada um dos serviços nos chamou atenção, visto que cada uma das unidades revela um perfil de ação em direção à luta antimanicomial. Iniciaremos com um relato retirado do diário em uma reunião na unidade do CAPSi.

“No primeiro dia, viemos até a unidade para apresentar nosso projeto e solicitar a permissão para a pesquisa dentro da unidade. Ao chegarmos, falamos com os recepcionistas e solicitaram que esperássemos um pouco. Depois de uma espera relativamente curta, mas ansiosa, fomos chamados para uma sala, onde fomos recebidos pela coordenadora da unidade, que apesar de estar de férias, e ser da cidade de Goiânia, fez questão de nos receber. Ela nos contou da sensibilidade do trabalho executado, e da sua intenção de proteger os usuários alvo do serviço. Disse que tudo precisa ser explicado aos responsáveis para que não haja nenhum tipo de interação indevida com as crianças e adolescentes. Pareceu-nos uma unidade bem precavida em seu trabalho. Depois de explicar sobre a pesquisa, perguntei sobre o corpo da equipe e de que forma isso afetava o cuidado que ela tinha com o contato funcionário-usuário e ela me respondeu: ‘Hoje nós temos mais funcionários que são credenciados, mas o Ministério Público está em cima da questão [...], o ideal seria que tivéssemos processo seletivo porque querendo ou não a troca de equipe interfere no tratamento, já que temos que apresentar os novos funcionários para pais e crianças com maior frequência para que não haja estranhamento’. Foi um início providencial para a nossa pesquisa. Estamos animados.”

Nesta perspectiva, faz parte do trabalho do coordenador, garantir que a função de meio seja devidamente executada, entendendo que seus usuários são o guia para o trabalho executado, como já citado anteriormente. Mas as questões que ficam são: no caso do CAPS AD, onde a coordenadora é credenciada, de acordo com os diários de campo, de que forma se produz críticas à gestão sem que haja interferência política? No caso do Ambulatório de Saúde Mental Espaço Florescer, com um cargo comissionado na coordenação, como escapar da mão da gestão na atuação em saúde? No caso claro daquilo descrito no capítulo dois de Clínica Peripatética de Antonio Lancetti, CAPS e burocracia, que resultou na pesquisa barrada pela coordenação do CAPS Vida Ativa, o que fazer?

A princípio, encontramos na pessoa da coordenadora do CAPS AD, uma enfermeira que sempre se posicionou como proativa e nas nossas próprias palavras: destemida. Isto porque sempre nos disse que não tinha medo de enfrentar a gestão para fazer seu trabalho, e ressaltou do início ao fim das visitas a importância da nossa pesquisa. Em contramão, no direito, entende-se que a principal motivação da indicação de cargos é o controle político e da burocracia das ferramentas (Lopes & Vieira, 2020), que garante influência no aparelho mesmo quando não agindo diretamente.

A respeito disso, foi escrito o seguinte relato no diário de campo.

“Estamos no último dia de visitas, e decidimos trocar o horário para tentar falar com algum funcionário do Ambulatório. [...] Já falamos com um deles e agora vamos tentar outra psicóloga daqui. [...] Depois de uma longa conversa sobre o público atendido por ela, ela menciona que atender crianças era uma espécie de castigo por questões de desavença com a administração, perguntei a respeito do número de efetivos no serviço, e por ter certo tempo de visitas, citamos juntos os nomes daqueles que trabalhavam ali por um período prolongado. Quando mencionei o nome da atual coordenadora da unidade, a psicóloga, disse: ‘Ela não, ela é comissionada [...] Cargos de coordenação geralmente tem influência de comissionados’ [...] ‘Eu apoio concurso porque eu não estou disposta a ceder à pressão. Eu faço o que eu quero, e se precisar, justifico no CFP. [...] Só que quem é credenciado não pode fazer o mesmo, porque pode ser mandado embora a qualquer momento’. Sempre nos pareceu estranho que tantos efetivos estivessem concentrados na unidade, todos eram pessoas que pareciam engajadas na luta. Depois de ouvir o que foi falado, tudo pareceu se encaixar. A mesma unidade que foi destino da antiga coordenadora do Vida Ativa.”

