



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**CAMILLA DE MELO SILVA**

***AFASTA DE MIM ESSE CALE-SE:*  
A MEDICALIZAÇÃO NA VIDA DE PESSOAS USUÁRIAS DE UM CAPS AD**

**CAMPINA GRANDE  
2020**

CAMILLA DE MELO SILVA

***AFASTA DE MIM ESSE CALE-SE:***  
**A MEDICALIZAÇÃO NA VIDA DE PESSOAS USUÁRIAS DE UM CAPS AD**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Área de Concentração:** Psicologia da Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso

CAMPINA GRANDE  
2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586a Silva, Camilla de Melo.  
Afasta de mim esse cale-se [manuscrito] : a medicalização na vida de pessoas usuárias de um CAPS AD / Camilla de Melo Silva. - 2020.  
175 p. : il. colorido.  
  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.  
"Orientação : Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso , Departamento de Psicologia - CCBS."  
1. Medicalização. 2. Medicamentação. 3. Posicionamentos identitários. 4. Práticas discursivas. I. Título  
21. ed. CDD 302

CAMILLA DE MELO SILVA

*AFASTA DE MIM ESSE CALE-SE:*

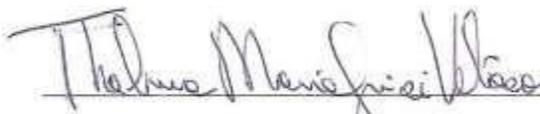
A MEDICALIZAÇÃO NA VIDA DE PESSOAS USUÁRIAS DE UM CAPS AD

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Área de Concentração:** Psicologia da Saúde

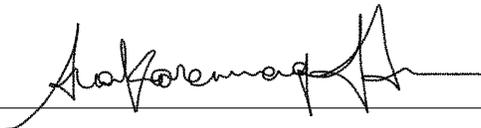
Aprovada em: 18/12/2020

**BANCA EXAMINADORA**



**Profa. Dra. Thelma Maria Grisi Veloso**

Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS/UEPB)  
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



**Profa. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim**

Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI/UFRN)  
Membro Externo



**Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho**

Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS/UEPB)  
Membro interno

## AGRADECIMENTOS

O ano é 2020. Um ano polissêmico. Um ano de atravessamentos.

Tecer agradecimentos num ano tão difícil é me colocar diante de memórias vivas de afeto. Diante do medo, das incertezas e das perdas, vi-me amparada por pessoas que se fizeram presentes. Por isso, penso que escrever uma dissertação num cenário tão áspero só me foi possível por estar rodeada por pessoas que acreditaram em mim e que estiveram ao meu lado desde o momento em que decidi me inscrever no processo de seleção do mestrado.

Agradeço à mainha – Cláudia Maria – por estar ao meu lado e por ser a minha referência de afeto e potência. Por me permitir acompanhar as suas (re)descobertas enquanto mulher e me deixar ser testemunha de sua caminhada. Ao seu lado me sinto maior.

Agradeço a painho – Vicente Eduardo Jr. – por estar sempre perto, ainda que de um modo sutil. Por me ouvir, me acolher e apoiar a minha trajetória.

Agradeço à Neide por nossa troca cotidiana e pelo fortalecimento. Sua risada desperta maravilhas em mim.

Agradeço à minha companheira – Camila Silva – por ter segurado a minha mão nos momentos de agonia. Por estar ao meu lado nesse belo processo de (re)invenção do amor. Pela parceria na arte, a serenidade no olhar e as canções no fim do dia.

Agradeço à minha família pelo apoio e pela constante presença.

Agradeço à minha orientadora – Thelma Maria Grisi Veloso – que me acolheu e acreditou em meu processo. Que me estimulou a viver os necessários deslocamentos. Aliás, que viveu todas as mudanças ao meu lado e, em nenhum momento, me deixou sucumbir.

Ao professor Luís Fernandes, que me recebeu com poesia e conversas extremamente potentes sobre os processos de pesquisa e de imersão no(s) campo(s). Minha passagem pela Universidade do Porto, durante a mobilidade acadêmica, tornou-se ainda mais rica com a s (co)orientação.

À professora Ana Karenina de Melo Arraes Amorim e ao professor Pedro de Oliveira Filho por aceitarem compor a banca de qualificação, assim como a de defesa desta dissertação, e me auxiliarem a ampliar os horizontes.

Agradeço à Maristela de Melo Moraes pela parceria e pela leveza. Por estar presente em meus processos – me apoiando não somente enquanto professora, mas, hoje, enquanto amiga. À Virgínia Teles Carneiro por me encorajar a abrir espaço para uma de minhas melhores versões: a de psicóloga. À Alyne Alvarez Silva por despertar em mim o desejo de ir sempre além. À Sibelle Barros por todo o compartilhamento.

Agradeço ao Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas (NUD/UFCG) por ter atravessado toda a minha caminhada enquanto graduanda de Psicologia. Foi a partir das experiências compartilhadas com todas, todos e todes que pude ultrapassar os muros da instituição e entender que a vida lá fora pulsa.

Agradeço às amigas e aos amigos – Deco, Thayna, Peixe, Cirinho, Naira, Pedro, Jana, Clara, Thays, Tiaguinho, Adolff, Alisson, Dani, Elli, João, Íris, Vivi, Aleff, Byanka, Liliane, Camilla Marques, Thaynara e Rachel – que estiveram comigo em momentos distintos, mas que nunca me deixaram esquecer o quanto sou rodeada por pessoas que vibram na frequência malemolente do amor e que me fazem acreditar que é possível, apesar de t-u-d-o. Obrigada pelos cafés, chás, cervejas e vinhos. Pelos escapes e respiros. Pelas risadas e lágrimas. Pela dança, poesia e música. Por serem alimento para a alma.

Agradeço à Nyele, que foi companhia constante durante essa jornada. Os nossos diálogos foram lugar de paz, de afeto e de fortalecimento. Que bom que estamos juntas.

Agradeço a Diana, Domitila e Luiza que, no além mar, me convocaram a mergulhar em águas desconhecidas e descobrir versões possíveis de mim. Estar com vocês durante minha passagem pela cidade do Porto foi, de longe, uma das experiências mais transformadoras que pude viver.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos que financiou e garantiu, durante alguns meses que eu pudesse me dedicar exclusivamente à pesquisa de mestrado.

Agradeço à Coordenadoria de Relações Internacionais (CoRI/UEPB) e ao Programa Santander Universidades pela concessão da bolsa de estudos que me possibilitou realizar o período de Mobilidade Acadêmica na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS/UEPB) pelo acolhimento.

Agradeço ao CAPSad II e às pessoas trabalhadoras pela abertura de portas – especialmente àquela (sim, é você mesma) que esteve me recebendo com brilho nos olhos e o desejo de romper com a rigidez do serviço. Você é uma profissional inspiradora.

Agradeço aos usuários e usuárias do CAPSad II. As palavras se tornam insuficientes para lhes dizer o quanto saio transformada dessa experiência. Obrigada pelas trocas realizadas em cada oficina, nas “salas de espera”, nas rodas de violão, na calçada e na varanda ventilada. Com vocês aprendi que cuidar é ampliar a vida. Cuidar é desviar do imposto e se dispor a escrever poesia em pedra dura. Que bom que pudemos nos encontrar.

## RESUMO

A história das drogas atravessou um longo percurso até elas serem compreendidas enquanto fenômeno social. O “mal da humanidade” como já foram declaradas em tantos momentos – em se tratando, é evidente, das ilícitas – é visto como grave problema de saúde pública e um constante desafio político e social – ainda que não seja novidade que existam lentes outras que são utilizadas para enxergar tal questão: lentes da moralidade, lentes da religiosidade, lentes da criminalidade. A partir do discurso da “guerra às drogas”, são viabilizadas práticas que, não sem violência, legitimam um regime de ódio que viola direitos, mina modos de existência e gera entraves nas possibilidades de cuidado, acolhimento e produção de autonomia. No Brasil, a partir da Luta Antimanicomial, os avanços da Reforma Psiquiátrica e a aprovação da lei 10.216/2001, são criados os serviços substitutivos ao modelo asilar. Dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) devem oferecer atendimento diário para pessoas que fazem uso “problemático” de álcool e outras drogas, construindo planos de acolhimento terapêuticos singulares que deveriam ser pautados na Redução de Danos (RD) enquanto estratégia de cuidado. Tais serviços, no entanto, têm sofrido constantes ataques, compondo o *hall* de retrocessos aos quais tem sido duramente submetida a saúde mental brasileira. Apesar do descrito e proposto, os serviços substitutivos ainda lidam com o desafio de ultrapassar as estratégias terapêuticas advindas do modelo hospitalocêntrico-asilar. Dito isto, inquieta-nos o fato de que a medicalização ainda se apresente como sendo a principal estratégia adotada nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais serviços veem-se atravessados por práticas medicalizantes e parecem não problematizar tal realidade. Assim, torna-se pertinente que pensemos a medicalização da vida para além da crítica ao saber médico e a prescrição abusiva de medicamentos para que possamos compreendê-la a partir de um jogo de forças que são representadas pelas Instituições, a Indústria, o Estado e pela própria sociedade. Dessa maneira, o presente trabalho de dissertação tem o objetivo de compreender como a medicalização se inscreve na vida das pessoas usuárias do CAPSad II de Campina Grande (PB). Para tal, os objetivos específicos são os seguintes: I) Analisar como usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si e como estes posicionamentos estão articulados com a medicalização; II) Entender o lugar que a medicalização ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II; e III) Identificar os sentidos produzidos pelo

processo de medicalização. Para atender aos objetivos propostos, nos embasamos, teórica e metodologicamente, no estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas e da linguagem em uso (M. J. Spink, 2010a). Assumindo o caráter qualitativo da pesquisa, foi realizada a observação participante no campo-tema e, posteriormente, feita a análise de discurso dos diários de campo. A partir desse movimento, foi possível compreender como a medicalização está inscrita não somente nos processos de cuidado e “tratamento”, mas em experiências de vida que, embora tenham sido relatadas durante as atividades no CAPSad II, assim como em conversas que aconteceram em outros momentos no serviço, passam pelo crivo medicalizante que compõe o cotidiano das pessoas. Assim, identificamos que os sentidos construídos pela medicalização as posiciona, por exemplo, definindo se tais pessoas estão ou não aptas para o mercado de trabalho; legitima a violação de direitos; define o modo como estas são posicionadas por familiares e vizinhos; e se elas terão um lugar para morar – levando em conta a presença ou ausência da abstinência; como também as relações afetivas que poderão ou não ser vividas. Muito ouvimos falar sobre o “tratamento” enquanto uma espécie de *script* a ser seguido e enquanto pré-requisito para a reinserção numa engrenagem social que não admite desvios. Desse modo, de maneira geral, a medicalização mostrou-se presentificada em posicionamentos identitários tais como o das pessoas usuárias do CAPSad II como sendo “problemáticas”, “desamparadas”, “sem credibilidade”, “agressivas”, “sem rumo”, “sem perspectiva”, “com dificuldades” – posições estas que são legitimadas a partir dos discursos médico, moral, religioso e jurídico, todos componentes do mesmo fenômeno e perpetuados no imaginário social. Em contrapartida, enquanto possível ruptura/resistência aos estigmas (re)produzidos, as pessoas se posicionam enquanto “boas/bondosas”, “tranquilas”, “vencedoras”, “aptas para o trabalho”. Sobre a medicamentação nos processos de cuidado, identificamos que esta ocupa um lugar central. A prescrição e o uso de medicamentos mostraram-se como sendo determinantes no serviço. A relação de “dependência”, o “controle” operado pelas drogas psiquiátricas, a manutenção da “estabilidade” e a relação com efeitos colaterais foram aspectos que surgiram. A diminuição do uso, uma possível retirada, assim como a busca por condições de manejo de questões do dia-a-dia também foram questões emergentes. Assim, partir das rupturas que se mostraram presentes no decorrer das análises, acreditamos que podemos investir forças coletivas no trabalho e na luta pela implementação de políticas públicas que pensem a

promoção de saúde a partir da garantia de acesso à educação, à moradia, à alimentação, ao lazer, dentre outros direitos que, como estes, dizem das “necessidades (singulares) de saúde”.

Palavras-chave: medicalização; medicamentação; diário de campo; posicionamentos identitários; práticas discursivas.

## **ABSTRACT**

The history of drugs has come a long way until drugs were understood as a social phenomenon. The “evil of humanity”, as they have been thought in so many moments - when dealing, of course, with illicit ones – is seen as a serious public health problem and as a constant political and social challenge – yet there are other lenses that are used to see this question: lenses of morality, lenses of religiosity, lenses of criminality. From “war on drugs” discourse, practices, scarcely non-violent, are made possible, and used to legitimize a hate regime that violates rights, undermines modes of existence, and poses obstacles for the possibilities of care, reception and production of autonomy. In Brazil, the Anti-asylum movement, advancements of the Psychiatric Reform, and the approval of Law 10.216/2001 have forced the creation of substitutes for asylum-based services. Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs (CAPSad) are among such substitutions, whose work is to offer daily assistance to people who binge drink alcohol and “problematically” use other drugs, building unique therapeutic reception plans mandatorily based, until very recently, on Damage Reduction (DR) strategies. Such services, however, have faced constant attacks, making up the list of setbacks to which Brazilian mental health has been harshly subjected. Despite of what was described and proposed, substitutive services still deal with the challenge of overcoming therapeutic strategies inherited from the hospitalocentric model. Medicalization still presents itself as the main strategy adopted in the services that make up the Psychosocial Care Network (RAPS). Such services are crossed by medicalizing practices and do not seem to strain this reality. Thus, we have to consider medicalization of life beyond the criticism of medical knowledge and the abusive prescription of medicines so that we can understand it as a game of forces whose participants are, among others, Institutions, Industries, the State and society itself. Thereby, the present dissertation work aims at understanding how medicalization is inscribed in the lives of people who use CAPSad II in Campina Grande, in the State of Paraíba. In order to reach this purpose, we have adopted the following specific objectives: I) to analyze how users construct their own identity positionings and how these positionings are linked to medicalization; II) to understand the place that medication takes in the care processes of CAPSad II users; and III) to identify the meanings produced by the medicalization process. To meet these objectives, we are, theoretically and methodologically, based on the study of the production of meanings from

the analysis of discursive practices and the language in use (M. J. Spink, 2010a). Considering the qualitative nature of this research, participant observation was performed in the theme field and, subsequently, discourse analysis of field diaries was carried out. So that it was possible to understand how medicalization is inscribed not only in the care and “treatment” processes, but in life experiences that, though reported during activities at CAPSad II, go through the medicalizing sieve that makes up people's daily lives. Findings show that meanings constructed by medicalization place people and define them, for example, indicating whether or not they are fit for the job market; they legitimize the violation of rights, and define how people are positioned by family members and neighbors, and whether or not they will have a place to live – taking into account the presence or absence of abstinence; as well as affective relationships that may or may not be experienced. "Treatment" is usually seen as a kind of script to be followed and as a prerequisite for reintegration into a social gear that does not allow deviations. So, in general, medicalization proved to be present in identity positionings such as in those of people using CAPSad II. For instance, they usually describe themselves as being "problematic", "helpless", "unreliable", "aggressive", "aimless", "hopeless", "troublesome" – positionings that are legitimized by medical, moral, religious, and legal discourses, all components of the same phenomenon, and perpetuated in social imagination. However, as possible rupture/resistance against stigmatization, people describe themselves as “good/kind”, “calm”, “winners”, “apt for work”. Regarding medicalization in the care processes, we identified that it plays a central role. The prescription and use of medications proved to be a determining factor in the service. "Dependence" and "control" relations operated by psychiatric drugs, maintenance of "stability" and side effects relations were aspects that emerged. The decrease in use, a possible withdrawal, as well as the search for conditions for handling daily issues also emerged. Based on ruptures that came up during the analyses, we believe that we can invest collective strength into the work and into the fight for the implementation of public policies that promote health through guaranteeing access to education, housing, food, leisure, among other rights that, like these, speak of “(unique) health needs”.

Keywords: medicalization; medicinalization; field journal; identity positioning; discursive practices.

## LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AMA</b>	<b>Sociedade Norte-Americana de Medicina</b>
<b>APA</b>	<b>Associação Americana de Psiquiatria</b>
<b>BDENF</b>	<b>Base de Dados de Enfermagem</b>
<b>BVS</b>	<b>Biblioteca Virtual em Saúde</b>
<b>CAPS</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial</b>
<b>CAPSad</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas</b>
<b>CFP</b>	<b>Conselho Federal de Psicologia</b>
<b>CID</b>	<b>Classificação Estatística Internacional de Doenças</b>
<b>CNS</b>	<b>Comissão Nacional de Saúde</b>
<b>CONEP</b>	<b>Comissão Nacional de Ética em Pesquisa</b>
<b>CT</b>	<b>Comunidade Terapêutica</b>
<b>CVSP</b>	<b>Campus Virtual de Saúde Pública</b>
<b>DF</b>	<b>Distrito Federal</b>
<b>DSM</b>	<b>Manual de Diagnóstico e Estatística</b>
<b>GAM</b>	<b>Gestão Autônoma da Medicação</b>
<b>INSS</b>	<b>Instituto Nacional do Seguro Social</b>
<b>LILACS</b>	<b>Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde</b>
<b>MEDLINE</b>	<b>Sistema <i>Online</i> de Busca e Análise de Literatura Médica</b>
<b>NUD/UFCG</b>	<b>Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas da Universidade Federal de Campina Grande</b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial da Saúde</b>

<b>O.P</b>	<b>Observação Participante</b>
<b>PB</b>	<b>Paraíba</b>
<b>RAPS</b>	<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>
<b>RD</b>	<b>Redução de Danos</b>
<b>RPb</b>	<b>Reforma Psiquiátrica Brasileira</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TAGV</b>	<b>Termo de Autorização de Gravação de Voz</b>
<b>TCC</b>	<b>Trabalho de Conclusão de Curso</b>
<b>T.I</b>	<b>Transcrição Integral</b>
<b>T.S</b>	<b>Transcrição Sequencial</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>UAMA</b>	<b>Universidade Aberta à Maturidade</b>
<b>UEPB</b>	<b>Universidade Estadual da Paraíba</b>
<b>UFCG</b>	<b>Universidade Federal de Campina Grande</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 1 – UM MERGULHO TEÓRICO</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b>	<b>Drogas não prescritas e saúde mental</b>	<b>24</b>
<b>3.2</b>	<b>Medicalização, patologização e medicamentação: o debate na Saúde Mental</b>	<b>29</b>
<b>3.3</b>	<b>O estudo da produção de sentidos a partir da linguagem em uso</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 2 – PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>50</b>
<b>4.1</b>	<b>O campo-tema da pesquisa</b>	<b>53</b>
<b>4.2</b>	<b>As pessoas participantes</b>	<b>58</b>
<b>4.3</b>	<b>Os instrumentos e seus usos</b>	<b>58</b>
<b>4.4</b>	<b>A análise dos diários de campo</b>	<b>61</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>63</b>
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 3 – ANALISANDO OS DIÁRIOS DE CAMPO</b>	<b>66</b>
<b>5.1</b>	<b>Os posicionamentos identitários das pessoas usuárias do CAPSad II: uma articulação com a medicalização</b>	<b>68</b>
<b>5.2</b>	<b>O lugar da medicamentação nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II</b>	<b>106</b>
<b>6</b>	<b>CAPÍTULO 4 – UM (RE)ENCONTRO COM A TEORIA</b>	<b>122</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES (QUE NÃO SE PRETENDEM) FINAIS</b>	<b>139</b>
<b>7.1</b>	<b>Encerrar para iniciar</b>	<b>139</b>
<b>7.2</b>	<b>Um porto com rupturas</b>	<b>145</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>149</b>
	<b>APÊNDICE A – REGISTROS DE INSTANTES VIVIDOS NO CAPSAD NOS ANOS DE 2019 E 2020.</b>	<b>156</b>
	<b>ANEXO A – RECOMENDAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO</b>	<b>163</b>
	<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>164</b>

<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	170
<b>ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)</b>	174

## 1 APRESENTAÇÃO

*"Ninguém melhor do que nós para falar sobre nós, pois o nó é nosso", disse-nos, em alto e bom tom, para o enorme auditório paulistano, o usuário de um serviço da saúde mental. Sua voz ainda ecoa, apesar dos anos passados. Outras vozes foram ouvidas. Novas histórias. Vidas atravessadas por flechas simbólicas lançadas por seres mascarados. Tolice. Seus rostos foram vistos - as vozes nos contam. Narram. Descrevem, minuciosamente, os traços. Rostos grossos. Rostos sedentos. As vozes não se calam diante das flechas. As vozes estão por toda parte. Ainda que a racionalidade opressora não queira ouvi-las, elas estarão emitindo seus sons.*

Vozes.  
Nós.

Quatro anos se passaram desde essa fala. O ano era 2016 e nós já estávamos diante de um processo de desmonte que se mostrava acelerado e atacava de maneira inveterada os avanços que haviam sido alcançados pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Hoje, em 2020, nos vemos frente a um tempo marcado por retrocessos históricos, políticos, culturais e sociais perversos e nada polidos. Estamos vivendo uma crise sanitária mundial que eclodiu com a pandemia do novo Coronavírus e, como se não bastasse tal realidade – que, faz-se necessário destacar, tem sido muito mais brutal para grande parcela da população, tendo em vista que as desigualdades sociais foram ainda mais evidenciadas – seguimos tentando sobreviver a uma crise sem precedentes no campo da Saúde Mental, e “assistimos” à consolidação da denominada “Contrarreforma Psiquiátrica”. Novos muros estão sendo construídos – agora sob a forma de Decretos que objetivam nos paralisar. Decretos que colocam em risco a autonomia de sujeitos, e que se pautam não pelo cuidado, mas pela perseguição e a captura de grupos marginalizados (Delgado, 2019; Lima, 2020; Nunes, 2020).

Escrever uma dissertação de mestrado que se pretende ética e politicamente contextualizada mostra-se como um grande desafio, não somente pelos atravessamentos que se fizeram presentes no decorrer da realização da pesquisa e o modo como esta foi alterada devido ao contexto no qual estamos inseridas; mas pelas implicações que emergem diante do emaranhado de retrocessos que também estiveram presentes durante a nossa inserção no campo-tema.

Um desafio que não começa a ser encarado a partir da escrita dessas linhas, mas durante o próprio percurso trilhado por mim<sup>1</sup> ainda na graduação de Psicologia quando, através da participação no Programa de Educação Tutorial (PET Fitoterapia), no PET GraduaSUS e no Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas (NUD-UFCG), me aproximei do dito “mundo das drogas”. Inicialmente, confesso, encarado como um mundo distante do que nós, acadêmicas em seus “pedestais”, considerávamos ser o nosso mundo. Ledo engano. Não há um universo paralelo. Não se trata de outro mundo. Há, é verdade, paredes e grades – simbólicas ou não – que tentam nos distinguir. Contudo, me dispus (e sigo me dispondo) a ultrapassá-las. Do olhar reducionista que via “dependentes químicos”, passei a enxergar pessoas. Foram as experiências vividas nos serviços de saúde mental de Campina Grande/PB, mais pontualmente no CAPSad II<sup>2</sup>, que me fizeram seguir com o desejo de estar nesse lugar. Foi o encontro com usuários e usuárias que me impulsionou a iniciar uma pesquisa que se dispôs a falar não mais **sobre** estas pessoas, mas falar **com** elas. Ouvi-las.

“Esse silêncio todo me atordoia. Atorreado eu permaneço atento. Na arquibancada, há qualquer momento, ver emergir o monstro na lagoa”<sup>3</sup>.

Desse modo, a presente dissertação – ora seguindo os ritmos de uma dança já iniciada no trabalho de conclusão de curso, no qual foi feita uma análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental com o objetivo de compreender de que maneira vem sendo (e se vem sendo) debatida a questão da medicalização da vida, de maneira mais ampla, na Saúde Mental brasileira (C. M. Silva, 2018); ora descobrindo ritmos outros a partir do encontro com novos pares – se propôs não apenas enquanto atividade de pesquisa para obtenção de título, mas enquanto possível instrumento político. Buscamos, desse modo, compor uma caixa de ferramentas para a resistência<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Consideramos pertinente destacar que optamos por utilizar a primeira pessoa do singular nos momentos em que a orientanda estiver trazendo experiências por ela vividas.

<sup>2</sup> O município de Campina Grande/PB conta com a existência de dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, sendo um deles o CAPSad II, no qual são acolhidos pessoas usuárias adultas, e o outro o CAPSad III, que funciona durante 24h e acolhe crianças e adolescentes.

<sup>3</sup> Versos da música *Cálice*, de Chico Buarque e Gilberto Gil – canção que dá nome a esta pesquisa.

<sup>4</sup> A partir do que propõem de Duarte e César (2019, p. 36), torna-se pertinente destacar que “ao se associar à noção de crítica, a resistência deve ser entendida como um conjunto de práticas de liberdade, isto é, como exercícios e experiências críticas de autotransformação e de transformação dos outros, com os quais interagimos politicamente”.

## 2 INTRODUÇÃO

Falar sobre substâncias psicoativas, é falar sobre a história da humanidade. A farmacologia define “drogas” como sendo qualquer substância que tenha princípio ativo e que seja capaz de alterar e/ou modificar o nosso estado físico e/ou psíquico. São várias as terminologias adotadas – *phármakon*, *narkum*, *toxicum* – e para cada uma delas há um contexto de emergência. Ou seja, cada terminologia responde às demandas e às necessidades localizadas historicamente e imbricadas nas relações de poder e saber (M. L. Silva, 2015).

Foi a partir do século XX que o uso de drogas passou a ser entendido como sendo um problema de ordem social para o qual foram exigidas, de distintos setores sociais e governamentais, medidas específicas para a lida com tal questão (Costa & Paiva, 2016). Não tardou até que as drogas passassem a ser compreendidas como um mal a ser combatido e, sendo assim, alvo da histórica “Guerra às Drogas” (Araújo, 2014). Tal guerra segue uma lógica repressiva e medicalizante que localiza em uma substância a “culpa” diante da “dependência”. Dessa maneira, por meio do discurso científico que se apoia no modelo organicista – o qual coloca o uso de drogas como sendo uma doença e/ou incapacidade do sujeito diante da “dependência química” – a questão das drogas passa a ser reduzida a “sintomas” e “efeitos” no corpo, assim como às consequências do uso entendido como sendo “abusivo” ou “compulsivo” (Galindo, Moura, Mélo, & Bichara, 2020).

Do mesmo modo, a “dependência” de substâncias também foi capturada pelo discurso médico e passou a ser integrada na Classificação Internacional das Doenças (CID) (Moraes, 2005). Além da “dependência” enquanto terminologia que foi apropriada pelo discurso médico de modo a patologizar os usos, mencionamos, ainda, as definições de uso “problemático” e/ou “abusivo”, o “vício”, além da noção de “recaída” enquanto parte do processo patologizante que abre espaço para a legitimação de “tratamentos”<sup>5</sup>.

Atualmente, as pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas integram as mesmas políticas públicas e sociais e passam pelas mesmas intervenções que são o foco da RPB (Brasil, 2001). Nesse contexto, após a aprovação da lei 10.216/2001 e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos principais articuladores da Rede de

---

<sup>5</sup> Neste trabalho estaremos fazendo uso de tais definições e, para localizá-las enquanto terminologias de apropriação médica, optamos por fazer uso das aspas.

Atenção Psicossocial (RAPS); os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) surgem enquanto serviços para acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, compondo a rede intersetorial e tornando-se dispositivo fundamental da política de saúde mental (Brasil, 2003).

Os CAPSad, conforme consta nos documentos oficiais, devem oferecer atendimento diário para pessoas que fazem uso “problemático” de álcool e outras drogas, construindo planos de acolhimento terapêuticos singulares e pautados na Redução de Danos (RD) enquanto estratégia de cuidado (Brasil, 2004) – perspectiva que, como mencionado, tem sido atacada no cenário político atual e que, antes mesmo dessa realidade, ainda se mostrava bastante tímida nos serviços de portas abertas. Ou seja, ainda que sejam propostas estratégias de cuidado que venham a romper com o reducionismo medicalizante e organicista, tem-se enquanto realidade a marcante presença da “abstinência” enquanto estratégia de “tratamento”, logo, a presença massiva da medicalização da vida.

Conforme apontam Campos et al. (2014), de acordo com o guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), o tratamento baseado em psicofármacos (medicamentação) ainda é o mais utilizado nestes espaços de substituição aos manicômios e espaços asilares, colocando em segundo plano outras formas de pensar o cuidado das (e com as) pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação – entendidas como práticas eficazes no diálogo com os sujeitos e tecnologias leves de cuidado (Merhy & Feuerwerker, 2009). Assim, a medicamentação, parte constituinte da medicalização, se apresenta enquanto estratégia de contenção que em muito reforça as práticas “engessadas”.

A medicalização, conforme discutem Freitas e Amarante (2015), tem se apresentado enquanto um fenômeno que tende a reduzir as experiências humanas e, claro, o próprio ser humano, a questões medicáveis ou não. Apesar de amplamente discutido, o conceito de medicalização, ainda hoje, nem sempre ultrapassa a centralização e a crítica ao saber médico (Camargo Jr., 2013).

Desse modo, a medicalização da vida não é por nós compreendida apenas enquanto uma crítica a um saber localizado, assim como não é reduzida à prescrição e consumo desenfreado de medicamentos. A entendemos enquanto fenômeno atravessado por forças motrizes que são subjacentes aos processos e que impulsionam a expansão da medicina – e dos ditos “saberes da saúde” – sobre diferentes necessidades sociais, como, por exemplo, as

situações de vulnerabilidade que expressam modos de vida e identidades (Minakawa & Frazão, 2016). Tais forças motrizes, conforme os autores, dizem das instituições, da indústria, do Estado e da própria sociedade.

No que diz respeito à relação que é estabelecida entre a pessoa usuária do serviço de saúde mental e o processo de medicalização ao qual é submetido sem que lhe seja dada, muitas vezes, a oportunidade de escolha – ainda que esta seja um direito a ser garantido – e compreendendo o medicamento como sendo o objeto fim de toda a caminhada medicalizante, perpassada por diversos atores sociais e instituições, surgiram as inquietações que nos incitaram à realização da presente pesquisa. Ora, inquieta-nos pensar que o controle dos corpos, pela via da medicalização e da medicamentação, ainda se apresente como sendo a principal alternativa escolhida nos serviços que compõem a RAPS.

Dentre as inquietações que nos levaram a querer dialogar com as pessoas que transitam e ocupam – enquanto usuárias – um serviço de saúde mental, e aqui definimos o CAPSad II, de Campina Grande/PB, enquanto campo-tema; vale destacar, como já mencionamos, a que diz de uma experiência prévia vivenciada através de atividades de extensão acadêmica neste espaço. Durante os trabalhos realizados, as pessoas usuárias do serviço, a partir de rodas de conversas e oficinas de criatividade, traziam para o debate, em diferentes momentos, questões sobre seus processos terapêuticos e apontavam o uso de psicofármacos como sendo uma questão central no cuidado. Para além disso, foram mencionadas relações – dentro e fora do serviço – que só se apresentavam como possíveis a partir de um uso prévio de um medicamento, assim como um acompanhamento médico de rotina.

Foram apresentados recortes de uma realidade e suas singularidades que não deve reduzir, contudo, todo o trabalho ali desenvolvido, assim como não podemos cair no engodo da generalização. Porém, esta breve experiência nos convocou a ir além. Desse modo, desejando seguir com o que havia iniciado enquanto graduanda, submeti-me ao processo seletivo do mestrado em Psicologia da Saúde. Após a seleção, adentrei no programa de pós-graduação e, após um ano, o projeto proposto foi devidamente qualificado – possibilitando, assim, a minha imersão no campo-tema. Entretanto, cabe-nos destacar que algumas mudanças se fizeram necessárias no decorrer da pesquisa.

Quando eu já estava frequentando o CAPSad II e realizando a observação participante, fomos surpreendidas com a pandemia do novo Coronavírus e tivemos o nosso movimento interrompido a partir do necessário isolamento social ao qual precisamos aderir. As atividades do CAPSad II foram suspensas por um tempo e, diante disso, as trocas que vinham acontecendo foram interrompidas.

O objetivo geral da pesquisa, tal qual havia sido proposto inicialmente, era compreender, a partir da análise de relatos de Histórias de Vida, como a medicalização se inscreve na trajetória das pessoas usuárias do CAPSad II, de Campina Grande (PB). Além da observação participante, para atender ao objetivo mencionado, estaríamos realizando entrevistas com algumas pessoas usuárias do serviço, de modo que, a partir delas, fossem construídas as narrativas que comporiam as histórias de vida que seriam analisadas. Uma das entrevistas chegou a ser realizada, assim como transcrita. No entanto, o nosso objetivo precisou ser reformulado e adaptado à nova realidade, uma vez que, reconhecendo a potencialidade dos diários de campo que tínhamos em mãos, apostamos em utilizá-los como sendo o material a ser analisado. Assim, o objetivo da pesquisa aqui apresentada, após reformulações foi compreender, tendo como instrumento de análise os diários de campo, como a medicalização está inscrita na vida das pessoas usuárias do CAPSad II. Para além disso, enquanto objetivos específicos de nossa pesquisa, buscamos; I) Analisar como os usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si e como estes posicionamentos estão articulados com a medicalização; II) Entender o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II; e III) Identificar os sentidos produzidos pelo processo de medicalização.

Para tal, assumindo o caráter qualitativo da pesquisa e adotando enquanto perspectiva teórico-metodológica que nos serviu enquanto orientação, estivemos nos amparando na proposta de estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas. A produção de sentidos está filiada à perspectiva construcionista – que é entendida não enquanto uma teoria, mas um movimento que não assume o objetivo de ditar verdades e engessar práticas, mas, ao contrário, se posicionar criticamente diante do mundo e do próprio fazer científico. A linguagem em uso é compreendida enquanto prática social e isto diz da interface que há entre os aspectos performáticos da linguagem – que respondem ao “quando”, “em que condições”, “com que intenção” e “de que modo” – e as condições nas quais foi

produzida – pensando tanto no contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas (M. J. Spink, 2010b; M. J. Spink & Frezza, 2013; M. J. Spink & Medrado, 2013).

Para justificar a escolha e pertinência do CAPSad II enquanto campo-tema, assim como a temática por nós definida, cabe-nos mencionar que, levando em conta os objetivos de nosso trabalho, através de um levantamento bibliográfico realizado por meio de busca eletrônica inicialmente realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) – uma das principais ferramentas de sistematização e indexação de terminologia em artigos que é utilizada pelos periódicos nas ciências da saúde, de maneira geral, e na psicologia – pudemos constatar a ausência de pesquisas realizadas com propostas que viessem a corroborar o que nos dispúnhamos a pesquisar – a saber, a inscrição da medicalização na vida de pessoas usuárias do CAPSad.

Assim, utilizando os descritores “medicalização” – tendo sido feito o truncamento para *medic\** – “saúde mental” e “CAPSad”, com delimitação temporal entre os anos de 2002 e 2020, e busca no contexto brasileiro; foram encontrados 55 trabalhos, entre artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Os trabalhos foram identificados na Lilacs, BDEF – Enfermagem, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos, Coleção SUS, MEDLINE, CidSaúde - Cidades saudáveis, Sec. Est. Saúde SP e CVSP - Brasil.

Foi realizada a leitura de todos os resumos e, no caso dos trabalhos que apresentavam a discussão sobre a medicalização, foi feita a leitura dos textos completos – totalizando em 09 trabalhos lidos. Estes foram importantes para que pudéssemos entender o que vem sendo debatido em pensando a medicalização no CAPSad enquanto campo-tema. No entanto, não encontramos uma discussão mais pontual sobre o modo como a medicalização é entendida nesses contextos, assim como o modo que esta se apresenta na vida de usuários e usuárias. Tal aspecto foi de grande valia para que tenhamos atentado para a pertinência de nosso trabalho e, mais do que isso, o desafio de aprofundar a temática.

Reiterando o que já foi dito, pois é importante que não sejam desconectados de nosso trabalho os retrocessos sociais e políticos aos quais temos sido expostas, o cuidado voltado para pessoas que fazem e/ou fizeram uso problemático de drogas está em risco. O cuidado está sendo atacado, a partir do momento que políticas como a de RD é colocada em segundo

(ou último) plano em detrimento do retorno à imposição da abstinência. O cuidado está sendo atacado quando o (des)governo do país desloca verbas da saúde pública para investir em novos manicômios – vide o apoio e investimento voltado para Comunidades Terapêuticas (CT's), por exemplo. É diante de tais ataques que estamos assumindo nossa posição não somente enquanto pesquisadoras, mas enquanto militantes da Luta Antimanicomial.

Assim, esta dissertação está organizada em **quatro capítulos**, além da presente introdução e das “Considerações (que não se pretendem) finais”. De modo a auxiliar na visualização geral da mesma, falaremos brevemente a respeito de cada um deles.

O **Capítulo 1**, intitulado “Um Mergulho Teórico”, como o próprio nome já sinaliza, diz respeito ao nosso referencial teórico. Para fins de organização, o capítulo foi dividido em três subtópicos – o que não implica numa fragmentação teórica, tendo em vista que as temáticas abordadas dialogam e formam esse mar reflexivo de possibilidades no qual nos dispomos a mergulhar. Desse modo, tecemos algumas considerações, respaldadas no que tem sido proposto na literatura, sobre as drogas não prescritas e o modo como são posicionadas na saúde mental; sobre as discussões teórico-reflexivas a respeito da medicalização, da patologização e da medicamentação no âmbito da saúde mental; e sobre algumas considerações acerca do estudo da produção de sentidos a partir da linguagem em uso.

No **Capítulo 2**, intitulado “Percurso metodológico”, apresentamos como se deu a nossa caminhada no decorrer da pesquisa. Iniciamos colocando que trata-se de uma caminhada que, desde o seu ponto de partida, em nada se mostrou linear, mas multidirecional. Assim, são apresentados não somente os direcionamentos metodológicos que nos possibilitaram realizar a nossa pesquisa – tecendo considerações sobre o campo-tema, as pessoas participantes, os instrumentos utilizados e as considerações éticas – mas também como se deu a não-linearidade metodológica e as constantes negociações necessárias.

No **Capítulo 3**, o qual intitulamos “Analisando os diários de campo”, são apresentadas as análises dos diários de campo de modo que elas possam sustentar a discussão a qual nos propomos com esta dissertação. Desse modo, estivemos dialogando com os objetivos que foram por nós empregados como sendo balizadores de nosso trajeto. Este capítulo apresenta dois subtópicos que dão conta dos nossos objetivos específicos, isto é, aborda a articulação dos posicionamentos identitários, construídos pelas pessoas usuárias,

com a medicalização; o lugar da medicamentação nos processos de cuidado do CAPSad II; e os sentidos construídos pelo fenômeno da medicalização.

O **Capítulo 4**, por sua vez, foi intitulado “Um (re)encontro com a teoria”. Nele colocamo-nos num movimento de (re)encontro com proposições teóricas que nos possibilitaram refletir sobre as análises apresentadas em nosso terceiro capítulo. Desse modo, foi possível estabelecermos um diálogo com os objetivos de nossa pesquisa e ampliarmos nossas reflexões. Nesse sentido, pudemos (re)acessar algumas questões que surgiram no decorrer das análises – tendo em vista que outras foram discutidas no próprio corpo do texto analítico. Ao nos debruçarmos na teoria, no entanto, não tivemos o intuito de colonizar as experiências dos usuários e usuárias do CAPSad II com proposições teóricas e médico-científicas que tanto se afastam da vida cotidiana e se voltam para as substâncias e/ou as doenças – patologizando as existências – mas enquanto possibilidade de potencializarmos os encontros e irmos além dos argumentos medicalocêntricos que se recusam a ampliar o debate e atentar para o que há de complexo e singular no serviço de saúde mental.