Por fim, quando Lancetti se debruça sobre as razões para a burocracia nos CAPS, na página 46, depois de comentar sobre desde seu passado como NAPS, até sua consolidação como política pública, em apenas um período, descreve um dos entraves políticos da instituição: “Um

dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmo e sua pouca abertura ao território.” (Lancetti, 2008). Diante disso, compreende-se que uma unidade que, em regime de porta aberta, seleciona apenas os “doentes” para fazer parte de sua dinâmica, sintomatiza aquilo que vai na contramão dos princípios da reforma.

“Fomos ao CAPS Vida Ativa, avistamos uma secretária, explicamos previamente nosso projeto de pesquisa e perguntamos a respeito do responsável pela instituição, a fim de que nos introduzisse e pudéssemos apresentar, de fato, nosso projeto. Ela perguntou se estávamos com o projeto e termo em mãos, afirmamos que sim. Ela entrou em uma sala, voltou, e informou que seria necessário irmos à secretaria da educação em busca de autorização para desenvolver a pesquisa. Não fomos acolhidas, não nos deram espaço.”

5 LINHA DE SABER/PODER: PODER DE DISCIPLINA E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

“Hoje tive uma conversa muito interessante com uma das psicólogas do Ambulatório, ela relatou sobre sua experiência dentro e fora do serviço e uma de suas falas me deixou bastante pensativa ‘Nossa equipe é a base de coleguismo, acredita que eu não conheço todo mundo que trabalha aqui? cada um fica no seu canto, entra no seu consultório e depois que atende seus pacientes vai embora, não passa nem na cozinha que é o lugar onde a gente tem mais contato com os colegas de trabalho’, com isso passei a observar o ambiente e percebi que o médico tinha mais valor, a psiquiatria é o saber central desta unidade. ‘Anápolis é uma das únicas cidades que prioriza hospitais’.”

A saúde pública, sem exceção à saúde mental, segue como paradigma principal a medicina e seu conjunto de áreas. Para que esse fenômeno seja compreendido nos moldes da pesquisa e da atualidade, precisamos entender, a princípio, o significado das linhas de saber/poder. Sabendo disso, Foucault (1969) conceitua um saber como sendo aquilo que podemos falar, em uma prática de um domínio, formado por instrumentos distintos que irão adquirir ou não um status científico, também sendo o espaço em que o indivíduo pode se ocupar para discorrer sobre os objetos que abrangem seu discurso. Além disso, o conceitua como um campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam, concluindo que um saber se define por perspectivas de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso.

Foucault (1979) estabelece uma analítica de poder. Para o autor, poder é sempre heterogeneidade em constante formação, não possui consistência em si mesmo. Ele se manifesta somente através das relações sociais, e por isso, o poder não pode ser possuído por algo ou alguém. O poder não existe, ele apenas é exercido por relações e práticas sociais. (Souza, 2014).

“Na minha primeira visita ao Ambulatório, confesso que não sabia muito bem por onde começar. Andei impacientemente por vários cômodos, agendei uma entrevista com uma das psicólogas, mas tinha muito tempo até acontecer. Decidi me sentar perto dos usuários que ali estavam, e depois de um tempo, comecei a conversar com uma senhora. A conversa começou justamente com a medicina, e com uma expressão que nem ela própria tem dado conta de tudo que se propôs: ‘Até psiquiatra precisa de ajuda hoje em dia, o mundo tá muito difícil, tanto absurdo’. Enquanto ia contando sua história, percebia que agora ela tinha um local delimitado em sua própria vida: a mãe sofrida, a trabalhadora que não serve por causa de suas doenças, a ovelha negra da família, tudo pelo seu diagnóstico. Estava condenada àquele lugar.”