Diante disso, seguimos. Aqui estão as linhas e entrelinhas do que foi vivido. Apostamos em uma experiência que muito nos mobilizou e é sobre ela que estaremos falando daqui para frente. O que virá depois dela? Não temos certeza. No entanto, reiteramos que “é preciso estar atento e forte/ não temos tempo de temer a morte”, como cantou Caetano Veloso<sup>6</sup>. Faz-se necessário, pois, o movimento e o encontro. É preciso (e possível) inventarmos caminhos outros. Se a academia ainda nos permite isto, que o façamos.

---

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.letras.com/caetano-veloso/44718/>

### 3 CAPÍTULO 1

#### UM MERGULHO TEÓRICO

##### 3.1 Drogas não prescritas e saúde mental

Iniciamos este capítulo fazendo uso de um clichê: desde que o mundo é mundo o ser humano faz uso de drogas – seja para fins recreativos, medicinais, ritualísticos e/ou outros. Segundo Nery (2010, p. 15), “os humanos usam drogas porque se tornaram humanos”, ou seja, tal uso está ligado à própria existência – ou à consciência dela, diríamos. De acordo com M. L. Silva (2015), é possível compreender enquanto droga, à luz da farmacologia, toda e qualquer substância que venha a causar alteração no estado físico e/ou psíquico de um indivíduo. A autora apresenta que, para os gregos, o termo que poderia ser pensado à equivalência seria o *phármakon* – ou “aquilo que poderia causar o bem ou o mal, a vida ou a morte” (M. L. Silva, 2015, p. 2). Esta terminologia, que pode remeter tanto a um remédio quanto a um veneno, acaba se aproximando do uso que fazemos, hoje, dos medicamentos, uma vez que, a depender da dosagem utilizada, podem se distanciar da perspectiva de cura e se tornar a causa de diversos problemas (Méllo, 2016).

Outra terminologia proposta diz do *narkum*, que foi atualizado para o termo “narcótico” e utilizado desde a Era Moderna “para designar as substâncias psicoativas independente do efeito que causavam ao organismo” (M. L. Silva, 2015, p. 22). No latim, temos o *toxicum*, que se referia às flechas envenenadas manuseadas pelos povos bárbaros enquanto armas em suas guerras. Atualmente, encontramos diversas nomenclaturas que podem ser pensadas como sendo sinônimo do termo droga, mas que têm significados reformulados a depender do campo que representam. Fármaco, narcótico, tóxico, entorpecente, substância psicotrópica/psicoativa, etc., são algumas dessas (M. L. Silva, 2015). São terminologias possíveis para uma definição que percebemos como não estanque. Assim, sentidos são produzidos a partir dos contextos nos quais tais terminologias são empregadas e, para além disso, por quem são empregadas – sendo não somente definidas a partir da realidade nas quais estão inseridas, mas também o modo como passam a serem aceitas ou excluídas ou, ainda, determinadas enquanto lícitas ou ilícitas.

No decorrer do século XX foi vivenciado um cenário no qual o abuso de drogas passou a ser configurado enquanto um problema de ordem social e para o qual foram

exigidas, de distintos setores sociais e governamentais, medidas específicas para a lida com tal questão (Costa & Paiva, 2016). Assim, a história das drogas atravessou um longo percurso até assumir a atual configuração e hoje elas são percebidas como fenômeno social e ocupam o centro de conflitos da sociedade (Karam, 2000). O “mal da humanidade”, como historicamente passaram a ser declaradas – em se tratando, é evidente, das ilícitas – é configurado como grave problema de saúde pública e um constante desafio político e social – ainda que saibamos, como já foi dito, que existam lentes outras que são utilizadas para enxergar tal questão: lentes da moralidade, lentes da religiosidade, lentes da criminalidade.

Lentes estas que encontram no discurso de “guerra às drogas” um lugar confortável para justificar toda e qualquer prática que, violentamente, legitime um regime de ódio que viola direitos, mina modos de existir (Alvarez & Vicentin, 2017) e, não tardiamente, gera entraves nas possibilidades de cuidado, uma vez que o discurso não está afastado das práticas cotidianas (M. J. Spink, 2010a), ao contrário, ele emerge enquanto legitimação das mesmas. Logo, a partir das visões negativas e estigmatizantes sobre o uso de drogas, os processos de trabalho no âmbito da saúde mental – o qual também estaremos debatendo neste trabalho – mostra-se colonizado por tal discurso, influenciando na atitude de profissionais e tornando-se obstáculo para a implementação de ações sobre a temática das drogas; a qualidade de tais ações; a busca e adesão aos processos de “tratamento” por parte das pessoas usuárias; além de problemas de vários âmbitos psicológicos, de saúde e sociais das mesmas (Costa & Paiva, 2016)

A dita “questão das drogas” vai além das definições, que servem a uma possível orientação teórico-metodológica para o debate, mas não dão conta de sua pluralidade. Desse modo, para além de uma apresentação conceitual que pudesse vir a definir o que aqui estamos chamando de “droga”, consideramos pertinente a explanação feita por Costa (2017), quando o autor, citando Pillon e Luís (2004), apresenta cinco modelos explicativos para o entendimento das dimensões da problemática ligada ao consumo das drogas.

Tais modelos podem, em alguma medida, coexistir – não apenas apresentando relações entre si, como também se reforçando. São eles: i) modelo ético-legal, que diz da concepção vinculada ao discurso da segurança social e aos profissionais do Direito, colocando o uso de drogas, pontualmente as ilícitas, num lugar de transgressão ocupado por grupos específicos de pessoas com atitudes desviantes e/ou imorais e que requerem

interferências baseadas em sanções legais. As drogas, nesse modelo, são entendidas enquanto causadoras de danos individuais e sociais e, para tal, cabem intervenções de caráter punitivo que são operadas através dos sistemas legislativo, judiciário e policial; ii) modelo moral, que responsabiliza os indivíduos pelo problema causado por seu comportamento, leia-se: o uso de drogas reduzido a uma perspectiva individualista e descontextualizada; iii) modelo médico ou de doença, que, como o próprio nome indica, medicaliza a experiência do indivíduo com determinada substância psicoativa e a reduz ao estatuto de doença, necessitando de uma intervenção médica voltada, hegemonicamente, para a abstinência. Fala-se em dependência (e/ou em vício) enquanto um conjunto de sintomas clínicos; iv) modelo psicológico ou psicossocial, que engloba o aprendizado social – propondo que o comportamento é aprendido a partir da imitação e/ou da observação – a interação familiar – que diz da predisposição ao uso por parte de pessoas que tenham tal “exemplo” nos contextos familiares e/ou passem por situações de distanciamento, negligência e tensões – e os traços da personalidade do indivíduo; e v) modelo sociológico ou sociocultural, que percebe a problemática das drogas como sendo o resultado de um número de forças sociais e não limita a questão à experiência individual, mas, ao contrário, a localiza nas relações sociais – atravessada por múltiplos determinantes – e culturais (Costa, 2017).

Ao falarmos em substâncias psicoativas, falamos sobre pessoas e seus usos. Sobre “usuários de drogas” e suas experiências. Estes, a partir do século XVIII, com o advento do saber médico, foram definidos como parte integrante do grupo daqueles que fogem da norma: os loucos, os pobres, as prostitutas, os libertinos e os insanos. Desse modo, conforme aponta Petuco (2016), as pessoas usuárias de drogas passaram a ser envolvidas nos mesmos jogos de exclusão e confinamento aos quais a doença mental estava relacionada.

Para além do modo como as pessoas usuárias de drogas passaram a ser identificadas e tratadas, cabe-nos mencionar que a “dependência” de substâncias também é capturada pelo discurso médico e, em 1893, é integrada na CID (Moraes, 2005). Mais tarde, em 1969, a OMS revisa o termo e introduz a definição de “farmacodependência” (Bucher, 1992 como citado em Moraes, 2005). Desse modo, atualmente, as pessoas com uso problemático de drogas ilícitas integram as mesmas políticas públicas e passam pelas mesmas intervenções que são o foco da RPb (Brasil, 2001).

Apesar dos retrocessos já em curso e das barreiras impostas, tais como o incentivo às internações psiquiátricas e, no tocante à questão do uso de drogas, ao financiamento de comunidades terapêuticas com ações que se fundamentam numa abordagem proibicionista que exclui a RD enquanto política de cuidado e pauta-se na lógica da abstinência (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020), a RPb e o processo de desinstitucionalização vêm sendo historicamente marcados por uma luta que almeja a superação das internações em manicômios, o consequente fechamento de hospitais e a construção de estratégias e serviços com participação da comunidade, o cuidado ampliado para o contexto social, a quebra das correntes de violência e exclusão que foram legitimadas pelas instituições (Rotelli, Leonardis, & Gomes, 2001), a garantia de direitos e o tensionamento dos modelos vigentes de atenção às pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. Com o avanço das pautas dos direitos humanos e a crescente visibilidade dada aos manicômios e suas práticas de tortura às pessoas ali internadas, na segunda metade dos anos 1970, cresceu o interesse em derrubar não apenas os espaços físicos, mas também sua lógica de funcionamento – que se comparavam a verdadeiros campos de concentração semelhantes aos nazistas (Arbex, 2013).

Com as proposições do processo de desinstitucionalização, o modelo hospitalocêntrico e medicalizante, respaldado por uma sociedade disciplinar guiada por saberes que almejavam a (super)produção de corpos dóceis e produtivos (Foucault, 2000) – pontualmente o saber médico/psiquiátrico – passaram a ser entendidos enquanto colaboradores de uma sistemática invalidação de ampla categoria de pessoas (Cooper, 1982). Ou seja, invalidação daqueles que fugiam da norma e desestabilizavam a ordem social que lhes era imposta.

A trajetória da nossa Reforma Psiquiátrica começou a ser traçada num contexto marcado por enfrentamentos que davam cada vez mais força ao Movimento de Reforma Sanitária. Neste período, estavam sendo fortalecidas as frentes de combate ao modelo de saúde que até então, mostrava-se em vigor. Buscava-se mudanças nos modelos de atenção e de gestão das práticas. Defendia-se a saúde coletiva e a equidade na oferta dos serviços era entendida como basilar e definidora para o novo modo de se pensar a saúde. Entendia-se o protagonismo dos atores – profissionais e usuários dos serviços – como necessário para que se tornasse possível a emergência de tecnologias de cuidado que dissessem das reais

necessidades da população e que, para além disso, adentrassem os territórios, desatassem os nós e potencializassem sujeitos (Brasil, 2005).

Com a aprovação da lei 10.216/2001, o modelo assistencial em saúde mental passa a ser reorientado (Brasil, 2001). Desse modo, os CAPS, serviços substitutivos implantados maciçamente no Brasil, paralelamente à diminuição significativa de leitos e hospitais psiquiátricos (Amarante, 2003), passam a ser configurados como um dos principais articuladores da RAPS. Nesse contexto, a implantação dos CAPSad, volta-se para o “tratamento” e atenção para/com os problemas decorrentes do uso de drogas, tornando-se o dispositivo prioritário da política de saúde mental (Brasil, 2003).

Os CAPSad, conforme consta nos documentos oficiais, devem oferecer atendimento diário para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, construindo planos de acolhimento terapêuticos singulares e pautados na Redução de Danos enquanto estratégia de cuidado (Brasil, 2004) – perspectiva que, como já mencionado, tem sido atacada no cenário político atual e que, antes mesmo dessa realidade, ainda se mostra bastante tímida nos serviços de portas abertas. É pensada a realização de intervenções que visem limitar o estigma culturalmente associado ao “tratamento”. Desse modo, cabe aos CAPSad o desenvolvimento de atividades que podem ser individuais – inserindo aqui o tratamento medicamentoso e o psicoterápico – assim como coletivas – com a realização de oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (Brasil, 2004).

Dito isto, os novos modelos de atenção passaram a favorecer que “as análises e intervenções sobre a questão do uso de drogas, seus impactos na vida dos usuários, bem como o cuidado a ser ofertado” (Costa & Paiva, 2016, p. 1010) se tornassem de responsabilidade dos setores da saúde pública a partir da perspectiva biopsicossocial em detrimento da hospitalocêntrica. No entanto, apesar do que está descrito em cartilhas e cadernos temáticos, enquanto documentos-base para orientação, e de estarem respaldados por políticas públicas de saúde e em consonância com os pressupostos da RPb, os serviços substitutivos e seus profissionais ainda são confrontados em suas práticas cotidianas com o desafio de romper com estratégias terapêuticas advindas do modelo hospitalocêntrico.

Embora muito se fale sobre o modelo biopsicossocial, podemos observar o imperativo “da etiologia biologicista, a concepção fragmentada de saúde, esquecendo-se a relevância dos aspectos sociais, psicológicos e ecológicos como mediadores dos processos saúde-

doença” (Traverso-Yepez, 2001, p. 49). Assim, de acordo com Costa e Paiva (2016), a proposta de “homem biopsicossocial” e integral é pensada e externada, mas a prática cotidiana se mostra contraditória – o que não implica em desconsiderarmos todas as contribuições e avanços do conhecimento que vêm da medicina e suas áreas afins, mas torna-se pertinente a compreensão de que é pela via da interdisciplinaridade – e não da centralidade no saber biomédico – que podemos conceber a pessoa usuária de drogas em sua integralidade biopsicossocial.

### **3.2 Medicalização, patologização e medicamentação: um debate na saúde mental**

O conceito de medicalização tem sido amplamente debatido e não é de hoje. Foi a partir da década de 60 que o debate passou a ganhar corpo no campo da psiquiatria a partir de Barbara Wootton e Thomas Szasz, ganhando espaço também na sociologia da saúde (Minakawa, 2016). Após a atenção dada à medicalização enquanto conceito a ser entendido e difundido, levando em conta a sua complexidade, outros autores e autoras passam a aprofundar seus estudos. No entanto, tal conceito, ainda hoje, nem sempre ultrapassa a centralização e o tensionamento do saber médico e esta é uma crítica que merece destaque, uma vez que, diante da ampla variedade, divulgação e utilização conceitual, a medicalização foi sendo transformada em princípio explicativo universal, sendo entendida quase que como uma teoria conspiratória com aplicabilidade generalizada, tendo sido o conceito esvaziado, em alguma medida, de seu significado (Camargo Jr., 2013). Assim, ainda que sejam explicações fortuitas e que devem ser levadas em consideração para que possamos avançar com o diálogo, é importante evidenciar em quais perspectivas nos apoiamos para seguirmos com nossas reflexões.

Numa obra com forte apelo crítico e notas de acidez pouco discretas, Ivan Illich (1975) assume uma “tarefa política”, conforme sinaliza, e faz uma análise da dita “empresa médica” – enquanto mais uma integrante da tóxica sociedade industrial. Segundo o autor, “a empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja compartilhado” (Illich, 1975, p. 6). Não se trata, contudo, apenas de uma análise da medicina enquanto área do saber, mas todo o conjunto de práticas ditas “da saúde” – o próprio autor, anos mais tarde,

revisitou sua obra e afirmou um deslocamento da medicina enquanto centro, compreendendo que a medicalização é um processo sócio cultural que a ultrapassa (Silva & Canavêz, 2017).

Para Illich (1975), a medicalização da vida se coloca como maléfica por três motivos:

Primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transformou-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para continuar sendo explorado. (Illich, 1975, p. 6-7)

A partir disso, o autor orienta sua análise crítica respaldando-se em três grandes “efeitos colaterais” da medicalização – as quais ele nomeia de *iatrogênese clínica*, *iatrogênese social* e *iatrogênese cultural* – responsáveis, principalmente, pela grave perda de autonomia das pessoas diante de suas experiências de vida. Mais tarde, já em 1992, Ivan Illich avança um pouco mais em sua proposição e se dá conta de uma outra forma de iatrogênese: a do *corpo* (Tabet, Martins, Romano, Sá, & Garrafa, 2017). A iatrogênese, de maneira sucinta, seria o adoecimento causado pela própria medicina ou pelo ato médico – seja por procedimentos, seja por uso indevido de medicamentos, por exemplo. Arriscamos dizer que iatrogênese seria uma espécie de metalinguagem do sofrimento – tal qual é a própria “empresa médica” – uma vez que adocece quem busca sanar sua(s) dor(es).

A *iatrogênese clínica* diz dos efeitos secundários, e não menos diretos, causados pelos aparatos técnicos e terapêuticos aos quais as pessoas são submetidas: os medicamentos – seus efeitos colaterais, a prescrição e uso abusivos, a associação com outras drogas, a qualidade, a validade, etc. – os procedimentos (e invasões) cirúrgicos, os exames geradores de novos diagnósticos – que o autor chamou de “não-doença iatrogênica”, mostrando que ela passa a se manifestar “sob a forma de invalidez, exclusão da vida social, angústia e, bem frequentemente, sintomas funcionais, tudo com origem no diagnóstico e tratamento prescrito” (Illich, 1975, p. 26), dentre outros.

A *iatrogênese social*, por sua vez, diz do “efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (Illich, 1975, p. 31).

Há, segundo o autor, uma perda da autonomia na ação dos indivíduos que se encontram em desarmonia diante do seu meio social e físico. Assim, o meio “tende a se organizar sem ele e contra ele” (Illich, 1975, p. 31). Alguns dos indicadores da iatrogênese social são: I) a medicalização do orçamento – que relaciona o bem estar com o nível de saúde nacional bruta e uma ilusão de que o grau de cuidados em saúde é definido a partir das curvas de distribuição (e consumo) dos produtos oferecidos pela instituição médico-farmacêutica, ou seja, quanto mais são consumidos os produtos das profissões médicas, maior será a falsa ideia de saúde; II) a invasão farmacêutica; e, dentre outros, III) o controle social pelo diagnóstico – a partir da medicalização das categorias sociais e da “etiquetagem iatrogênica” das diferentes etapas da vida, ou seja, a naturalização da ideia de que precisamos sempre de cuidados médicos “de rotina” em qualquer momento da vida, assim “o homem fica encaixotado num meio feito para membros de sua categoria, conforme concebe o especialista burocrático encarregado de sua gerência. Em cada um desses lugares, o indivíduo é instruído a seguir o comportamento que convém” (Illich, 1975, p. 43).

A *iatrogênese cultural*, também conhecida como *estrutural*, está relacionada com a colonização médica. Uma colonização das práticas tradicionais que produzem saúde. Uma apropriação das mesmas a ponto de afastar da sociedade a sua capacidade de autogestão. Ela se vê frágil e dependente, uma vez que “a instituição assume a gestão da fragilidade e, ao mesmo tempo, restringe, mutila e paralisa a possibilidade de interpretação e de reação autônoma do indivíduo em confronto com a precariedade da vida” (Tabet, Martins, Romano, Sá, & Garrafa, 2017, p. 1194). É retirado do ser humano a sua capacidade de produzir o que, culturalmente, compreende como sendo saúde. De acordo com Illich (1975), para a instituição médica não há a possibilidade de existência da dor – o bem estar é, desse modo, diretamente relacionado à ausência do sofrimento.

Por fim, e um pouco mais tarde, o referido autor apresenta a *iatrogênese do corpo*. O autor amplia seu olhar e se desloca da empresa médica e sua produção inveterada de uma suposta saúde, voltando-se para os meios de comunicação, as grandes indústrias e outras “manipulações” terapêuticas. De acordo com Tabet et al. (2017, p. 1195), a iatrogênese do corpo “exalta e promove a produção de um corpo sadio em uma busca patogênica. (...) Baseia-se na idolatria do corpo e de sua saúde, alimentado pela mídia, pelas academias de cultura física e pela indústria da dieta”.

Assim, diante do surgimento de qualquer sensação de desconforto no corpo – seja ele de ordem física ou emocional – é recorrente a busca por uma ajuda especializada profissional. Espera-se que tais profissionais deem conta da demanda e coloquem o corpo de volta à “normalidade”, em perfeito funcionamento a partir da exclusão e/ou controle da tais questões “patológicas”. É fortalecida uma estrutura política e social que nos apresenta, a partir do seu saber-poder, um arsenal de terapias que nos ensinaram a desejar (Illich, 1975) – e sem as quais não nos vemos sem. Ou seja, à ciência e ao saber entregamos nossas demandas. Colocamos à mesa o nosso corpo-banquete para que dele se sirvam os que se sentam ao seu redor.

Desse modo, conforme propõe Foucault (2017), há um saber legitimado cientificamente que coloca a clínica em um lugar de poder. Ela sabe de nós, melhor do que nós. Ela faz, como numa espécie de recorte, o molde do que é ideal e espera que caibamos no mesmo. Trata-se de um estado saudável a ser alcançado – o normal. E a norma, de acordo com Foucault (2005, p. 302), “é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar”. Assim, se há fuga do que é pressuposto, é preciso que se assuma um estado de assujeitamento à medicalização e o seu olhar clínico – o único que tem condições de nos (re)colocar dentro da normalidade. É, pois, voltando-se para determinado tipo de funcionamento ou de estrutura orgânica que a medicina estrutura seus conceitos e passa a prescrever as suas intervenções, assim como esta vem a ser uma técnica política de intervenção que assume efeitos de poder que lhes são próprios. (Foucault, 2017). Assim, a medicina é entendida como “um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (Foucault, 2005, p. 302). Ela opera em prol do governo da vida.

Sobre isto, cabe-nos acessar o que é proposto por Michel Foucault e colocar que, na modernidade, a visão de poder se concentra na gestão sobre a vida, na produção de forças de vida e não somente no controle e governo do território, as riquezas e o mercado. Para além disso, fala-se no governo das populações, no controle e na medicalização de modo a favorecer seu crescimento e suposto bem-estar. Assim, surge uma tecnologia de poder – o biopoder – que se encarrega do corpo e da vida “ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, com o pólo do corpo e o pólo da população” (Foucault, 2005, p. 302). Tal poder não

mais subtrai a vida em suas potencialidades – conforme operava o poder soberano – mas busca maximizá-las tanto num nível individual, quanto populacional. É, conforme o autor, o “poder de fazer viver e deixar morrer”.

Há um investimento sobre a vida de todas as formas, apresentando-se enquanto tecnologia de poder que assume duas faces, seja a partir da sujeição dos corpos através das instituições disciplinares como a família, a escola, o exército, os hospitais e as prisões, por exemplo; seja imbricado aos problemas que dizem respeito à população e os quais exige controle – natalidade, mortalidade, saúde pública, habitação, mercado, dentre outros (Foucault, 2005).

A vida da biopolítica, conforme infere Caponi (2016), partindo do conceito foucaultiano, não utiliza enquanto referência a vida de sujeitos que possam escrever a narrativa de sua história. Ao contrário, a biopolítica “se refere a sujeitos anônimos e intercambiáveis, cujas histórias carecem de significação, pois do que se trata é de populações, de corpos substituíveis que devem ser maximizados e aperfeiçoados e não de sujeitos morais e suas próprias ações” (Caponi, 2016, p. 107). É uma estratégia que em nenhuma medida se coloca enquanto ingênua, pois é assumida de modo que, exercendo o governo sobre os outros, a partir de critérios “científicos” e “validados de classificação” e que privilegia formas de intervenção brutais, tal qual a farmacológica; seja possível excluir e silenciar o governo de si (Caponi, 2016).

Assim, a biopolítica possibilita, por exemplo, a classificação do sofrimento e o objetiva – vide o que tem sido feito e retroalimentado a cada nova edição do (quase religioso) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM. A existência é capturada pelo discurso especializado, que reduz o sofrimento ao negativo: falta de serotonina ou noradrenalina ou quaisquer outras *inas*. Para isso é dada uma resposta farmacológica, de tal modo que “esse processo nos inibe de exercer plenamente o governo sobre nós mesmos, mantendo-nos no registro da minoridade, da cômoda obediência a mandados externos” (Caponi, 2016, p. 112).

Há um controle daquilo que tem caráter acidental, do aleatório e do que foge à norma, ameaçando uma espécie de “homeostase social” idealizada, a qual pode ser entendida como bem-estar físico, emocional e/ou social. Desse modo, a medicalização localiza uma condição social (ou comportamento individual), tida como indesejável, no campo das patologias

(Freitas & Amarante, 2015). Cabe aos especialistas a missão de adequar os humanos ao que é exigido pelo poder, segregando e reprimindo aqueles que se recusam a estar dentro da lei social (Berlinguer, 1976). Assim, o sujeito que perturba a ordem, passa a ser medicalizado e medicamentado para ser aceito.

Ainda compondo uma espécie de teia conceitual a qual começamos a tecer apresentando a medicalização enquanto ponto de partida, enfatizamos a patologização da vida enquanto parte do fenômeno da medicalização. Entendemos a patologização como sendo um processo pelo qual as experiências da vida cotidiana passam a ser categorizadas enquanto doenças. Conforme mencionam Freitas e Amarante (2015, p. 13), “em princípio tudo pode ser patologizado, na medida em que não nos faltam motivos para sofrimento. É inerente à nossa existência as sucessivas experiências físicas ou emocionais de que não gostamos”. Ainda de acordo com os autores, em um passado não tão distante, considerávamos tais experiências, que hoje são etiquetadas enquanto patologias, como sendo realidades comuns a serem enfrentadas com nossos recursos naturais e socioculturais – que foram conquistados ao longo dos milhares de anos da civilização.

Para Fonseca e Jaeger (2015, p. 33), a patologização pode ser entendida, ainda, enquanto procedimento psiquiátrico que

Sai dos territórios bem demarcados dos manicômios e alonga-se por meio de mecanismos heterogêneos, cada vez mais fortes, mais ampliados, mais estendidos, intervindo na vida mais comum. Em nome da segurança e da proteção social, a Psiquiatria toma para si, o poder sobre a vida, determinando o direito soberano de vida e de morte: se não tratar, se não seguir a prescrição exata, se não tomar a medicação... morrerá....

A psiquiatria – aliada à indústria farmacêutica – opera no processo de patologização para controlar a vida. Produz doenças para que a indústria possa obter êxito na expansão de seus amplos negócios. Desse modo, a partir da patologização, a medicina passa a ser entendida enquanto instituição com maior poder de controle social e passa a ocupar um lugar que antes era ocupado pela igreja e pelas leis (Freitas & Amarante, 2015).

Ainda sobre o poder da medicina e, mais pontualmente, da psiquiatria, atentamos para outro conceito que compõe nossa teia conceitual e que em muito dialoga com os que já foram apresentados: a psiquiatrização da vida. De acordo com Ferrazza (2013, p. 15),

Esse processo de ampliação dos discursos e práticas psiquiátricas, aqui denominado de psiquiatrização da existência, pode ser compreendido como um modo de transformar algo ou alguém em objeto do saber, da prática, ou da tutela médica. Nessa perspectiva, os fenômenos relacionados à subjetividade e à existência humana vêm sendo transformados em queixas de âmbito médico-psiquiátrico, em sintomas de supostos “transtornos mentais” [grifo do autor] e, finalmente, em categorias diagnósticas que sustentariam as práticas de tutela psiquiátrica, as indispensáveis prescrições psicofarmacológicas e as atuais internações manicomiais.

Assim, a psiquiatria enquanto saber-poder que, na década de setenta, passou a ser questionado frente à ausência de evidências para a sua prática e, diante disso, encontrou como solução a superprodução de diagnósticos e, conseqüentemente, a psiquiatrização da experiência humana (Whitaker, 2020)<sup>7</sup>; localiza os problemas na pessoa reduzindo-a a reações químicas cerebrais – o dito “mito do desequilíbrio químico” – e nega os diversos aspectos da realidade social que influenciam nos processos de adoecimento.

Surge-nos, por fim, outro conceito que consideramos de grande importância para o que aqui estamos começando a debater: o da medicamentação. Sobre este, apresentamos uma colocação pertinente – e para nós indispensável – feita por Dênis Petuco (2016, p. 57-58):

Convém citar ainda um outro conceito, que muitas vezes se confunde com a medicalização. Se esta compõe com a doença mental, sem que sejam a mesma coisa, compõe também com a medicamentação. Não é incomum que os dois conceitos sejam confundidos, e que se descreva a medicalização como uma prática que se expressa na prescrição indiscriminada de medicamentos. Mas não: nunca é demais repetir que a medicalização descreve a captura de fenômenos sociais no âmbito da medicina, ao passo que a medicamentação problematiza a posição central do uso de medicamentos nas práticas de cuidado em saúde, bem como o poder da indústria farmacêutica.

Tal discussão nos é cara por trazer à baila a necessária distinção entre, principalmente a medicalização, que assume um lugar de fenômeno socialmente construído e a medicamentação, um dispositivo que emerge como uma espécie de materialização, em consonância com outras práticas, dos sentidos que são produzidos pelo fenômeno da medicalização.

---

<sup>7</sup> Colocação feita durante a participação do autor no 4º Seminário Internacional - A Epidemia das Drogas Psiquiátricas: Patologização em Tempos de Pandemia. Disponível em: <https://youtu.be/-H9anRzTeiY>.

Identificamos, pois, uma espécie de movimento cíclico, espiralado e perverso: a medicalização, a partir do discurso, produz sentidos que passam a definir e demandar práticas cada vez mais específicas e especializadas que encontram, na medicamentação, uma resposta rápida, rentável e aceita sem grandes questionamentos – ou melhor, sem a possibilidade de ousados questionamentos. Assim, a medicamentação encontra na medicina e na psiquiatria, campo com o qual buscamos dialogar – e/ou sobre o qual são lançados os nossos questionamentos – um lugar confortável para se sustentar, e vice-versa.

Whitaker (2017) não mede esforços ao apresentar uma série de questões que dizem da aliança entre a medicina e a indústria farmacêutica. Elas são potentes para fortalecer o debate, uma vez que servem de bússola na reflexão que aqui propomos. De acordo com o autor, a relação entre essas duas entidades que se posicionam, sem falsa modéstia, como detentoras de um poder inquestionável, data da década de 1950, quando a Sociedade Norte-americana de Medicina (AMA) se rendeu, descaradamente, à sua nova aliada.

Essa relação nem sempre se colocou de tal modo, uma vez que a AMA, inicialmente, assumiu um papel de vigilante das drogas que eram produzidas e comercializadas, por pequenas empresas, sem nenhuma fiscalização. Algumas eram feitas à base de ervas e outras, “de marca registrada” e vendidas sem receita, possuíam ingredientes “secretos”. Aos poucos, os médicos se tornaram referência por garantirem “o bem” à população – que passou a ter acesso a medicamentos apenas se estes tivessem o seu “selo de garantia” e segurança. Havia um lugar de prestígio e os consultórios começaram a ser um lugar seguro para quem quisesse ter acesso a antibióticos e/ou novos medicamentos (Whitaker, 2017). Aqui localizamos a ascensão da classe médica. Começaram a ser produzidos produtos cada vez mais potentes e a corrida assumida pela indústria farmacêutica estava marcada pela conquista de boa percepção (e recepção) por parte dos médicos.

A postura de “cão de guarda”, pouco a pouco, foi se enfraquecendo, pois os interesses da AMA começaram a dialogar com os da indústria farmacêutica. Inicialmente, em 1952, a Sociedade de Medicina para de publicar o anuário sobre “medicamentos úteis”. Logo depois, permite a publicação e divulgação de remédios que não estavam passando por seu Conselho de Farmácia e Química. Já não é mais feita a avaliação dos remédios e o orçamento voltado para o Conselho sobre Drogas cai repentinamente. A mudança mais brutal se apresenta com a contestação, por parte da AMA, de uma proposta que visava a fiscalização da indústria

farmacêutica. A medicina, e seus representantes, assumiram, por fim, sua relação grotesca – que até hoje perdura – com a indústria farmacêutica. Se uniram e passaram a trabalhar juntas na confecção de novas (e potentes) drogas (Whitaker, 2017).

A mídia – representada por jornais e revistas – passa a ser palco para a divulgação dos produtos e o mercado de fármacos se mostra como rentável para todos os atores envolvidos. “As empresas farmacêuticas tiveram lucros que as transformaram nas ‘queridinhas de Wall Street’ [grifo do autor]” (Whitaker, 2017, p. 72). Os médicos, que controlavam o acesso a receitas, aumentaram exponencialmente seus lucros. O fluxo de troca, nessa relação, se mostra, pois, de maneira muito clara: quanto mais (novos) medicamentos, mais receitas. Quanto mais receitas, mais lucro. E o retorno: quanto mais lucro, mais a necessidade de produção de novos medicamentos. Para tal, uma coisa se fazia (e se faz) essencial: a produção de demandas para a (re)produção, logo, a produção de doenças.

Conforme Whitaker (2017, p. 72), “era esse o ambiente, na década de 1950, em que as primeiras drogas psiquiátricas foram introduzidas no mercado. O público estava ansioso por saber dos remédios milagrosos, e era exatamente essa a história que a indústria farmacêutica e os médicos do país estavam ansiosos por contar”. Segundo o autor, contaram de tal forma que a droga psiquiátrica Thorazine foi exposta pela *Time* como “a droga milagrosa de 1954” que, segundo a revista, “tinha um desempenho excepcional”, uma vez que quando consumida, permitia que os pacientes sentassem e mantivessem conversas sensatas como há meses não conseguiam fazê-lo. Além disso, conseguiam comer e dormir tranquilamente.

Não tardou muito para que a Thorazine fosse considerada em um grau de importância desproporcional. Tais drogas davam respostas rápidas ao que se era esperado, uma vez que transformavam seres humanos em pessoas “sadias” e “racionais”. “O *New York Times*, numa série de reportagens em 1954 e 1955, chamou o Thorazine de pílula ‘milagrosa’ [grifo do autor], que levava a ‘paz de espírito’ [grifo do autor] e a ‘liberdade da confusão’ [grifo do autor] a pacientes psiquiátricos” (Whitaker, 2017, p. 73). Outras drogas ganharam espaço. Passaram a possibilitar o tratamento não apenas de “psicóticos internados”, mas também de “neuróticos ambulatoriais”.

Essa história não tem fim – ao contrário, parece se renovar numa espécie de *loop* infinito.

É enxergando, minimamente, a dimensão do fenômeno da medicalização que pretendemos assumir o ato de navegar num oceano, nada Pacífico, chamado “saúde mental”. É identificando a problemática megalomaniaca da medicamentação que almejamos sair de um lugar de angústia para nos localizarmos num lugar de potência.

Poderíamos abrir mão da distinção e especificidade da dita “saúde mental”, levando em conta o pertinente tensionamento feito por Mélo (2018) quando o autor nos convida a repensar o isolamento que fazemos da “saúde mental” em detrimento de uma suposta saúde “não mental” – ou “saúde” apenas. O autor nos alerta para o dualismo ao qual, costumeiramente, nos rendemos. Ao fazer determinadas escolhas, parece que estamos separando o “corpo” e a “mente”, a “patologia mental” e a “patologia orgânica”, a “objetividade” e a “subjetividade”. Esse afastamento pode se apresentar como sendo uma espécie de armadilha que acaba por capturar – caso não estejamos atentas – os modos como entendemos tais questões e, conseqüentemente, o modo como são pensados o cuidado e as práticas profissionais, “criando uma complexa configuração da assistência em saúde que tem conseqüências práticas nos modos de atendimentos oferecidos nos equipamentos de saúde” (Mélo, 2018, p. 54).

Ainda que neste trabalho de dissertação, para fins didáticos, assumamos a saúde mental enquanto ponto de partida, de trânsito e/ou de chegada, consideramos pertinente elucidar nossas escolhas. Não se trata de afastá-la de uma saúde “não mental”. Não se trata, sequer, da escolha de uma em detrimento de outra. Optamos por manter o termo afastado das aspas para dialogarmos com os espaços que dizem desse campo de saberes e práticas, assim como suas políticas, seus atores e suas atrizes.

No Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que realizei no Curso de Graduação em Psicologia, foi feita uma análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental objetivando identificar e problematizar o que foi discutido, até o momento, sobre a medicalização (e a medicamentação) no contexto da saúde mental brasileira. Foi analisado o que tem sido discutido, no contexto brasileiro, sobre os processos de desinstitucionalização das práticas e dos corpos, assim como o que foi debatido sobre a medicalização e a medicamentação. Por fim, a pesquisa procurou identificar qual o lugar que o medicamento ocupa nos cuidados (e nos serviços) de (e com a) saúde mental (C. M. Silva, 2018).

Algumas categorias foram criadas e debatidas, mas para o que estamos buscando discutir, cabe-nos apresentar algumas. Consideramos pertinente mencioná-las pelo fato de conseguirmos visualizar, minimamente, o que veio sendo (ou não) debatido nas Conferências – que, nunca é demais ressaltar, são encontros de grande importância para a saúde mental, uma vez que mobiliza grande número de atores e atrizes do campo, tais como pessoas gestoras, profissionais dos serviços, representantes das comunidades, usuários e usuárias, familiares e, na última realizada, levando em conta seu foco na intersetorialidade, pessoas representantes de outros dispositivos da assistência.

Dessa maneira, foram encontradas, no decorrer da leitura dos quatro relatórios, um total de 120 menções relacionadas com a temática. Dentre as categorias criadas, as que mais apresentaram menções estão relacionadas com a “garantia de acesso e distribuição” de medicamentos (32 menções); “supervisão e controle de substâncias e medicamentos” (13 menções); “controle da prescrição” (11 menções); “uso racional e seguro” (12 menções); e “financiamento e investimentos” (17 menções). De maneira mais tímida, foram dispostas categorias como “fuga do modelo organicista” (2 menções); “a medicalização mascara problemas” (3 menções); “desmedicalização” (3 menções); “medicamentação enquanto adoecedora” e “indústria farmacêutica: controle do Estado” (com 1 menção cada); “capacitação para atuação na atenção básica” (2 menções); e “práticas integrativas e complementares” enquanto alternativa ao modelo medicamentoso (4 menções) (C. M. Silva, 2018).

Considerando os documentos oficiais, a política de saúde mental brasileira apresenta limites no que diz respeito a discussão sobre a medicalização e a medicamentação. Há um foco no fortalecimento de um suposto lugar do medicamento enquanto via principal de cuidado, uma vez que os holofotes se voltam para a garantia do acesso e a distribuição ou ainda para o financiamento e investimento de aparatos técnicos, por exemplo. Com isso não afirmamos que não é de grande valia o esforço por fiscalizar, regulamentar e controlar tais tecnologias de cuidado. Do mesmo modo que não estamos negando a importância e necessidade, em muitos casos, das mesmas. Contudo, ainda que sejam tensionadas as práticas medicalizantes, o movimento reflexivo se mostra tímido.

Deparamo-nos, mais uma vez, com a institucionalização, apesar de toda a luta do Movimento Antimanicomial e dos (supostos) avanços da Reforma Psiquiátrica. Percebemos

um processo estanque que não diz somente dos discursos proferidos e/ou ausentes, mas dos sentidos que estes produzem e que reverberam nas práticas e nos modos de se pensar o cuidado. Assim, conforme afirmam e questionam Bulhões, Vasconcelos e Escócia (2015, p. 48-49),

Em um momento em que os processos de desinstitucionalização tendem a se alinhar desde Caps e, muitas vezes, a neles se encerrar, movimento que justificaria alguns apelidos pouco elogiosos como um “capscômio” [grifo dos autores] ou um modelo “capscêntrico” [grifo dos autores], parece ser preciso manter uma atitude investigatória de estranhamento do que está dado, interrogando práticas: Para que serve mesmo? Como atualizá-las, potencializando modos de fazer, saber, dizer e conviver? Com isso, estaremos, em certa medida, novamente institucionalizando processos instituintes. Como não burocratizá-los e institucionalizá-los?

Como já explicitamos, entendemos que a medicalização vai além do processo de apropriação, pelo saber médico, das experiências cotidianas – individuais e/ou coletivas – e dos corpos ou, num recorte mais pontual, da psiquiatrização da vida, enquanto postura de domínio de uma existência, e é materializada, muitas vezes, sob a égide da contenção química pelo medicamento. Há, pois, um suposto ser em desencontro com o que foi e o que poderia vir a ser – “se a maré das circunstâncias [psiquiátricas] não tivessem lhe banhado nas águas do equívoco”<sup>8</sup>. Um ser prisioneiro de um saber que lhe diz até onde poderá se movimentar. Em um texto sensível e potente, Rodriguez, Perron e Ouellette (2008, p. 135) apresentam um testemunho que retrata o que estamos trazendo para o debate:

A psiquiatria é como uma prisão, como uma prisão química dentro de mim, você não pode ir trabalhar, não pode nada o tempo todo quando você está sob efeito dos medicamentos. Se você quiser um dia sair da psiquiatria e ainda assim quiser tomar medicamentos, você não pode. A suspensão é tão difícil que você fica novamente doente. É preciso que seja um médico que suspenda. Isso faz com que você não tenha liberdade. Tenho a impressão de ter sempre necessidade de ajuda química comigo. Eu (não) era livre. Muitas vezes, eu quis ter minha liberdade para não me sentir prisioneiro.