Além disso, Foucault também fala do assunto em seu livro, *Vigiar e Punir*. Para ele: “O poder produz saber [...], não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (Foucault, 1975). Neste trecho, Foucault constata que para que haja a manutenção de um poder, é preciso que exista um saber que perpetue a dominação da ordem do controle. Por esta razão, saber e poder, não se dissociam, afinal, “[o saber] não é feito para compreender, ele é feito para cortar.” (Foucault, 1984).

“Percebe-se que não há nem debate sobre a medicina estar no centro do saber. Nos serviços os profissionais que não são médicos se sentem ‘deixados de lado’, os médicos ‘se fecham em sua salinha’ e como isso é para os usuários? Como isso é passado pra eles? Bom, diversos usuários do ambulatório citaram que nunca foram encaminhados para uma consulta de psicoterapia, alguns nem sabiam que o local oferecia esse serviço, relatam que tentam até tirar o peso de suas costas nas consultas trimestrais com seu doutor, mas nem sempre são ouvidos. Estagiários da medicina abrem a porta do consultório enquanto um usuário está lá e a deixam aberta, sem cuidado algum com aquela pessoa que está em sofrimento.”

A opinião dos trabalhadores do CAPSi, reflete algo da ordem daquele que controla, mas não participa como igual.

“Conversando com a equipe do CAPSi, nós, cartógrafos, comentamos sobre o saber médico do Ambulatório e da forma como todos os tratamentos da unidade, na nossa percepção, pareciam estar centrados na figura do profissional. Com isso, os profissionais que ali estavam compartilharam a sua experiência ‘tem médico que entra e se fecha na salinha e você nem vê o nariz’ a partir desse momento começaram a debater sobre o papel médico e a forma que o médico se porta na saúde mental, houveram discordâncias pois uma das profissionais tem um filho que cursa medicina e após esse fato ser relatado ninguém falou mais sobre o assunto.”

Mas se a única oportunidade de compartilhar os sentimentos e angústias da vida real é com seu psiquiatra, que nem sempre tem interesse em se aprofundar no assunto, qual é o papel das outras especialidades? O que garante à medicina o protagonismo total sobre os sofrimentos do outro? Podemos correlacionar com o biopoder que segundo Foucault (1976), é um mecanismo criado para um controle distinto do disciplinar, pois o sujeito, nesse momento, já está disciplinado, o controle é exercido sobre grandes comunidades doutrinadas que constituem uma sociedade (Silva, 2018).

“Já na segunda visita, sabia o que fazer para entender a dinâmica do serviço. Me sentei logo na sala de espera e despertamos a curiosidade de uma das usuárias da unidade. Sua história era parecida com a do outro dia: a mãe sofrida, a esposa guerreira, a trabalhadora

improdutiva... reclamou da dificuldade de conseguir falar com um médico, e mais uma vez nos disse como até os médicos precisavam de ajuda, mas dessa vez, 'ele [o médico] é humano, ele pega os problemas pra ele também, não tem jeito'. Em todo o tempo em que estive lá nunca foi encaminhada para um psicólogo, mas para o neto dela, só serviria se fosse. Me perguntei porquê. Disse que tinha perdido um filho praticamente porque desde que foi diagnosticado com esquizofrenia, nunca mais foi o mesmo, precisou interná-lo. É como se a medicina não tivesse (ou quisesse) conseguido ajudá-lo."

Em *Doença Mental e Psicologia* (1954) Foucault introduz as razões para o surgimento das ciências "psi", àquelas que vão servir como delimitação da dicotomia: liberdade e loucura. Segundo ele, agora que o louco precisa ser encarcerado e separado da "ordem", é necessário encontrar uma disciplina que justifique tal medida, não porque ela teria controle sobre a terapêutica do sujeito (conceito que ele dissocia da psicologia), mas porque ela tem o poder de discipliná-lo e garantir a perpetuação do saber/poder de interesse à relação. O *homo psychologicus* tem uma nova verdade, e sua essência já não faz parte dela. Ele é determinado pelas "psis".