Do mesmo modo, Simas (2018, p. 43) nos convoca:

---

<sup>8</sup> Trecho poema que foi declamado pela cantora Maria Bethânia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=o82jW6IoGgA>

O freio mental de um antipsicótico é um dos efeitos mais desagradáveis que pode existir em termos de viver. É difícil descrever, mas ele tem o efeito de forte punição e esta é, com a mais absoluta certeza, a principal razão em reagir. É preciso ser medicado antes de se chegar à necessidade dessas dosagens.

O saber psiquiátrico é “fissurado” pelo diagnóstico, pelo controle e, conseqüentemente, pela medicalização. Esta se justifica, não de hoje, pela necessária inserção e consolidação da psiquiatria, antes vista como distante, no *hall* das “verdades científicas” do conhecimento médico – algo que fora conquistado a partir de tentativas insistentes de comprovação e medicalização das doenças “da mente” (Cooper, 1982). Uma das obras da literatura farmacológica, que, diga-se de passagem, é lida por todo estudante de medicina, confirma este movimento ao estampar na página inicial do capítulo intitulado “Psicofarmacologia”: “o impacto que os psicofármacos tiveram na terapêutica psiquiátrica foi revolucionário” (Cosser, 2010, p. 47).

É mantida uma “medicina do patológico e da doença” e o “anormal”, incurável e perigoso é medicalizado. A psiquiatria vai se apropriando dos estados ditos “desviantes” e “degenerados”, tendo acesso e autorização social a toda e qualquer ingerência indiscriminada dos “comportamentos” humanos – e aqui não podemos deixar de localizar as pessoas usuárias dos CAPSad. Assim, é engendrado todo um mecanismo que “reforça a tautologia psiquiátrica estendida à Psicologia, ao Serviço Social, ao serviço educacional: circunscrever comportamentos anormais, fixar em classificações, gerenciar para que sejam controlados. Em nome da proteção, toda e qualquer referência de anormalidade será circunscrita ao âmbito da medicalização” (Fonseca & Jaeger, 2015, p. 32).

De acordo com os autores, nos vemos diante de um paradoxo: falamos em uma saúde mental que tem como carro chefe um saber-poder que opera numa lógica de “patologização permanente” e que parece estar empenhado no papel de produzir doenças que respondam às demandas medicalizantes. Este poder não se limita à psiquiatria e é necessário que não percamos isto de vista. Ele está em circulação em práticas distintas e, como bem colocam Fonseca e Jaeger (2015, p. 33), “sai dos territórios bem demarcados dos manicômios e alonga-se por meio de mecanismos heterogêneos, cada vez mais fortes, mais ampliados, mais estendidos, intervindo na vida mais comum”.

### 3.3 O estudo da produção de sentidos a partir da linguagem em uso

Para que seja possível navegar no amplo oceano onde está localizada a pesquisa científica, faz-se necessário encontrar portos nos quais possamos ancorar, ainda que temporariamente, a nossa prática e as nossas reflexões. Não significa, contudo, que estamos buscando nos fixar em um único lugar, mas é preciso reconhecer a necessidade de utilizarmos uma bússola que nos oriente. Bússolas que nos levem a tais portos. Neles pausamos, trocamos, vivenciamos encontros, somos afetadas e afetamos os outros, produzimos e, vivido tudo isso, podemos seguir com o nosso percurso. Desse modo, apresentamos neste tópico o nosso aparato teórico-metodológico: o estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas e da linguagem em uso.

A produção de sentido, conforme apresentam M. J. Spink e Frezza (2013), é uma forma de conhecimento que está filiada à perspectiva construcionista. Por isso, antes de adentrarmos nas práticas discursivas e em alguns conceitos pontuais, consideramos importante traçar algumas linhas a respeito do construcionismo.

Podemos, de pronto, anunciar que o construcionismo social é por nós apreendido a partir das proposições (e inquietações) de autores e autoras como Kenneth Gergen e Mary Gergen – mas não só eles, uma vez que falamos em construcionismos (M. J. Spink, 2010b). Gergen e Gergen (2010) pensam o construcionismo não como uma teoria, mas como um movimento. De acordo com Mélló, Silva, Lima e Di Paolo (2007), alguns autores e autoras assim o definem por não haver o objetivo de ditar verdades e engessar práticas, mas, ao contrário, se posicionar criticamente diante do mundo e do próprio fazer científico. O construcionismo, enquanto tal, “ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas)” (K. Gergen, 2009, p. 301). É uma perspectiva que busca fazer uma articulação entre as formas compartilhadas de entendimento do modo como existem no tempo presente, como existiram num tempo passado e como virão a existir.

De acordo com M. J. Spink (2010), a perspectiva construcionista traz consigo vários apontamentos sobre o modo como podemos nos posicionar diante do conhecimento. Gergen e Gergen (2010) apresentam também o construcionismo enquanto ferramenta para o tensionamento do óbvio, da dita Verdade, daquilo que se mostra enquanto bom e do que é imposto. Por isso, é preciso abrir mão da visão representacionista do conhecimento que pensa

a mente como sendo um espelho do mundo. E aqui mencionamos a necessária desconstrução da retórica da verdade: “para o construcionismo, entretanto, a verdade é a verdade de nossas concepções, de nossas instituições, de nossas relações, de nossos acordos sociais” (M. J. Spink, 2010b, p. 13),

Sobre isto, cabe destacar:

Uma das coisas mais fascinantes sobre o nosso próprio compromisso com as ideias construcionistas é a incessante criatividade que elas estimulam. Aqueles que buscam a Verdade procuram reduzir o mundo a um conjunto fixo e único de palavras. Declarar A Verdade é congelar profundamente as palavras, reduzindo desta forma o reino das possibilidades para o surgimento de novos significados. Em contraste, os construcionistas preferem o diálogo constante e aberto, no qual há sempre lugar para outra voz, outra visão e outra revisão, e para uma expansão adicional na esfera da relação (Gergen & Gergen, 2010, p. 35)

Outra compreensão necessária é a de que o conhecimento é algo que as pessoas fazem/produzem em coletividade e não em um movimento solitário a partir do qual entendemos o mundo em que vivemos. Ou seja, fala-se em uma teoria social do conhecimento (M. J. Spink, 2010a). Aposta-se que podemos construir novos mundos enquanto conversamos – ou seja, na interação. Na relação. É proposto: “ao conversar, ouça novas vozes, levante questões, avalie metáforas alternativas e brinque nas fronteiras da razão, porque, assim, atravessaremos o limiar dos novos mundos de significado. O futuro é nosso para que o criemos... juntos” (Gergen & Gergen, 2010, p. 22).

De acordo com M. J. Spink e Frezza (2013), Thomas Ibáñez (1994) aponta algumas desconstruções e pressupostos que se fazem necessários para que uma postura construcionista seja adotada. Para ele, pensando o pressuposto ontológico, é imprescindível que abandonemos a dicotomia sujeito-objeto – tão comum no fazer científico tradicional – uma vez que tanto o sujeito quanto o objeto são construções sociais e, desse modo, não se separam e são passíveis de problematização e de desfamiliarização.

Com relação aos pressupostos epistemológicos, é proposto que o conhecimento não representa a realidade, pois não há como distinguirmos o que entendemos sobre o mundo e o que é o mundo propriamente dito. Ou seja, não temos como saber como seria um mundo material, se não fosse o modo como damos sentido a esse mundo. Há ainda o pressuposto da natureza humana, que diz do conhecimento tomado enquanto prática social, ou seja, “os

objetos e critérios de verdade são produções sociais que se institucionalizaram por meio de processos de habituação” (M. J. Spink, 2010b, p. 11). De um ponto de vista metodológico, o construcionismo assume para a pesquisa uma postura de desnaturalização. O mundo vivido e a historicidade de nossas práticas são, assim, percebidos radicalmente como sendo sociais (M. J. Spink, 2010a). Não há o natural, mas aquilo que é construído em contextos sociais de troca.

Contudo, precisamos pontuar, não significa dizer que “tudo vale” – como colocam as críticas a um possível relativismo do construcionismo – mas que é necessário abrir-se ao debate. Questionar. Esse movimento, como afirma M. J. Spink (2010b, p. 17), “força a reflexão sobre os efeitos de nossas práticas em pesquisa”.

Ainda que de maneira breve, ao apresentarmos algumas questões que emergem enquanto imprescindíveis para a compreensão das proposições do construcionismo social, surge também a necessidade de fazermos alguns apontamentos com relação às críticas que são direcionadas a este movimento enquanto proposta que vai de encontro ao que se apresenta como óbvio, natural e legítimo. A primeira delas diz ainda do já mencionado relativismo – ancorado no discurso de que o construcionismo tudo aceita.

Uma vez que se assume enquanto uma vertente do historicismo de Hegel, o construcionismo compreende como sendo construções humanas e, por isso, resultado de nossas experiências, as convenções, a cultura, as práticas e peculiaridades; todos os critérios e conceitos que escolhemos e definimos. Desse modo, por serem historicamente e culturalmente construídos, não há como pensarmos tais questões de maneira invariante e estática. Num tempo longo conseguimos identificar esse relativismo histórico e cultural, é evidente, mas no cotidiano – no tempo curto – somos o produto de nossa época e não conseguimos fugir das convenções, das ordens morais impostas e das estruturas de legitimação (M. J. Spink & Frezza, 2013)<sup>9</sup>.

É nesse processo que adentra, efetivamente, o olhar e a pesquisa construcionista. Ela nos convida a olharmos para essas convenções, examinando-as e compreendendo-as “como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social” (M. J. Spink &

---

<sup>9</sup> Mais adiante retomaremos a perspectiva temporal adotada por M. J. Spink (2010b).

Frezza, 2013, p. 15). Há a necessidade de uma posição, mas não se trata de uma escolha aleatória. É preciso que haja uma reflexão ética e politicamente localizada.

Outra crítica diz de um suposto reducionismo linguístico. Ainda que, para o construcionismo, “algo” passa a ser visto como objeto a partir do processo que M. J. Spink e Frezza (2013) chamam de “linguístico-conceitual”, isto não significa dizer que tudo seja reduzido à linguagem ou que este “algo” seja, necessariamente, de natureza linguística. Significa, no entanto, que a perspectiva que aqui adotamos reconhece que a linguagem é central nos processos de objetificação que compõem a “base da sociedade de humanos” (M. J. Spink & Frezza, 2013).

Como advertem Mélló et al. (2007), nessa perspectiva, a linguagem constrói versões de mundo e produz realidades, assumindo o seu caráter performativo, ou seja, apontando para a sua capacidade de “criar estados de coisas” ou “fazer coisas”. Ela não se limita a uma descrição superficial do mundo, mas, ao contrário, empreende e executa ações – se levarmos em conta os efeitos que tende a provocar. Ela não se coloca entre as pessoas e o mundo em que vivem, mas compõe tal mundo e faz parte das pessoas – num processo de constituição mútua. Por isso, não há um foco simplista que se volta apenas para um processo de análise dos significados da linguagem, mas os efeitos da mesma, uma vez que “a linguagem é apenas um componente de ações plenamente realizadas” (Gergen & Gergen, 2010, p. 49).

Falamos, pois, da linguagem em uso.

Sobre a linguagem enquanto ponto de reflexão teórica e metodológica que em muito nos servirá, M. J. Spink (2010b) destaca a importância de mencionar o uso do termo “práticas discursivas” para deixar claro o foco voltado para a linguagem em uso. De acordo com a autora, a linguagem em uso é compreendida enquanto prática social e isso sugere o necessário trabalho da interface que há entre os aspectos performáticos da linguagem – que respondem ao “quando”, “em que condições”, “com que intenção” e “de que modo” – e as condições nas quais foi produzida – pensando tanto no contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas (M. J. Spink, 2010b; M. J. Spink & Medrado, 2013).

O termo *práticas discursivas* é adotado em detrimento do termo *discurso*. Explicamos: esta diferenciação é interessante por tornar possível a distinção didática e pragmática entre as práticas discursivas – entendidas como sendo a maneira pela qual as pessoas produzem sentidos e se posicionam em suas relações sociais cotidianas, por meio da

linguagem, remetendo aos processos de ressignificações e de ruptura, logo, correspondendo aos momentos ativos de uso da linguagem – e o discurso – enquanto uso institucionalizado da linguagem, ou seja, quando se fala a partir de determinados domínios de saber, como a Psicologia ou a Medicina, por exemplo (M. J. Spink, 2010b; M. J. Spink & Medrado, 2013).

Para fins de orientação didático-conceitual, M. J. Spink (2010b, p. 27) nos apresenta que “as práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica (que são os enunciados, orientados por vozes), as formas ou *speech genres* (que, para Bakhtin [1994], são formas mais ou menos fixas de enunciados) e os conteúdos, os repertórios linguísticos”.

De acordo com o que propõe a autora, as práticas discursivas são caracterizadas tanto pela dinâmica quanto pelos conteúdos. Esses conteúdos, como já explicitado, são os repertórios linguísticos. Ou seja, são entidades teóricas mais fluídas e flexíveis. Assim, no estudo das práticas discursivas, diferente do que é feito na Teoria das Representações Sociais, não há uma busca por estruturas ou formas usuais de associar os conteúdos, pois parte-se do pressuposto de que tais conteúdos se associam de determinadas formas em contextos específicos – ou de outras formas em contextos distintos (M. J. Spink, 2010b). Cabe-nos ressaltar ainda: “os sentidos são fluídos e contextuais. Os repertórios são colocados em movimento nos processos de interanimação dialógica que, nas teorizações de Bakhtin (1994), integram as unidades básicas da linguagem e as da comunicação” (M. J. Spink, 2010b, p. 28).

Para Bakhtin (1994), essas unidades básicas de linguagem são a sentença e a palavra. Sendo a sentença, curta ou não, um pensamento relativamente completo que se relaciona com outros pensamentos de uma mesma pessoa locutora, em um mesmo enunciado. A palavra, por sua vez, assume pelo menos três dimensões: “a *Palavra Neutra da Linguagem* [grifo da autora], ou seja, a palavra dicionarizada; a *Palavra do Outro* [grifo da autora] que é cheia dos ecos dos enunciados dos outros (como os outros a utilizam) e a *Minha Palavra* [grifo da autora], usada num plano de fala específico (ou seja, como eu a utilizo)” (M. J. Spink, 2010b, p. 28). O jogo – ou a relação – entre essas três dimensões da palavra é o que Bakhtin (1994) chama de interanimação dialógica.

Para que seja possível compreender o processo de interanimação dialógica, portanto, é necessário que sejam levados em conta todos os elos da cadeia de comunicação. Ou seja, levar em consideração não apenas o que foi dito pela pessoa, mas o que precedeu essa fala. Trata-se, de acordo com o que nos apresenta M. J. Spink (2010b), de atentar para o enunciado

enquanto unidade básica da comunicação – que vai desde o que alguém pergunta até a resposta e/ou finalização de quem responde. O enunciado apresenta, pois, o contexto da sentença e “só entendemos o sentido na medida que incorporamos na análise esse contexto mais amplo de perguntas, respostas e intervenções” (M. J. Spink, 2010b, p. 29). O enunciado tem como características as fronteiras, o endereçamento e, conforme mencionados anteriormente, os *speech genres*.

As fronteiras dizem da mudança de locutor que marca cada enunciado concreto. Para entender a dinâmica das fronteiras presentes num enunciado, M. J. Spink (2010b) menciona o conceito de finalização de Bakhtin (1994) – entendido como sendo o “lado interno” da mudança de locutor, que só pode acontecer, porque a pessoa já falou tudo o que gostaria de colocar em um determinado momento e deixa em aberto a possibilidade de resposta ou assume uma postura responsiva.

O endereçamento, como a própria palavra já indica, diz de uma relação entre enunciados – a partir da qual podemos inferir que todo enunciado é uma resposta a outro que o antecedeu. Essa troca ou dialogicidade é, como apontamos, a interanimação dialógica (M. J. Spink, 2010b). Por fim, os *speech genres* (ou os gêneros de fala) são as formas típicas de fala que aprendemos em nossos processos de socialização. Conforme explica M. J. Spink (2010b, p. 31), eles “estão atravessados por expressividade, pois, sendo formas típicas de enunciados (e não formas linguísticas), herdaram um certo tipo de expressividade que é própria da cultura específica. . . . São também atravessados por expressividade porque expressam-se em estilos individuais”.

Ainda buscando apresentar alguns conceitos que nos são caros no processo de construção do trabalho que estamos nos propondo vivenciar, cabe-nos falar sobre os conteúdos, ou, como já foram mencionados, os repertórios linguísticos. Estes “são os termos, os conceitos, os lugares comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos” (M. J. Spink, 2010b, p. 32). Os repertórios chegam até nós e são aprendidos de diversas formas e nos mais variados contextos. Os conhecemos, desde cedo, no próprio processo de aprendizagem da linguagem, seja através dos livros que lemos, dos filmes que assistimos, dentre outros meios que compõem o nosso cotidiano, ou seja, os repertórios não são aprendidos formalmente, pois convivemos com a (e na) diversidade de usos e conteúdos (M. J. Spink, 2010b).

Uma vez que se apresentam de formas variadas e contextualizadas, no curso da história, assim como em tempos que não serão necessariamente lineares, M. J. Spink (2010b) alerta-nos para a importância de se trabalhar a questão do tempo – mas não o tempo cronológico, marcado por um passado, um presente e um futuro bem estabelecidos. Dessa forma, adota-se, para abordar a perspectiva temporal, um esquema tríplice composto pelo tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto.

O tempo longo está relacionado com a caminhada histórica pela qual circulam os repertórios linguísticos na sociedade. É o processo de construção dos conteúdos culturais que compuseram uma determinada época. Ainda que deixem de ser produzidos em determinado momento, eles não desaparecem. São mantidos vivos nas produções culturais da humanidade e podem ser reativados e revisitados na produção de sentidos (M. J. Spink, 2010b; M. J. Spink & Medrado, 2013). O tempo vivido diz do tempo de socialização. Neste, aprendemos a fazer uso dos repertórios a partir dos nossos contextos e/ou posições, seja na família onde fomos criados, na escola que frequentamos, etc. São contextos que definem nosso acesso a determinados repertórios em detrimento de outros, por isso “é o tempo de vida de cada um de nós; tempo da memória na qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identidades” (M. J. Spink, 2010b, p. 34). Por fim, o tempo curto é o tempo das interações – da interanimação dialógica. É nele, no “aqui e agora”, que conseguimos apreender como se dá a dinâmica da produção de sentidos. “É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido” (M. J. Spink, 2010b, p. 34).

Os processos de produção de sentidos pressupõem a existência de interlocutores – não há um eu sem um tu, nem um tu sem um ele/a. Há nós, vós e eles/as. É um processo coletivo e uma construção social. As vozes se fazem presentes nas linhas e nas entrelinhas – os interlocutores são variados e podem mudar a qualquer momento. Por isso, reiteramos que “a construção se dá num contexto, numa matriz que atravessa questões históricas e culturais e que é essa construção que permite lidar com situações e fenômenos do mundo social” (M. J. Spink, 2010b, p. 35).

Chamamos a atenção, ainda, para uma noção importante mencionada por M. J. Spink (2010b; 2013), a de posicionamento identitário. Este é pensado a partir de uma noção mais dinâmica da identidade – menos estrutural e/ou fixa. O posicionamento é, pois, fluído e

contextual. Conforme coloca M. J. Spink (2013), corroborando o que propõem Davies e Harré (1990), o questionamento “quem somos?” deve ser pensado em seu caráter de abertura para respostas mutáveis que irão depender das posições nas quais nos encontramos frente às nossas práticas discursivas. Dito de outra maneira, não é possível pensar numa identidade engessada e linear, uma vez que esta é compreendida a partir de situações dialógicas constituídas pelas histórias a partir das quais os sentidos são produzidos – tanto na trajetória de vida, como nos processos de socialização. Há, como já dito, contextos situacionais, sociais e argumentativos que precisam ser levados em consideração.