"Uma mulher me viu passar e perguntou se eu tinha um isqueiro para emprestar. Eu aproveitei a oportunidade para de repente conversar um pouco com ela enquanto ela fumava seu cigarro. Contou-me que estava na cidade há apenas 8 meses, e que depois de ir visitar o CAPS, falaram que o problema dela era ali. Sua depressão começou quando o marido morreu, fazia 16 anos, e como em um dejavú, na minha frente, vi a figura da mãe sofrida, a mulher injustiçada, a esposa guerreira e a trabalhadora improdutiva. Ela tem um filho com transtorno bipolar, e reproduz o ciclo da doença dizendo que morre de vontade de interná-lo. Me conta que os remédios já não servem, e que a doutora não mexe na dose há um tempo. Não gosta muito da sua doutora. Conversei com três pessoas, mas a história se repete, um ciclo de sofrimento.[...]"

Ora, se pensamos em um processo de Medicalização e Psicologização da vida, aquilo que é parte constitutiva da existência, passa a ser encarado como razão para consumo de medicação. O indivíduo precisa ser colocado em transe ou torpor, ou em um processo de "cura" daquilo que não deveria existir em você, pois interfere a dinâmica laboral ou familiar, sofrer se torna "doença", viver é "transtorno", existir é "distúrbio" (CRP-SP 2019).

Portanto, falar de saber/poder, função "psi" e disciplina é falar do local que virou destino comum à vida dos sujeitos. Assim, as histórias semelhantes são uma tentativa de silenciar aquilo que há de singular em cada corpo, apagar sua historicidade, e entregar algo pronto, que não demanda alto custo de manutenção. Para as usuárias com quem conversei, um ponto em comum

as ligava mais forte que qualquer semelhança em sua história era: *“sem o remédio não consigo mais ficar, parece que eu vou passar mal. Esqueço-me de tudo na minha vida, mas sem o remédio, parece que vou morrer”*.

6 LINHAS DE FUGA: PRÁTICAS NÃO MEDICALIZANTES E CAMINHOS PARA ALTERIDADE

“Me posicionar me faz ser castigada, eu não tenho coragem de diagnosticar uma criança de 3 anos com TOD (Transtorno Opositor Desafiador). Percebo que hoje, as nossas crianças têm cheiro de abandono, e eu não tenho medo algum de falar a verdade na cara dos pais. Se algo precisa ser dito, pode ter certeza que vou dizer. Eu apoio concurso porque eu não estou disposta a ceder à pressão. Eu faço o que eu quero, e se precisar, justifico no CFP’.”

Ora, não seria justo finalizar o presente trabalho se não falando daquilo que norteia, ou pelo menos deveria, as práticas de psicólogos e agentes da saúde engajados na luta antimanicomial. Por esta razão, se no tópico anterior falamos daquilo que é de propriedade daqueles que fazem a manutenção do regime de opressão dos corpos, a partir daqui, iniciando com o trecho do diário que mostra um pedaço de uma entrevista com uma das psicólogas do Ambulatório, nos comprometemos a tratar das ações e discursos que extrapolam, fogem e desorganizam aquilo que, nas palavras de Guattari e Deleuze (1997), em Mil Platôs “é *estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído*”.

Ocuparemos-nos de esclarecer a princípio, o conceito fundamental para o entendimento desta discussão: as linhas de fuga. Se retomarmos este mesmo trabalho, ao explicar sobre o método, notamos que, é possível definir o conceito de dispositivo, apoiado em Deleuze (1997), como um conjunto de linhas de diferentes naturezas que se “emaranham”, não o delimitando como algo pronto, mas compondo suas características e o colocando em movimento, ou estagnação. Sabemos que o conceito de dispositivo é emprestado por Guattari e Deleuze de Foucault, mas que este os serve fundamentalmente para desenvolver uma multiplicidade de conceitos sobre os quais territorializam sua teoria.