Assim sendo, entendemos que, ao nos voltarmos para as práticas discursivas, estaremos nos deparando com a processualidade das construções identitárias (M. J. Spink, 2013). O posicionamento, por sua vez, diz do contato com a pluralidade das narrativas e da articulação dessas com as práticas discursivas. Ele se dá no jogo das relações e este, como bem sabemos, é permeado por relações de poder que ditam regras e fazem eco nos nossos processos de subjetivação.

## 4 CAPÍTULO 2

### PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, como o seu título já indica, buscamos apresentar como se deu a nossa caminhada no decorrer da pesquisa. Uma caminhada que, desde o seu ponto de partida, em nada se mostrou linear, mas multidirecional. Assim, aqui apresentamos não somente os direcionamentos metodológicos que nos possibilitaram realizar a nossa pesquisa, mas também como se deu a nossa não-linearidade metodológica e as constantes negociações com o campo-tema.

Corroborando o que coloca P. Spink (2003, p. 30),

Muitos de nós tivemos a experiência de iniciar uma investigação no ponto A e terminar no ponto J, com uma questão diferente ou um outro ângulo que foi sugerido de alguma maneira por aquilo que aconteceu durante a investigação. Às vezes foram os próprios acontecimentos; às vezes foram os horizontes que abriram e fecharam; às vezes terminamos porque é um bom momento, porque não é possível avançar muito mais ou porque os caminhos estão fechados.

Assim, é sobre os processos que aconteceram no decorrer de nosso percurso que estaremos falando nas linhas que se seguem. Deparamo-nos com necessárias mudanças e importantes rearranjos, uma vez que precisamos nos afastar do campo-tema antes mesmo de finalizarmos o que havia sido planejado previamente e foi a partir disso - e da nossa abertura para o inesperado e, muitas vezes, para o inevitável – que a metodologia de nossa pesquisa foi (re)estruturada.

A mudança sobre a qual estamos falando se deu por conta da pandemia do novo Coronavírus e do isolamento social que se fez necessário para que pudéssemos lidar com a realidade imposta. No CAPSad II não foi diferente. No momento em que a pandemia chegou ao Brasil e, mais precisamente, no município de Campina Grande, tornando-se um problema de saúde pública sem precedentes, a pesquisadora foi informada de que os serviços municipais de saúde mental deveriam alterar os modos de funcionamento. Assim, de imediato, optamos por interromper temporariamente os encontros e as idas que compunham nosso cronograma e passamos a acompanhar o desenrolar da situação – esperando, naquele momento, que se tratasse de algo passageiro.

Num primeiro momento, a mudança se deu de maneira paulatina e, de acordo com as orientações da Coordenação Estadual de Saúde Mental (Anexo A), foram tomadas algumas providências para a lida com a nova realidade. Assim sendo, num primeiro momento, as atividades passaram a acontecer em espaço aberto, sob constante orientação dos profissionais e com uma quantidade reduzida de pessoas – tendo sido aquelas que faziam parte do “grupo de risco” orientadas a não irem ao CAPSad II. No entanto, rapidamente as novas diretrizes de funcionamento foram alteradas, pois a situação foi agravada e o serviço passou a limitar ainda mais o seu funcionamento, tendo paralisado suas atividades presenciais e somente, alguns meses depois, retomando apenas com o acolhimento pontual de algumas pessoas usuárias e com seus profissionais trabalhando em caráter de revezamento para evitar casos de contaminação da Covid-19.

Dessa maneira, parte das pessoas com as quais estávamos dialogando e iniciando as nossas entrevistas individuais, foram impedidas, desde o primeiro momento, de irem ao CAPSad II, visto que faziam parte do grupo de risco – principalmente as pessoas idosas. As demais seguiram indo nos primeiros dias, no entanto, após um diálogo com uma das profissionais do serviço, via telefone, optamos por não prosseguirmos com as idas, uma vez que fazia-se necessário priorizar a presença das pessoas usuárias do serviço e não uma de nós, a pesquisadora.

Para além da situação coletiva pela qual estávamos passando, cabe-nos mencionar, ainda, que o diálogo que seria iniciado com um dos usuários do serviço – o qual nomeamos de Chicó<sup>10</sup> – findou sem acontecer, pois ele, de maneira precoce, triste e inesperada, veio a falecer. A morte de Chicó aconteceu duas semanas antes de interrompermos, por conta da pandemia, as nossas idas ao CAPSad II. O inesperado fez-se presente e a pesquisa foi atravessada pelo silêncio de sua partida. No entanto, este trabalho tem muito do usuário. Ele aparece em nossas linhas e entrelinhas. Ele foi (e é) uma das pessoas participantes da presente pesquisa – desde quando a orientanda o conheceu, anos atrás, durante a realização do trabalho de extensão que foi mencionado em nossa introdução, até agora, após a sua partida.

Dito isto, consideramos pertinente apresentar o que havíamos proposto metodologicamente, pois entendemos que a mudança também diz do percurso.

---

<sup>10</sup> A escolha dos pseudônimos será elucidada no capítulo de análises.

Para atender aos objetivos propostos, estávamos pretendendo trabalhar com os pressupostos da História Oral (Meihy, 2005; Portelli, 1997; Queiroz, 1988), assumindo enquanto ferramenta metodológica a História de Vida (Meneghel, 2007; Queiroz, 1988). Assim, através da realização de entrevistas individuais, pretendíamos acessar a história de vida das pessoas a partir do que elas estivessem dispostas a compartilhar, ouvindo o que tinham a dizer sobre si mesmas e sobre o modo como a medicalização está inscrita em suas trajetórias. Para tal, a imersão no campo-tema se daria a partir da observação participante e, conforme o vínculo fosse sendo estabelecido com as pessoas usuárias do serviço, passaríamos a convidá-las para que pudessem contribuir com a construção do nosso trabalho e, mediante o aceite, daríamos início às entrevistas – que seriam gravadas em áudio por meio do uso de gravador digital, mediante autorização de todas as pessoas narradoras, e aconteceriam no serviço e/ou outros locais que surgissem enquanto possibilidade para os nossos diálogos.

Tínhamos o seguinte critério de inclusão para realização das entrevistas: pessoas que frequentassem o serviço, pelo menos, uma vez por semana. Este critério surgiu da necessidade de mantermos um contato e construirmos um vínculo com essas pessoas. Quanto ao número de entrevistados, optamos pelo critério do ponto de saturação<sup>11</sup>.

As afetações e “desbordadas” advindas desses momentos seriam registradas em diários de campo, que nos serviriam como uma espécie de guia para os olhares múltiplos que poderiam emergir. Eles seriam, portanto, instrumentos de grande valia durante a caminhada (Medrado, M. J. Spink, & Mélo, 2014) e serviriam para auxiliar no processo de análise e discussão das entrevistas. Por fim, estaríamos construindo as narrativas de cada encontro para que, quando estes chegassem ao fim, fosse possível contarmos as histórias que foram conosco compartilhadas.

Faz-se importante destacar que a pesquisadora chegou a dialogar com quatro usuários do serviço que se colocaram à disposição para contribuírem com a pesquisa, tendo conseguido gravar e registrar a primeira entrevista de história de vida com um deles, quando, por conta da pandemia, o serviço teve que suspender as suas atividades.

---

<sup>11</sup> De acordo com Minayo (2010), o ponto de saturação nos permite obter e refletir, através do trabalho de pesquisa, em quantidade e em intensidade, a multiplicidade de dimensões de um mesmo fenômeno, assim como valoriza a qualidade das interações. Ou seja, a delimitação da quantidade de encontros com cada pessoa seria feita, durante todo o processo de construção e de trocas dialógicas, conforme fossem sendo atingidos os objetivos da pesquisa.

Os encontros com os usuários estavam acontecendo em momentos e ritmos distintos. Estava sendo respeitado o tempo de cada um e isto tornava o processo de pesquisa ainda mais potente. Como sinalizamos, antes da pandemia, foi possível realizar apenas uma entrevista, que foi devidamente gravada e, logo em seguida, transcrita. Ela iria, inclusive, compor esta dissertação – sendo analisada em um capítulo específico. No entanto, optamos por não utilizá-la neste momento, uma vez que deparamo-nos com um extenso material resultante dos diários de campo e, diante das nossas limitações de tempo, fizemos a escolha de trabalharmos somente com a análise dos mesmos. Não negamos a potência da entrevista que temos em mãos e entendemos que ela faz parte da construção da pesquisa, por isso pretendemos narrar a história do usuário em trabalhos outros.

Cabe ainda registrar que essas mudanças não foram prontamente aceitas por mim, no entanto – não iremos romantizar o processo – mas podemos afirmar que elas muito nos ensinaram. Foram necessárias rupturas de nossa parte. Foi necessária a reinvenção metodológica. Agora podemos afirmar (e continuar): sem a abertura para tal reinvenção pouco teríamos avançado.

#### **4.1 O campo-tema da pesquisa**

Em pensando a abordagem teórico-metodológica escolhida como sendo aquela que contribuiu para pensarmos o espaço no (e com o) qual estivemos dialogando, faz-se pertinente destacar que adotamos a perspectiva de campo-tema proposta por Peter Spink. Antes de chegar à compreensão do campo-tema, o autor transita pelo tempo longo e afirma que os sentidos de “campo” e de “pesquisa de campo” mudou muito. Ele afirma que, inicialmente, a noção de “campo” se aproximava bastante do que era proposto pela antropologia tradicional, que entendia a “pesquisa de campo” como sendo a observação e interação com pessoas em seu “habitat natural”. Dessa maneira, P. Spink (2003, p. 21) coloca que “era um campo que existia num ‘lugar’ [grifo do autor] e quando o pesquisador não estava ‘no lugar’ [grifo do autor], também não estava ‘no campo’ [grifo do autor]. O ‘campo’ [grifo do autor], portanto, era onde o pesquisador ia pra fazer seus estudos”. Ou seja, era um campo objetivo, distinto e empírico.

Em seguida, surge a ideia de campo enquanto totalidade dos fatos psicológicos que não são reais em si, mas tornam-se reais porque tem efeitos. O campo torna-se o método e

não apenas o local. O processo se volta para a compreensão da construção de sentidos no espaço. Nesse contexto, passam a ser incluídos os meios de comunicação nos estudos como sendo componentes do campo, assim como documentos e abordagens que tinham enquanto objetivo acompanhar os eventos no tempo e não mais congelá-los como se fossem uma fotografia instantânea (P. Spink, 2003). Ainda de acordo com o autor, numa terceira fase da compreensão de “campo”, tendo em vista a preocupação com a intersubjetividade e a discussão construcionista sobre linguagem e ação, emerge a perspectiva na qual os horizontes e os lugares eram entendidos como sendo produtos sociais e não enquanto realidades independentes. Dessa maneira, o campo não mais era entendido como sendo um lugar específico. Não se tratava mais de um campo que tinha um assunto, mas um assunto que tinha um campo.

Dessa maneira,

Campo é o campo do tema, o campo-tema; não é o lugar onde o tema pode ser visto – como se fosse um animal no zoológico – mas são as redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros. Não se trata de uma arena gentil onde cada um fala por vez; ao contrário, é um tumulto conflituoso de argumentos parciais, de artefatos e materialidades. (P. Spink, 2003, p. 36)

Assim, a proposta do campo-tema diz não de um universo “distante”, “empírico” ou um espaço ao qual nos dirigimos para fazermos observações, uma vez que essa perspectiva, segundo o autor, tende a naturalizar e esconder o que, de fato, o campo tem a mostrar. Ela, mais do que aproximar, pode distanciar as pessoas pesquisadoras das questões que são inerentes do dia-a-dia e das relações que se colocam na experiência de troca. A proposta do campo-tema busca, dessa maneira, negociar com o que há de mais denso do campo. Torna a pessoa que pesquisa mais presente em toda a processualidade (P. Spink, 2003).

Entendemos que o campo não é apenas um espaço físico, mas tudo o que diz dele e que, por isso, escapa. Não é apenas sobre o centro do lugar, mas também sua periferia, visto que “uma posição periférica pode ser periférica, mas continua sendo uma posição” (P. Spink, 2003, p. 28). É um espaço criado e cabe a quem pesquisa a inserção em suas teias de ação. Há uma negociação, se entendermos os processos em sua dimensão multidirecional. “Processos que podem ser iniciados em qualquer momento e por qualquer parte, pessoa ou

acontecimento” (P. Spink, 2003, p. 30). Assim, o campo-tema apresenta devires e cabe a nós, pesquisadoras, dialogarmos com esses.

Desse modo, a partir da necessidade institucional de definição de um espaço, propusemos enquanto local de troca inicial – e não estaque – o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de Campina Grande, Paraíba. Na cidade há dois CAPSad – sendo um voltado para o acolhimento de pessoas adultas e o outro para crianças e adolescentes. Estivemos, pois, dialogando com as pessoas usuárias do CAPSad II (que atende adultos). O serviço, atualmente, está localizado na Rua Capitão Ademar Maia Paiva, bairro do Alto Branco, em Campina Grande – PB.

O CAPSad II está instalado em uma casa ampla com arquitetura, aparentemente, antiga – remetendo-nos à *art nouveau*. Antes mesmo de entrarmos no serviço, seus portões de ferro parecem trabalhados e apresentam curvas sinuosas. São dois. Um maior e um menor. Ao entrarmos pelo portão pequeno – no qual sempre há um vigilante – encontramos um espaço aberto que se divide. Seguindo em frente, podemos acessar uma espécie de varanda que dá acesso à parte interna do serviço. Dentro encontramos uma sala cheia de “carteiras” – que são aquelas cadeiras de madeira, com apoio para o braço, que nos remetem à sala de aula. Esse primeiro espaço é tido como uma espécie de sala principal, pois é onde acontece grande parte das oficinas e encontros. Ao final dela, um banheiro coletivo.

Seguindo, como uma continuação, acessamos uma antessala. Nela, encontramos um sofá, uma televisão antiga, uma estante com livros, algumas roupas do brechó que costuma ser realizado no serviço e uma janela que dá para a área externa da casa. É um espaço iluminado e agradável. Nas paredes, artes produzidas pelas pessoas usuárias do serviço. Após a sala, do seu lado esquerdo, vemos espaço com uma espécie de jardim de inverno, uma “copa” onde estão dispostas mesas e cadeiras para as refeições e, ao lado, a cozinha, seguindo com o banheiro que é utilizado por profissionais e uma porta que dá para uma “área de serviço”. Voltando, do lado direito da sala, encontramos uma escada que, descendo, nos leva ao espaço aberto.

Seguindo ainda na parte interna, encontramos um corredor com algumas salas e um banheiro que costuma ser utilizado por usuárias do serviço. As salas são divididas para usos distintos. Uma é mais voltada para demandas administrativas – com computador, impressora e materiais outros de trabalho – logo em seguida está a sala onde ficam os profissionais e na

qual acontecem as reuniões de equipe, e, além de mesa e cadeiras, tem armários com materiais de registro e documentos de usuários e usuárias. A sala seguinte é um espaço preenchido com uma mesa e algumas cadeiras e nela acontecem alguns acolhimentos e/ou oficinas com menor quantidade de participantes. A outra, por fim, aparenta ser uma espécie de almoxarifado onde ficam guardados materiais para as oficinas, dentre outras coisas.

Indo para o espaço externo, descendo pelas escadas que ficam próximas ao corredor, encontramos um local arejado que, aparentemente, seria uma espécie de garagem que dá acesso ao jardim da casa, mas que foi organizado para se tornar espaço de convivência no serviço – com bebedouro, sofá, uma mesa pequena onde os usuários costumam jogar dominó, algumas cadeiras e uma sinuca antiga. Nele também acontecem algumas oficinas, além de se tornar sala de espera em dias de consultas psiquiátricas. Nesse espaço, há, ainda, mais próximo à escada mencionada, uma sala de triagem e, seguindo esta, outra reservada para os atendimentos médicos.

No arredores do ambiente externo, há um local amplo e aberto – sem coberta – com algumas plantas. Nele, encontramos também uma árvore e, embaixo dela, uma espécie de banco de praça antigo que, com o passar do tempo, foi se deteriorando. A casa é aconchegante e ventilada. O espaço, embora com aspecto deteriorado, se mostra agradável. Escutamos pássaros quando o silêncio se faz presente.

Conforme consta no Relatório Anual de Saúde Mental (2019), que foi apresentado durante o evento de final de ano do serviço, o CAPSad II conta com um quadro de, aproximadamente, vinte e três profissionais – sendo um agente administrativo, uma assistente social, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira, uma coordenadora, três enfermeiras, dois médicos psiquiatras, um músico, um farmacêutico, uma cuidadora, uma pedagoga, duas psicólogas, uma recepcionista e quatro vigilantes.

Ainda conforme o Relatório, levando em conta a relação de atividades fixas que acontecem no serviço – seja semanal, quinzenal ou mensalmente – podemos mencionar as Oficinas Terapêuticas – que têm propostas diversas e acontecem em dias e turnos distintos da semana – Reuniões dos Alcoólicos Anônimos, Assembleias de Usuários, Reuniões de Equipe, Oficina de Geração de Renda, consultas médicas individuais e Grupo de Medicação. No decorrer do ano e da realização das atividades, o CAPSad II conta com a colaboração e

participação de estagiários e estagiárias de psicologia, enfermagem e medicina de diversas Instituições de Ensino Superior do município.

No ano de 2019 foram realizados cerca de 138 acolhimentos “semi-intensivos” e 03 acolhimentos “não-intensivos”, assim como, no decorrer do ano, foram realizados 1.662 atendimentos pelos técnicos de referência e 1.256 atendimentos pelos médicos psiquiatras. Do mesmo modo, foram realizadas aproximadamente 60 oficinas a cada mês e um total de 720 oficinas no referido ano. Aconteceram, ainda, 12 visitas domiciliares a cada mês, totalizando em 144 ao final do ano; além de um total de 23 ações de matriciamento no ano de 2019.

Para além das atividades que acontecem no espaço do CAPSad II, cabe-nos mencionar aquelas que vão além dos portões do serviço e que se estendem para outros espaços da cidade e distintos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial a partir da realização de eventos promovidos em parceria entre os serviços. Semanalmente, alguns usuários e usuárias, com a mediação de profissionais do CAPSad II, participam da atividade que acontece em um dos parques públicos da cidade e que tem como objetivo o trabalho com o corpo, uma vez que as pessoas fazem atividades físicas – como caminhada, alongamento e aula de dança – e se encontram ao ar livre.

Além dessa atividade semanal, podemos mencionar outras que aconteceram no decorrer do ano de 2019, como o carnaval do CAPSad II, que aconteceu no referido parque; a colônia de férias realizada no Centro de Convivências do Município; a Caminhada da Luta Antimanicomial que aconteceu em algumas ruas da cidade; o São João, unindo os serviços de saúde mental do município no Parque do Povo, local onde acontece o Maior São João do Mundo; a exposição artística que foi levada para um espaço público do centro da cidade, assim como para o Teatro Municipal, sendo realizada a leitura de trechos do cordel que foi produzido coletivamente no decorrer de uma oficina de artes que acontece semanalmente no serviço e que será ressaltada no terceiro capítulo desta dissertação.

Foram espaços distintos e por isso consideramos pertinente apresentar o nosso campo-tema para além do CAPSad II. Aqui apresentamos o serviço de saúde mental no qual estivemos inseridas e parte das pessoas que nele transitam, no entanto, no decorrer da pesquisa o vimos ser ampliado a cada novo encontro. Poderíamos ir além, mas acolhemos as limitações do presente trabalho e entendemos que ele deixa em aberto uma espécie de

convite-proposição para que as pessoas leitoras queiram ir além. Que se mobilizem para conhecer se não o CAPSad II, campos-tema outros que lhes sejam possíveis.

#### **4.2 As pessoas participantes**

O grupo de pessoas com o qual estivemos dialogando no processo de observação participante foi definido de maneira não-probabilística e composto por usuários, usuárias, familiares e/ou acompanhantes e profissionais do CAPSad II de Campina Grande/PB. Optamos por não delimitar a quantidade mínima de pessoas com as quais estaríamos dialogando, uma vez que gostaríamos de acompanhar as experiências das mesmas no serviço.