Sabemos então, que as linhas de saber/poder fazem parte destes dispositivos, mas existe algo na dinâmica destes que rompe a estratificação, desterritorializa, desorganiza, designifica e sacode as estruturas do sistema. É isto que Guattari e Deleuze (1997) definem como linha de fuga. É aquilo que foge a lógica do sistema e o remove do seu local de praxe comum, apontando algo sobre o não-saber, a não-eficácia, uma oferta de possibilidade de um mundo que não é experimentado, mas que reforça sua existência ao emergir na linha de fuga.

Claro que os autores de Mil Platôs propõem o conceito de rizoma, para fugir à lógica das ciências tradicionais, e por isso, demarcam na sua geografia filosófica um rompimento com a ideia dicotômica das coisas. Que fique claro que, apesar de trazido de forma otimista no presente tópico, o conceito de linha de fuga está em constante interação com as linhas de saber

poder. Ela própria pode enrijecer-se e tornar-se aquilo que um dia desafiou. As linhas de fuga fazem parte do rizoma, e remetem às de outras naturezas constantemente (Guattari & Deleuze, 1997).

Relato de uma reunião no CAPSi: *“Mudamos de assunto enquanto elas contavam que ‘todos na unidade tem efeito terapêutico, o trabalho é realmente integral’. O número de pessoas que se juntou para conversar com a gente era grande (por volta de 6 profissionais) e existia um alto grau de coesão entre eles. ‘Aqui a gente reserva as quartas-feiras para nossas reuniões, mesmo que não tenha nada para ser tratado no dia, toda a equipe se junta e fortalece os vínculos’ outra funcionária disse: ‘a quarta é protegida’. Todo mundo realmente é terapeuta.”*

Se durante o trabalho emerge a preocupação a respeito dos futuros para a saúde mental na cidade, o relato anterior foi como um oásis para nós que estávamos em pesquisa, isto porque, mesmo depois de falar de temas pesados e com tons de pessimismo, o próprio discurso da equipe nos direcionou para a linha que escapa o neoliberalismo. Nos revelaram que reconhecem a importância daquilo que Gomes (1997) afirma quando diz que a função do trabalho interdisciplinar é de justamente propiciar ao trabalhador da saúde uma visão do homem como um todo, saindo das especificidades de cada área do saber. Além disso, segundo o autor, é esta a visão que contribui para a pulverização da hegemonia da lógica biomédica.

Outro exemplo é demarcado na figura da coordenação do CAPS AD da cidade, que apesar de credenciada, organiza com os demais colegas uma maneira de desburocratizar e organizar o serviço mesmo com a pressão da gestão para passagens transitórias no serviço.

“Naquele dia, a reunião foi de toda equipe e teve seus momentos de partilha, principalmente pessoais ou sentimentos compartilhados durante os dias. Momento para se unirem e recarregar energias. Enquanto conversávamos na reunião de equipe sobre as contratações temporárias, fomos surpreendidas pela fala da coordenadora que contou que já tinha contato com os atuais funcionários há um tempo, e que desde antes de contratada tinha o plano de ser direcionada àquela unidade. ‘Os efetivos devem manter o lugar como está até voltarmos (credenciados), é sempre aquela fila e todo processo burocrático.” Segundo a coordenadora (enfermeira) demorou 2 anos até ser convocada e chamada para assumir a coordenação. ‘Não somos heróis, não agradamos a todos. Arranque a roupa de mulher maravilha [e faça] o que pode com o que a gente tem’. Toda a equipe se une em torno de um objetivo comum.”

Além disso, durante o percurso, foi interessante encontrar cidadãos que reconhecem a necessidade de se atentar aos transtornos mentais como uma manifestação da singularidade de cada sujeito e não como uma medida discriminatória contra aqueles que não cedem ao controle

das instituições. Segundo Amarante (2009), a Reforma Psiquiátrica não deve ocorrer apenas nos hospitais e serviços, toda uma série de medidas devem ser tomadas, inclusive as culturais, que não transformam o modelo em si, mas transformam o local social da loucura.