A definição das pessoas que estiveram colaborando e construindo a pesquisa conosco se deu, após adentrarmos no serviço, por acessibilidade ou conveniência que, conforme Gil (2008), diz da definição de participantes a partir do acesso aos mesmos e às mesmas – seja por estarem no serviço no momento da definição, seja por desejarem participar. Assim, a pesquisa foi realizada com a participação e colaboração de todas as pessoas – usuários, usuárias, familiares e/ou acompanhantes e profissionais – que se fizeram presentes nos momentos em que estivemos participando das atividades do CAPSad; assim como aquelas com as quais nos encontramos nos intervalos das atividades – fosse na varanda, no sofá da sala principal, na cozinha, na calçada do CAPSad II e/ou durante uma carona dada – e nas salas de espera que antecipavam as consultas médicas. Destacamos, ainda, que não fizemos uso de critérios de exclusão.

#### **4.3 Os instrumentos e seus usos**

Atendemos a uma espécie de provocação que é feita por Spindola e Santos (2003), quando as autoras mencionam a importância (e aqui inserimos a urgência) de nós, pessoas pesquisadoras, descermos de nosso pedestal ao nos lançarmos no universo da pesquisa para que, somente assim, seja possível exprimirmos, minimamente, o que de fato as pessoas desejam expressar e o que o estudo consegue revelar. Nesta pesquisa, levamos em conta, pois, a troca. Uma troca que não se pretendeu neutra e/ou distante. Aliás, encaramos, conforme Rigotto (1998), a neutralidade científica como um mito, uma vez que “a neutralidade é falsa ou inexistente, na medida em que qualquer procedimento de investigação

envolve pressupostos teóricos e práticos variáveis segundo os interesses sócio-políticos que estão em jogo no ato de conhecer" (Thiollent, 1987, p. 28).

Ainda que já existisse certa aproximação da pesquisadora com o serviço, levando em consideração os trabalhos que lá foram realizados e sobre os quais já falamos, a aproximação com o CAPSad II se deu a partir da Observação Participante (O.P) enquanto dispositivo de pesquisa. A O.P, de acordo com M. J. Spink (2013), se mostra como sendo uma maneira potente para escutarmos o que há de espontâneo na fala das pessoas. Além disso, há a possibilidade de aproximação com o que há de comum para elas. A O.P., desse modo, emerge enquanto possibilidade de (co)construção da pessoa pesquisadora com aquelas que estiveram compartilhando com ela as cenas cotidianas do campo-tema (Cardona, Cordeiro & Brasilino, 2014).

Além disso, a O.P. é caracterizada como sendo uma abordagem que

A todo tempo, o pesquisador toma parte na vida coletiva daqueles que observa, ocupa-se essencialmente em ver, escutar e conversar com as pessoas, recolher e reunir informações. Porém, mais do que isso, é um deixar-se levar pela situação na qual os sujeitos vão se mostrando no processo, pois não há roteiro pré-estabelecido (Silva & Vicentim, 2017, p. 199)

Foi possível observar o cotidiano. O dito e o não dito nos encontros informais. Para tal, estive no campo-tema durante um período de cinco meses (do início de outubro de 2019 ao início de março de 2020), fazendo-me presente de uma a duas vezes por semana, nos turnos manhã e tarde – totalizando trinta e cinco visitas e, conseqüentemente, realizando esta mesma quantidade de registros em diário de campo. A cada dia, a presença no serviço variou de acordo com a atividade que estava acontecendo, os encontros e horários marcados com os usuários com os quais estava começando a dialogar individualmente, assim como de sua disponibilidade – chegando a passar duas ou três horas, assim como, em outros dias, de cinco a sete horas, uma vez que foi possível ficar também no intervalo de almoço.

No decorrer das idas ao serviço, foi possível participar de atividades distintas, a saber: oficinas facilitadas por profissionais e das quais participavam os usuários e usuárias; o grupo de medicação; reunião de equipe, assembleia de usuários; e consultas médicas. Além destas, estive no serviço nos momentos em que não estavam acontecendo as atividades mediadas por profissionais. Assim, pude estar presente nos intervalos entre os turnos; no fim da tarde,

ao final das atividades; nas salas de espera para consulta com o médico psiquiatra; na calçada à espera do ônibus; na carona dada para um usuário; e nas festividades de fim de ano.

Em cada um desses instantes, além dos instrumentos de pesquisa que estavam sendo utilizados para a construção do trabalho, foi possível fazer registros fotográficos. Com o *smartphone* em mãos, e o desejo de eternizar algumas cenas do cotidiano que estavam sendo vividas e observadas, alguns retratos vieram a compor a memória da pesquisa. Alguns deles estão expostos ao final desta dissertação (Apêndice A).

Durante toda a imersão no campo-tema, o Diário de Campo fez-se presente enquanto companheiro de pesquisa. Apesar de não ter sido pensado, inicialmente, como sendo parte do material que seria analisado, como já referido, nem de longe o Diário esteve somente enquanto suporte. A cada encontro, eram feitas anotações nos instantes de cada acontecimento. Nos momentos nos quais foi impossível anotar, tendo em vista que nem sempre o lápis e o caderno da pesquisadora se mostram como sendo acolhedores, uma vez que pode inibir a abertura para o diálogo; foi feita a escolha de, ao final do encontro, serem gravados áudios no *smartphone* pela pesquisadora – ainda dentro do carro ou do ônibus – de modo que não fossem perdidas as informações, as falas, as afetações e impressões. Ao todo, foram gravados quinze áudios e com eles foi possível garantir informações e falas tal qual elas foram produzidas no instante vivido.

Corroborando o que afirmam Medrado, M. J. Spink e Mélo (2014, p. 278), com o diário a pesquisa ganhou mais fluidez, a partir do momento em que a pesquisadora pôde, em alguma medida, dialogar com o mesmo – “construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa”. Ainda a partir do que colocam os autores, podemos afirmar que a parceria estabelecida com o diário desfez o binarismo sujeito-objeto, fazendo do diário de campo a nossa ferramenta mais importante e um ator/atuante que potencializou a pesquisa.

Dessa maneira, não foi adotada uma postura contemplativa por parte da pesquisadora com relação ao que denominamos como sendo um possível “foco de pesquisa” que passaria a ser descrito e registrado no papel, no celular ou em qualquer outro instrumento atuante. Não dizemos, portanto, “de uma mera informação, mas da produção de intensidades, materializadas em conceitos (mesmo que sejam registros de imagens, sons, ou ‘meras

observações' [grifo dos autores]" (Medrado, M. J. Spink & Mélo, 2014, p. 279). No diário de campo foi inscrita toda a intensidade das impressões que emergiram a cada encontro.

Houve um movimento de idas e vindas para as anotações. Houve a contextualização de cada situação registrada, no entanto nem tudo será apresentado no corpo deste trabalho, uma vez que temos objetivos a serem atingidos. Contudo, destacamos que o uso que poderemos fazer do Diário de Campo não pretende findar aqui.

#### **4.4 A análise dos diários de campo**

Dentre as possibilidades que nos foram dispostas para trabalharmos com a identificação dos posicionamentos identitários e a produção de sentidos enquanto um processo dialógico, a partir da análise das práticas discursivas, optamos por fazer uso dos *mapas dialógicos* enquanto uma espécie de ferramenta de orientação da análise do diário de campo. Assumimos o caráter de “orientação” por considerarmos necessário destacar que não foram seguidas todas as etapas de construção dos mapas, uma vez que não trabalhamos com a Transcrição Integral (TI) – que diz do momento em que estaríamos trabalhando com a transcrição literal de tudo o que foi dito nas interações (Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014) – pois não seria possível transcrever exatamente tudo o que fora dito nas interações, tendo em vista que não fizemos uso de gravador nos momentos em que estávamos realizando a O.P.

Dessa forma, em pensando a construção dos mapas e levando em conta o modo como estes poderiam ser organizados, adaptamos os procedimentos à realidade de nossa pesquisa, visto que não encontramos em nosso referencial teórico-metodológico exemplos de trabalhos que tenham feito uso somente do Diário de Campo enquanto material a ser analisado – o que tornou o nosso processo ainda mais desafiador.

De acordo com Nascimento, Tavanti e Pereira (2014, p. 247), o mapa dialógico “nos possibilita dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, a rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento”. Além disso, segundo os autores, o uso dos mapas surge enquanto um recurso que torna visível os passos que são dados durante o processo de construção da pesquisa, assim como o processo de análise – ou seja, estes nos dão os

subsídios necessários para garantirmos o rigor metodológico, uma vez que este implica necessariamente na explicitação de tais passos.

Desse modo, apresentamos alguns passos que puderam ser seguidos no processo de análise dos diários de campo. M. J. Spink (2010b) nos explica que os mapas são tabelas compostas por linhas e colunas nas quais estas segundas são definidas tematicamente, de acordo com os objetivos da pesquisa em curso. Contudo, vale ressaltar, tais colunas não são definidas *a priori*, uma vez que os temas que emergem nas narrativas nem sempre seguirão um *script* fechado e/ou de acordo com o que a pessoa pesquisadora espera. Um aspecto importante do diálogo é que ele apresenta questões que, embora não correspondam exatamente ao tema central, dizem do que as pessoas querem falar sobre si, sobre suas experiências cotidianas e sobre suas histórias de vida. O processo de definição das temáticas emergentes nos conteúdos analisados já é, por si só, parte de um processo de interpretação. Por isso, os mapas contribuem com a orientação da análise (M. J. Spink, 2010b).

Inicialmente, realizamos a Transcrição Sequencial (TS), em um só documento do word, de todos os diários que haviam sido escritos à mão e que estavam dispostos em dois cadernos de anotações. Além daqueles escritos, fizemos o mesmo com os áudios que a pesquisadora gravou ao final de alguns encontros.

Segundo Nascimento, Tavanti e Pereira (2014, p. 254), a TS “é nossa primeira aproximação com o material a ser analisado e nos auxilia na definição dos temas ou categorias para uso no mapa. Ela é feita a partir da identificação das falas e vozes presentes no áudio, imagens ou textos”. M. J. Spink (2010b) também nos auxilia na explanação desse primeiro passo ao reiterar que a TS nos ajuda a compreender a dinâmica das trocas discursivas, sinalizando *quem fala, quando fala e sobre o que fala*. E, para além disso, pode fazer emergir também como uma fala influencia outra, a quem a fala é endereçada e/ou quais os repertórios linguísticos usados para falar de determinado assunto (Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014). A transcrição sequencial tornou possível uma visualização mais geral do que foi abordado.

Geralmente, a construção dos mapas é pensada e organizada a partir de três pontos, a saber: a) os objetivos do estudo – que podem orientar também a definição dos temas; b) os temas que foram identificados durante a transcrição sequencial; e c) o que consideramos pertinente e que desejamos tornar visível em nossa análise (Nascimento, Tavanti & Pereira,

2014). Podem ser feitos mapas por temas ou por entrevistas, uma vez que “a escolha sobre o uso e a apresentação dependerá do contexto de produção do texto e de seu endereçamento” (Nascimento, Tavanti & Pereira, 2014, p. 269). Desse modo, como não trabalhamos com entrevistas, mas com o texto dos diários; voltamo-nos para os temas.

Assim sendo, após a TS, realizamos um processo de mapeamento de todos os diários transcritos, organizando-os a partir dos objetivos de nossa pesquisa. Neste momento, no corpo do texto, optamos por distinguir por cores cada um dos objetivos – sendo o primeiro amarelo, o segundo verde e o terceiro vermelho. Após todo o mapeamento dos diários, transferimos para três documentos distintos os trechos destacados e referentes a cada objetivo – ou seja, um documento marcado por cada cor – de modo que estes fossem separados, não para serem analisados separadamente, mas para nos auxiliar na visualização e identificação dos temas que emergiram. Dessa forma, nesta etapa, passamos a mapear cada um dos novos documentos a partir dos temas que foram assumindo relação direta com cada objetivo, de modo que pudemos identificar os temas que se repetiam e aqueles que se mostravam em seu caráter de novidade. Foi nesse momento de mapeamento de cada um dos documentos, que passamos a identificar aquilo que seria pertinente e que precisaria tornar-se visível em nossa análise.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi desenvolvida conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), seguindo os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, e submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, que emitiu parecer (**Anexo B**), sob número 3.600.366, ao aprovar sua realização.

Para além dos termos burocráticos que devem estar dispostos em trabalhos científicos e dos quais não abrimos mão, consideramos pertinente ressaltar que levando em conta o fato de estarmos assumindo uma postura construcionista na pesquisa, logo, assumidamente não-neutra e atenta aos efeitos que produzimos; ao adentrarmos no campo-tema e nos dispormos à troca com as pessoas que nos acolheram, colocamo-nos, ainda, diante de questões como: “A serviço de quem (ou do que) estamos trabalhando? Quais as implicações que nossos estudos têm na vida das pessoas neles envolvidas? O que concretamente queremos

transformar com o conhecimento produzido?” (Cordeiro, Freitas, Conejo, & De Luiz, 2014, p. 31).

Desse modo, colocamo-nos em consonância com a ética dialógica que leva em consideração a importância da ética não enquanto uma prescrição, mas a partir de sua (co)construção, negociação e (re)significação por diferentes vozes. Ou seja, levamos em conta a ética que está prescrita nos códigos, mas também “enfocamos a competência ética de todos(as) envolvidos(as) no processo de definição dos valores e das normas de conduta” (Cordeiro, Freitas, Conejo, & De Luiz, 2014, p. 43). Assim, ainda de acordo com os autores supracitados, nesta pesquisa buscamos garantir os cuidados essenciais em pesquisa, a saber: o consentimento informado, livre e esclarecido; a proteção ao anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre a pesquisadora e seus/suas interlocutores/as.

O consentimento informado, livre e esclarecido diz da possibilidade de construção de uma relação que se pauta na transparência e responsabilidade desde a inserção no campo-tema da pesquisa, a apresentação e discussão dos objetivos até a negociação de todos os procedimentos a serem realizados. Assim sendo, buscamos respeitar este critério, uma vez que, antes de participarmos das atividades do serviço, foram colocados os nossos objetivos – tendo sido eles debatidos com alguns usuários – os procedimentos que seriam realizados, assim como os possíveis desdobramentos da pesquisa<sup>12</sup>.

A proteção ao anonimato, como pode-se supor, tem como objetivo resguardar a identidade das pessoas (interlocutoras) com as quais estamos dialogando. Desse modo, a identidade das pessoas participantes será mantida em sigilo, em todas as etapas de divulgação e veiculação dos dados, com a utilização de pseudônimos. A escolha de tais nomes se deram a partir de características marcantes de cada pessoa, assim como da singularidade de cada encontro. Ou seja, ora surgem nomes de personagens por nós criados, assim como da literatura e do cinema, ora de artistas famosos do campo das artes de modo geral.

Sobre o uso abusivo do poder, reconhecendo que a posição da pesquisadora no campo-tema pode (re)produzir assimetrias que venham a intimidar as pessoas interlocutoras, estivemos atentas de modo a garantir relações de confiança e de respeito, assegurando o

---

<sup>12</sup> Com relação ao usuário com o qual estivemos realizando uma única entrevista, cabe-nos destacar que foi entregue para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo C**) e, da mesma forma, o Termo de Autorização de Gravação de Voz (TAGV) (**Anexo D**).

direito de não revelação ou revelação velada do que estava sendo colocado por quem esteve participando e colaborando com a pesquisa.

## 5 CAPÍTULO 3

### ANALISANDO OS DIÁRIOS DE CAMPO

*Foi uma visita muito importante. Escrevo essas linhas dentro do carro.  
O braço dolorido de tanto anotar - como quem não quer perder a experiência.  
Está ecoando muito do que foi ouvido.  
Algumas falas me deixaram um pouco angustiada. Outras me deram uma sensação de esperança.  
Entre o debate sobre a medicalização e alguns atos tímidos que me fazem pensar na possibilidade  
de desmedicalização, tenho encontrado muita vida pulsando.  
Sinto desejo de continuar e ouvir mais essas pessoas.  
(Trecho do diário de campo)*

Os diários de campo dos quais foram extraídos os trechos que compõem este capítulo dizem dos encontros que aconteceram no campo-tema da pesquisa. São registros que narram a experiência vivida a partir da observação participante. Em suas linhas e entrelinhas há diálogos, risadas, choros, tensionamentos, movimentos, reações, silêncios e arte(s) – ora de usuários e usuárias, ora de profissionais ou familiares, ora da pessoa-pesquisadora que os registraram. As tantas vozes se encontram nos registros e isto é apresentado na própria escrita dos diários e, agora, na apresentação deles. Há, pois, a presentificação de um fluxo dinâmico de práticas discursivas. Há sentidos produzidos em contextos dialógicos. Há rupturas e permanências (M. J. Spink, 2013).

Sobre a linguagem enquanto ponto de reflexão teórica e metodológica que em muito nos servirá, M. J. Spink (2010b) destaca a importância de mencionar o uso do termo “práticas discursivas” para evidenciar o foco voltado para a linguagem em uso. De acordo com a autora, a linguagem em uso é compreendida enquanto prática social e isso sugere o necessário trabalho da interface que há entre os aspectos performáticos da linguagem – que respondem ao “quando”, “em que condições”, “com que intenção” e “de que modo” – e as condições nas quais foi produzida – pensando tanto no contexto social e interacional quanto no sentido foucaultiano de construções históricas (M. J. Spink, 2010b; M. J. Spink & Medrado, 2013).

De acordo com o que propõe a autora, as práticas discursivas são caracterizadas pela dinâmica e pelos conteúdos. Esses conteúdos, como já explicitado em nosso capítulo teórico, são os repertórios linguísticos. Ou seja, são entidades teóricas mais fluídas e flexíveis. Assim, no estudo das práticas discursivas, diferentemente do que é feito nas Representações Sociais, não há uma busca por estruturas ou formas usuais de associar os conteúdos, pois parte-se do

pressuposto de que tais conteúdos se associam de determinadas formas em contextos específicos – ou de outras formas em contextos distintos.

Atentas às práticas discursivas das pessoas usuárias do CAPSad II – e tudo o que compôs a experiência no serviço – aqui apresentamos as análises dos diários de campo de modo que elas possam sustentar a discussão a qual nos propomos com esta dissertação. Estaremos lançando mão do objetivo geral que, após a necessária reformulação que emergiu enquanto desdobramento das mudanças realizadas no decorrer de nossa pesquisa e sobre as quais falamos em nossa Introdução e no capítulo metodológico (Capítulo 2), orientou o percurso de nossa pesquisa. Conforme tal objetivo, buscamos compreender, a partir da análise dos diários de campo, como a medicalização se inscreve na vida das pessoas usuárias do CAPSad II.

Do mesmo modo, colocamo-nos em constante diálogo com os nossos objetivos específicos enquanto balizadores de nosso trajeto. São eles: a) Analisar como os usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si e como esses posicionamentos estão articulados com a medicalização; b) Entender o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias; e c) Identificar os sentidos produzidos pelo processo de medicalização. Consideramos necessário destacar que o nosso terceiro objetivo específico foi inserido no decorrer da análise que buscou contemplar os dois primeiros, uma vez que “entendemos que, nas conversas, as condições propícias para a reafirmação ou produção de outros sentidos estejam nos sulcos da flexibilidade, da frouxidão de regras e nas possibilidades de vários posicionamentos” (M. J. Spink, 2013, p. 192).

Como foi dito em nosso capítulo metodológico, no que diz respeito aos nomes das pessoas com as quais estivemos dialogando, escolhemos fazer uso de pseudônimos para que seja garantido o sigilo acordado com as mesmas.

Consideramos importante irmos sinalizando, quando necessário, algumas proposições conceituais que nos guiam – não enquanto uma espécie de roteiro que nos limita, repetimos, mas enquanto ponto de partida importante para uma sinalização do que entendemos, aqui, sobre os posicionamentos identitários, sobre a medicalização, a medicamentação, o cuidado, a produção de sentidos, dentre outros conceitos que venham a emergir neste processo.