Nas palavras de uma paciente do ambulatório: *“Um dia eu estava procurando atendimento no postinho do meu bairro e a polícia chegou procurando um rapaz que eles disseram que mexia com droga, a doutora não deixou levarem e depois falou comigo que quem deveria tratar essas coisas não é a polícia. Violência não resolve né? Ela disse e eu concordo, vício em droga é igual doença de cabeça, a pessoa não fica sem o remédio dela.”*

E o aspecto mais importante da cultura: a linguagem. Aquela pela qual a assistente social do CAPSi deixou claro seu comprometimento: *“Isso aqui deveria ser um serviço de passagem, mas a gente tem encapsulado os usuários. Na verdade, pra ser sincera, sempre falo para todo mundo, não gosto de chamar nem de paciente, porque aqui a proposta é diferente, são usuários do Sistema Único de Saúde, não reféns do cuidado. Por isso a gente faz grupos com os adolescentes, eles não são doentes, só precisam de autonomia para conseguir viver nesse mundo’.”*

Por fim, falar sobre cartografia e habitação de territórios possibilita a ação do pesquisador em potência na vida de pessoas que são esmagadas pelo saber/poder sem possibilidade de contestação. Segundo Amarante, em seu livro Reforma Psiquiátrica (2009), o curso da doença fecha-se em um ciclo que retira do sujeito à possibilidade de atuar de forma ativa no seu próprio destino, um ciclo que se retro-alimenta, mas que com as mudanças de paradigma da reforma, se tornaram ferramentas potentes de alteridade. Nada melhor para representar isso do que o trecho em que houve um compartilhamento de experiências com uma usuária do Ambulatório.

“Uma mulher me viu passar e perguntou se eu tinha um isqueiro para emprestar. Eu aproveitei a oportunidade para de repente conversar um pouco com ela enquanto ela fumava seu cigarro. [...] Podia perceber que ela estava se sentindo bem em falar sobre tantas coisas que ela dizia não ter importância pra mais ninguém. Além disso, depois de tudo que havia me contado sobre seu tratamento, sem pretensão alguma, expliquei o modelo de atendimento que deveria ser executado na unidade, e que sua adaptação aos remédios não deveria depender apenas da opinião médica. Ela se despediu dizendo que precisava voltar para ouvir seu nome ser chamado. Me virei pra minha colega de pesquisa, mas escutei a mulher me chamar e dizer: ‘muito obrigado pela palestra, viu? Foi muito bom’.”

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar em contato direto com os dispositivos de saúde mental da cidade de Anápolis nos revela dinâmicas que, se estudadas de outra maneira que não a cartografia, parecem muito distantes de alcançar. Isto porque, a máquina da burocracia garante a estes serviços proteção contra a instabilidade que o novo pode causar em seu funcionamento. Por este motivo, a cartografia, conviver e aprender com a realidade em movimentação de cada um dos participantes das unidades, mostrou-se como ferramenta tão potente.

Assim, notou-se durante o percurso de pesquisa, um forte atravessamento neoliberal no funcionamento das unidades de saúde mental da cidade. Isto não pode ser considerado como caso isolado, se pensarmos que, o SUS, com seu princípio de regionalização, já garantiu em várias cidades do estado e do país, por meio de portarias e políticas públicas, mais espaço para instituições do terceiro setor. O desmonte do Sistema Único é um projeto de longa data.

Conversar com usuários e funcionários revela, de forma velada, aquilo que no discurso está imerso no dia a dia. Suas desesperanças e a sensação de cansaço e esgotamento mostram suas tentativas de não se deixarem levar pela maré. Isto, no entanto, é mais difícil do que parece, e ceder ao impulso de deixar de lutar, parece inevitável.

Tudo isso é garantido pela forma como a gestão e os saberes que detém controle sobre os corpos, os vencem de suas posições de privilégio, garantindo que estarão disciplinados e calados. Tanto o biopoder, linha de saber/poder de muito destaque nos serviços, como as iniciativas neoliberais, ferramenta da gestão para garantir controle sobre os servidores, encontraram seu *modus operandi* para fazer a manutenção.

Portanto, garantir que o trabalho do Ambulatório conte com uma perspectiva individualista, ou que o trabalho dos credenciados seja mantido por um vínculo que é frágil e sem prejuízos no processo de rompimento, ou que profissionais “indemissíveis” permaneçam em suas funções silenciados e sem cobrança e tenham que lidar com uma alta rotação de equipe no trabalho, ou ainda manter usuários considerados improdutivos para o sistema dóceis e dopados por medicamentos, revelam-se como linhas de saber-poder que entram o movimento de formação de subjetividade tanto dos dispositivos, como de usuários destes.

O saber/poder vem para esmagar os corpos e mantê-los no chão, mas as linhas de fuga, então, revelam uma possibilidade de fugir daquilo que é “pronto”. Uma chance de desterritorializar aquilo que parece indissolúvel, e reterritorializar sob uma nova forma, com suas potências e agenciamentos. Apesar de em luta longa e constante contra desmonte do Sistema, o espírito da Luta Antimanicomial ainda sobrevive nos dispositivos de saúde mental,

e seja com antigos profissionais, ou jovens engajados politicamente, o projeto dos CAPS precisa Florescer, e criar raízes. No entanto, não raízes axiais, que retornam ao eixo para nutrir a árvore, mas de rizomas, que se interconectam e se ligam, que nutrem cada parte da raiz com aquilo que é valioso para si.

Os encontros (e desencontros) no curso da pesquisa servem para lançar luz sobre aquilo que não foi decidido de antemão, mas que emergiu no contato com o campo. Por isto, habitar os territórios onde se tem contato com aquilo que há de real para os sujeitos, se mostra necessário para realmente compreender e desembaraçar o novelo que compõe as linhas de força no curso da subjetividade de cada um. A psicologia precisa ser domínio de todos, precisa ofertar caminhos de fuga e acima de tudo, reencontrar-se com seu objeto de estudo, e agenciados, produzir novas potências possíveis.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F. D. O. et al. (2009) Uma breve história da reforma psiquiátrica. Curso de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife - PE, 2009. Recuperado em 06 de maio de 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica.
- AMARANTE, P. (Coord.). Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz (Coleção Panorama), 1995. [2.ed. revista e ampliada - Rio de Janeiro: Ed . Fiocruz, 1998]
- AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, v. 1, n. 1, jan-abr., (CD-ROM), 2009b. Disponível em: <http://portal.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>. Acesso em 21 de jan. de 2012.
- Andrade, I. (2022). Confiança e promiscuidade: o uso dos cargos comissionados como barganha facilitadora da corrupção no brasil. Revista Destaques Acadêmicos, 14(1). doi:<https://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v14i1a2022.3102>
- Arbex, Daniela Holocausto brasileiro – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- Barros, Ana Carolina Florence de, & Bernardo, Marcia Hespagnol. (2017). A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. Revista de Psicologia da UNESP, 16(1), 60-74. Recuperado em 06 de junho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442017000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Bezerra, Mauri. (2022). O desmonte do SUS por dentro. Recuperado de <http://www.cntsscut.org.br/ponto-de-vista/artigos/551/o-desmonte-do-sus-por-dentro>
- Carvalho, B. G. (2012). Coordenação de Unidade da Atenção Básica no SUS: trabalho, interação e conflitos. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.7.2012.tde-08032013-144439. Recuperado em 2023-06-09, de www.teses.usp.br
- CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. A implantação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- CONASS (2003). Para Entender a Gestão do SUS. Brasil.
- Contratualização de desempenho institucional no SUS: resultados de pesquisa de opinião / Fiocruz Brasília -- Brasília, DF: Fiocruz; Saberes, 2018.
- Couto, R., & Alberti, S. (2008). Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. Saúde em Debate, 32(78-79-80), 49-59.

- CRP-SP Caderno Temático n° 33 – Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 1 XV Plenário (2016-2019)
- Cruz, Leticia. (2011). Contratação de profissionais sem concurso ameaça pacientes do SUS, dizem médicos. Recuperado de <https://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/contratacao-de-medicos-sem-concurso-ameaca-profissionais-e-pacientes/>
- DELEUZE, Gilles. O Mistério de Ariana. Lisboa: Vega, 1996.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. GOMES D.C.R. (org). Interdisciplinaridade em saúde: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997.
- Dias, L. B. S. (2020). Análise do Apoio Institucional como uma Ferramenta de Gestão a partir dos Relatos de Experiência da Comunidade de Práticas da Atenção Básica. Centro Universitário de Brasília - UniCeUB.
- Espirito Santo, W., Soares de Araujo, I., & Amarante, P. (2016). Comunicação e saúde mental: análise discursiva de cartazes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial do Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 23(2), 453-471.
- FOUCAULT, Michel (1975) Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão 20ª Edição Editora Vozes.
- FOUCAULT, Michel (1969) A Arqueologia do Saber.
- FOUCAULT, Michel (1979) Nascimento da Biopolítica.
- FOUCAULT, Michel. Em Defesa da Sociedade. Trad. De Maria E. Galvão. SP: Martins Fontes, 2000, p. 288-289.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FOUCAULT, Michel. Doença Mental e Psicologia. 6 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- Gaino, Loraine Vivian, Souza, Jacqueline de, Cirineu, Cleber Tiago, & Tulimosky, Talissa Daniele. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(2), 108-116. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>
- Gomes de Pinho, Márcia Cristina. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 068-087. Recuperado em 06 de junho de 2023, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Kastrup Virginia, Passos Eduardo e Escossia Liliana da (2009) Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / Porto Alegre: Sulina, 2009.

- Kyriillos Neto, F., (2003). Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. *Mental*, 1(1), 71-82. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42010106>
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Maciel, S. C. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões/ *Psychiatric reform in Brazil: a few reflections*. 4(8), 73–82. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i8.68654>
- Morais, Heloisa Maria Mendonça de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>.
- Passos, R. G., Meyre da Silva Gomes, T., Souza de Farias, J., & de Castro Lopes de Araújo, G. (2021). A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cadernos brasileiros e Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 13(37), 42–64. recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>
- Pistelli, Gabriela de Salles Santos. A trajetória de um (novo) olhar: a história, o CAPS e os usuários. 2008. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.
- Regis, V. M. & Fonseca, T. M. G. (2012). *Cartografia: estratégias de produção do conhecimento*. Niterói, Brasil.
- Rosa, E. Z., Vicentin, M. C. G., Sereno, D., Concilio, I. L., Cohen, M. C., & Vieira, M. C. T. (2020). Formação em Saúde Mental: trajetórias do curso de Psicologia em diálogo e compromisso com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. *Psicologia Revista*, 28, 650–680. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i3p650-680>
- Sanar (2023). A reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. Recuperado de <https://www.sanarsaude.com/portal/residencias/artigos-noticias/reforma-psiquiatrica-brasil-mundo-psicologia>
- Silva da, Duciélma Rocha (2018) *Biopoder Na Concepção De Michel Foucault: O Poder Do Estado No Controle Da Sociedade – Piauí*.
- Silva, A. M. P. & Rojas, F. L. L. (2016). *Cartografia em Saúde: Mapeamento as Experiências, Desafios e Possibilidades no Cotidiano do Trabalho*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- SOUZA, E. M. Poder, diferença e subjetividade: a problematização do normal. *Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, Belo Horizonte, n. 1, p. 113-160, jun. 2014

- Teixeira, Manoel Olavo Loureiro. (2019). Pínel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540-560. Recuperado em 07 de maio de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Vilela E. N., & Mafra L. A. S. (2015). Estratégia saúde da família: contratação temporária e precarização nas relações de trabalho. *Caderno De Estudos Interdisciplinares*, 2(1). Recuperado de <https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/cei/article/view/410>
- Yasui, Silvio (2011) *Conhecendo as Origens da Reforma Psiquiátrica Brasileira: As Experiências Francesa e Italiana* - Rio de Janeiro.