## **5.1 Os posicionamentos identitários das pessoas usuárias do CAPSad II: uma articulação com a medicalização**

Como já sinalizado anteriormente, a medicalização da vida não é por nós compreendida apenas enquanto uma crítica ao saber médico, assim como não é reduzida à prescrição e consumo desenfreado de medicamentos – o que Petuco (2016) nomeia de medicamentação. Assim, a medicalização é levada em conta enquanto fenômeno atravessado por forças motrizes que são subjacentes aos processos e que impulsionam a expansão da medicina – e dos ditos “saberes da saúde” – sobre diferentes necessidades sociais, como, por exemplo, as situações de vulnerabilidade que expressam modos de vida e identidades. Ou seja, tais necessidades passam a ser entendidas enquanto necessidades de saúde (Minakawa & Frazão, 2016).

No entanto, conforme Conrad (2005), a responsabilidade pelos processos de medicalização não devem ser atribuídos somente a um grupo – mais pontualmente aos profissionais da área da saúde. É necessário atentar para o envolvimento de outros segmentos da sociedade como, por exemplo, as organizações não governamentais e a própria indústria farmacêutica. Dessa maneira, torna-se pertinente levar em conta as forças motrizes que, de acordo com o que propõem Minakawa e Frazão (2016), dão significados ao conceito de medicalização levando em conta a industrialização, o fortalecimento e poder das instituições, o fortalecimento da relação da medicina com o Estado e com o capitalismo e, por fim, a sociedade e o seu modo de funcionamento enquanto ambiente propício para a efetivação da medicalização.

No jogo de relações e, conseqüentemente, de poderes, a medicalização se coloca enquanto estratégia de controle que é operado pelo biopoder (Foucault, 2010). Experiências de vida que fogem da norma são controladas. Para tal, a medicalização surge para localizar uma condição social – muitas vezes individualizada – enxergada como indesejada e/ou “anormal” no emaranhado campo das patologias – o que também nomeia-se de patologização. Assim, especialistas de todas as ordens colocam-se à disposição para tratar e alterar o trajeto da “pessoa desviante”. Posturas medicalizantes e medicamentozas são, portanto, legitimadas e, mais do que isso, demandadas.

Pensando a respeito da medicalização e o modo como ela pode ser articulada com os posicionamentos identitários que emergiram no decorrer dos encontros que aconteceram no CAPSad, pudemos perceber a importância de serem levados em conta não somente as forças motrizes que dizem do fenômeno, mas também a polissemia conceitual. Seria, no mínimo, reducionista não ampliarmos o nosso debate, uma vez que os processos de medicalização da vida se mostram de diferentes maneiras nas práticas discursivas das pessoas que fazem uso do serviço de saúde mental.

Consideramos pertinente destacar que, dialogando com M. J. Spink (2010), diante da observação de campo e a escuta atenta da fala espontânea das pessoas com as quais estivemos dialogando, foi possível acessarmos a medicalização da vida não somente pelo termo que define nossa principal “área de interesse”, ou seja, do modo como a nomeamos teoricamente, pois nem sempre as pessoas vão nomear os processos vividos e os posicionamentos construídos enquanto medicalização ou medicamentação, por isso levamos em conta o que compõe o “vocabulário espontâneo” (M. J. Spink, 2010) das pessoas que frequentam o CAPSad II.

Conforme dito em nosso capítulo teórico, cabe-nos reiterar que os posicionamentos identitários são aqui entendidos a partir de uma ótica não cristalizadora e/ou estática. Ao colocarmos a questão “quem somos?” devemos pensá-la em seu caráter de abertura para respostas que serão apresentadas enquanto mutáveis, uma vez que elas dependem das posições em que nos encontramos em nossas práticas discursivas (M. J. Spink, 2013; Davies & Harré, 1990). Ou seja, entende-se que não é possível pensarmos em uma identidade engessada e marcada por uma linearidade, pois ela é compreendida a partir de situações dialógicas que são constituídas por histórias a partir das quais os sentidos são produzidos. Por isso, fala-se em contextos situacionais, contextos sociais e contextos argumentativos – e todos eles precisam ser levados em consideração.

O posicionamento é aqui entendido a partir do contato com o que há de plural nas narrativas e da articulação dessas com as práticas discursivas. Ele se dá no jogo das relações e este, como bem sabemos, é permeado por relações de poder que ditam regras e fazem eco nos nossos processos de subjetivação.

Dito isto, ao nos propormos analisar como os usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si mesmos e de seus pares no decorrer dos diários e, mais do

que isso, como estes estão articulados com a medicalização, buscamos identificar como tais posicionamentos são (re)construídos discursivamente a partir, dentre outras, da ótica moral e medicalizante que atravessa as trajetórias terapêuticas daqueles e daquelas que fazem uso do serviço de saúde mental. Buscamos, enfim, compreender como essas pessoas constroem seus posicionamentos identitários frente ao complexo fenômeno da medicalização – atentando não somente para as permanências no discurso hegemônico, mas também para as rupturas produzidas.

Assim, diante do exposto e voltando-nos para a análise propriamente dita, iniciamos apresentando uma música que foi composta, coletivamente, no CAPSad II. Tal canção não foi produzida no momento em que estávamos realizando as nossas atividades de pesquisa no serviço. No entanto, em um dos encontros dos quais participamos, uma das profissionais com a qual estivemos dialogando, falou um pouco sobre o processo de construção da mesma. Segundo ela, foi proposta, inicialmente, uma questão reflexiva: “quem é você perante o grupo?” e “o que vocês têm a dizer para a sociedade?”. Conforme explicou a profissional, o objetivo da pergunta era abrir o espaço para um diálogo sobre como as pessoas pensavam o pertencimento ao grupo e, para além disso, como cada pessoa se posicionava. A partir disso surgiu a canção intitulada “Eu sou quem sou”.

Em uma das nossas idas ao serviço, durante a participação na oficina mediada pela profissional, a música foi cantarolada por algumas pessoas que estavam presentes. O movimento chamou atenção – ora pela letra, ora pelo modo como as pessoas faziam ecoar cada verso. Suas linhas representam posicionamentos identitários. Diz do pertencimento e do reconhecimento de si enquanto parte de um grupo. Sentidos são produzidos. Suas entrelinhas, por sua vez, parecem representar o que vai além. Vejamos:

*Eu sou gente eu sou cidadão  
Tenho meu valor e eu quero atenção  
Quero respeito isso não é favor  
Tenho direitos aonde quer que eu for  
– EU SOU QUEM SOU*

*Nas dificuldades sem oportunidade,  
Perdi confiança e minha identidade  
Me fortaleci com tudo o que aconteceu*

*Pois o CAPS ad um caminho ofereceu  
– EU SOU QUEM SOU*

*Admiti meus erros certos construí  
O CAPS AD me ajudou a evoluir  
Na minha vida hoje eu sou um vencedor  
Quando é difícil a vitória tem sabor  
– EU SOU QUEM SOU*

*O tabu não foi quebrado, esse dia vai chegar  
A luta não é só minha, vamos compartilhar  
Chega de preconceito, pois isso é banal  
Defendo a liberdade na saúde mental  
– EU SOU QUEM SOU*

*Tenho capacidade se quiser mudar  
Preciso da família para me ajudar  
Quero ter amigos de consideração  
Pra me dar apoio na superação  
– EU SOU QUEM SOU*

*Sigo vencendo um dia de cada vez  
Compreendo a vida, a rotina e as leis  
Certas angústias, isso já passou  
Abaixo de Deus foi o CAPS que ajudou  
– EU SOU QUEM SOU*

Já no primeiro verso da canção, ao afirmarem “eu sou gente, eu sou cidadão”, os usuários posicionam-se enquanto cidadãos detentores de direitos e nos dão pistas de uma possível (e necessária) afirmação de si e de pares frente a uma sociedade que, pautada nos discursos moral, religioso, médico e jurídico – todos imbricados no fenômeno da medicalização da vida – costuma posicionar as pessoas com uso “problemático”<sup>13</sup> de drogas num lugar de desvalor, deslegitimação de tais direitos e, mais do que isso, discursos que

---

<sup>13</sup> Optamos por deixar entre aspas a definição do uso “problemático” de drogas não prescritas, pois entendemos que tal terminologia, levando em conta o discurso médico-moral que a sustenta e legitima, medicaliza e coloca, mais uma vez, enquanto experiência-problema o que vivem os usuários. Logo, posiciona enquanto “problema” não somente a relação com as substâncias, mas a pessoa usuária. Ou seja, a expressão é, por si só, medicalizada e medicalizante.

limitam o acesso e a garantia dos mesmos. Assim, “ser gente” parece-nos uma reafirmação que confronta tais discursos e que reposiciona as pessoas usuárias de drogas não prescritas – e usuárias de um serviço de saúde mental – no tecido social. Pessoas que, a partir desse lugar de usuárias, e diante da convocação da profissional do CAPSad, fazem questão de colocar: “tenho direitos aonde quer que eu for”.

Na letra da música, os usuários afirmam que, diante das dificuldades enfrentadas – aqui entendidas, principalmente, a partir do uso “problemático” de álcool e outras drogas, levando em conta o fato de ter sido composta no CAPSad – afirmam ter perdido “a confiança” e “a identidade”. Ou seja, parece ser feita uma relação do uso das substâncias não prescritas com a perda da confiança em si mesmos e, supomos, na relação com outras pessoas, assim como a “perda da identidade”, ao afirmarem que “nas dificuldades sem oportunidade, perdi confiança e minha identidade”. Tal colocação parece (co)responder à realidade social medicalizada que individualiza o sofrimento e/ou “dificuldades”, assim como posiciona num lugar de descrédito e de falta de confiança as pessoas com uso “problemático” de drogas, colocando-as, em muitos casos, frente a um suposto abafamento daquilo que os usuários vêm a chamar de “identidade” – aqui reduzida ao uso de drogas e pensada de maneira fixa e enquadrada em moldes sociais que são, não raras vezes, legitimados e impostos a partir dos processos de medicalização da vida.

Os usuários fazem uso de um tom que soa otimista e resiliente ao falarem que “me fortaleci com tudo o que aconteceu”. Tal colocação nos remete ao discurso medicalizante de superação que, frequentemente, se faz presente no serviço e que parece atender ao que se espera de quem está “em tratamento” devido ao uso “problemático” de álcool e outras drogas. Assim, os usuários colocam que foi possível se fortalecer com as dificuldades enfrentadas e, a partir disso, parecem se deslocar da posição apresentada inicialmente – a de pessoa “sem confiança” e “sem identidade” – evidenciando: “Hoje eu sou um vencedor”. Em seguida, afirmam que isto foi possível a partir da experiência no serviço, “pois o CAPS ad um caminho ofereceu”. Assim sendo, parece-nos que o serviço de saúde mental é aqui colocado enquanto um lugar de orientação e de criação de possibilidades para o manejo das dificuldades enfrentadas e que, a partir dele, os usuários podem se posicionar enquanto “vencedores”.

Ao acessarmos o posicionamento de “vencedor” que é posto na canção, surge a identificação de uma polarização que costuma ser comum nos espaços de “tratamento” de

peessoas com uso “problemático” de álcool e outras drogas e esta diz da distinção entre pessoas vencedoras e aquelas que, por não seguirem o *script* medicalizante previamente criado, podem ser posicionadas enquanto perdedoras. Assim, parece-nos que não há uma transgressão na posição de vencedor, mas uma espécie de negociação de um posicionamento que é socialmente aceito em detrimento daquele que seria de menos valia.

Ainda sobre o verso no qual os usuários afirmam que “o CAPS ad um caminho ofereceu”, consideramos pertinente destacar que não fica evidente se a criação de tal caminho assume um caráter de cogestão, ou seja, com a participação do usuário na construção e manejo de seu processo terapêutico, produzindo autonomia; ou se se trata de um caminho “oferecido” – um eufemismo medicalocêntrico para a imposição de “tratamentos” – por um serviço que, enquanto mais um dispositivo da medicalização, numa relação de tutela, acaba por incentivar e operar em prol da normatização dos comportamentos de modo que a pessoa volte a garantir sua “confiança” e sua “identidade” diante da sociedade. Em outras palavras, que o usuário volte a caber nos moldes sociais que são impostos e que passam a ser, em certa medida, almeçados pelos mesmos enquanto posicionamentos a serem garantidos.

Na canção, há um movimento de constante retorno ao CAPSad enquanto via de acesso para uma possível mudança. Faz-se presente uma espécie de exaltação do serviço de saúde como se este, por si só e a partir de todo o seu aparato médico-técnico-especializado, fosse o suficiente para reposicionar as pessoas usuárias. Identificamos isto a partir do lugar de destaque que é dado ao serviço em outros versos, como: “O CAPS AD me ajudou a evoluir” e “Abaixo de Deus foi o CAPS que ajudou”. Embora o questionamento inicial que inspirou a canção tenha se voltado para os usuários e usuárias perguntando-lhes “o que vocês têm a dizer para a sociedade?”, inferimos que, por ter sido construída no decorrer de uma oficina realizada no serviço, logo, num contexto de interação com outros usuários e com a profissional mediadora da atividade, os posicionamentos identitários se apresentam diretamente atrelados ao serviço. As pessoas parecem ter uma vida marcada por um antes e um depois do serviço de saúde mental, dando-nos pistas de uma articulação e certo grau de dependência com o CAPSad.

Ao seguirmos acessando o que é dito na canção, nos parece haver a construção de uma posição interativa – na qual o que uma pessoa diz posiciona a outra – ao ser mencionado que “a luta não é só minha, vamos compartilhar”. As pessoas colocam-se enquanto parte de

um grupo que precisa lutar por mudanças, uma vez que “o tabu não foi quebrado”. Há uma identificação coletiva e o reconhecimento da existência do tabu e do preconceito – reforçados por discursos medicalizantes que se pautam em tal realidade para vender seus “tratamentos” – como sendo uma realidade das pessoas com uso “problemático” de drogas, assim como pessoas usuárias do serviço de saúde mental.

Há, ainda, por parte das pessoas usuárias, uma convocação para a ruptura frente ao modo como são posicionadas numa sociedade produtora de estigma e exclusão: “Chega de preconceito, pois isso é banal”. Há o endereçamento da fala e aqui os interlocutores parecem representados pela sociedade de maneira mais ampla, mas não somente. Ao se posicionarem enquanto pessoas que lutam pela garantia de seus direitos e ao afirmarem que “defendo a liberdade na saúde mental”, identificamos que parece haver um movimento de resistência e a compreensão de que os deslocamentos esperados, no que diz respeito às posições impostas socialmente para os usuários e usuárias de drogas não prescritas, também devem ser articulados com a própria defesa de uma saúde mental pautada na liberdade – o que parece nos implicar no tensionamento das relações de poder e de tutela que muitas vezes se mostram enquanto realidade nos serviços substitutivos e que parecem surgir nas entrelinhas do que é dito.

Assim, a ruptura, a nosso ver, não diz somente do preconceito, mas das práticas medicalizantes que sufocam a autonomia e aprisionam pessoas usuárias da saúde mental em lugares estáticos e não fluídos. No entanto, ainda que haja a proposição e a defesa da liberdade na saúde mental, cabe-nos refletir sobre o que vem a ser essa tal “liberdade”. Quem a define? O que significa falar sobre a liberdade em serviços substitutivos que ainda assumem práticas medicalizantes pautadas numa lógica manicomial? Não seria essa “liberdade” mais uma componente de *slogans* que, em alguns serviços de saúde mental, sofreram uma espécie de saciação semântica<sup>14</sup> na qual muito se fala sobre a liberdade, mas pouco se vê na prática de profissionais de tais serviços?

Ao mencionarem que “tenho capacidade se quiser mudar”, os usuários e usuárias se posicionam enquanto pessoas que podem alterar suas trajetórias de vida. Ainda que querer

---

<sup>14</sup> A saciação semântica é um fenômeno a partir do qual uma palavra, ao ser repetida diversas vezes, se afasta de seu significado. Fonte: <https://www.greelane.com/pt/humanidades/ingl%C3%AAs/semantic-satiation-1691937/>.

não implique em poder (e/ou ter acesso às necessárias condições para) mudar, uma vez que as pessoas que compuseram a canção estão se dirigindo a uma sociedade pautada no controle dos corpos e amparada em discursos medicalizantes que capturam trajetórias divergentes daquilo que é imposto; os usuários e usuárias parecem romper com os discursos de descrédito que frequentemente são dirigidos às pessoas com uso “problemático” de álcool e outras drogas e, além disso, ao reafirmarem que têm “capacidade” de assumir um movimento de mudança, parecem trazer à tona a posição de “incapacidade” que costuma ser produzida socialmente e tantas vezes utilizada pelo discurso biomédico para legitimar suas práticas de tutela e controle.

Parece haver um rompimento ao se posicionarem enquanto pessoas “capazes” de mudar a realidade em que vivem, ao mesmo tempo em que é dito que “preciso da família para me ajudar”. Em alguma medida, os usuários parecem atrelar tal possibilidade de mudança ao apoio da família, assim como ao desejo de “ter amigos de consideração” para lhes dar apoio. Nesse caso, a partir da menção à “família” e aos “amigos de consideração”, identificamos uma possível ruptura com a medicalização a partir da descentralização do serviço como sendo a única via possível para uma suposta mudança.

Tendo em vista o que preconiza a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a família é entendida como fundamental nos processos de cuidado dos usuários e usuárias, tornando-se parte da rede intersetorial em saúde e, mais do que isto, das múltiplas redes de apoio. No entanto, atentamos para o fato de que há também um desejo que se mostra atrelado, ideologicamente, ao discurso hegemonicamente aceito, uma vez que as pessoas restringem o grupo que pode lhes ajudar à família e aos ditos “amigos de consideração” e parecem corresponder, desse modo, ao que costuma ser esperado das mesmas. Nos questionamos sem esperar respostas prontas: E se o caminho da superação também se der por outras vias? E se os vínculos não se limitarem somente à família tradicional? E se os amigos não forem aqueles que, dentro da norma, são tidos como “de consideração”, logo, os que não desviam do esperado? O que diria a sociedade para a qual a música parece ter sido composta?

Além do que já foi exposto, os usuários e usuárias fazem ecoar na canção os seus processos e se posicionam enquanto pessoas que compreendem “a vida, a rotina e as leis”. Aqui, parece-nos que há uma afirmação de quem, pacientemente, “vencendo um dia de cada

vez” em seu processo de cuidado, se coloca frente a um processo que parece estar relacionado com “as leis” que definem como as pessoas devem se portar – e aqui destacamos: as leis, sustentadas pelo Estado enquanto força motriz que também define a medicalização, atravessam a teia de relações de poder que definem como os usuários e usuárias devem viver suas vidas não somente no serviço de saúde mental, mas para além deste.

Nos últimos versos, ao se colocarem enquanto pessoas que superaram “certas angústias”, levando em conta o sofrimento relacionado a determinadas experiências de vida, os usuários relacionam tal superação ao CAPSad e este é colocado em posição quase divina, pois “abaixo de Deus foi o CAPS que ajudou”. Aqui a espiritualidade, a partir da figura de “Deus”, surge enquanto definidora de um reposicionamento diante da angústia e, abaixo dela, emerge o serviço de saúde mental que, nesse caso, nos soa enquanto espaço de uma possível salvação. Ou seja, o discurso religioso se encontra com o discurso da medicalização e estes – numa relação que não se inicia com esta canção, pois estamos falando sobre duas grandes instituições definidoras de “modos de ser” (Goffman, 2017) – parecem definir as posições de usuários e usuárias e a maneira como estes e estas se posicionam frente às suas experiências.

Para além da canção analisada, dentre os posicionamentos que emergiram no decorrer dos encontros, surgiram falas sobre o não lugar da pessoa usuária de drogas levando em conta o posicionamento que diz de si enquanto pessoa desamparada. Numa das oficinas das quais participamos, esta posição foi colocada de maneira direta. Vejamos:

Quando foi convidado a compartilhar a sua experiência com as pessoas presentes na oficina, um usuário começa a falar sobre o seu retorno para casa após passar um tempo afastado e se remete à abstinência vivida. Coloca que “foi importante ter para onde voltar” enquanto outras pessoas não têm essa possibilidade. Diz que veio a sensação de que ali era o seu lugar, como se estivesse se dando conta disso após ter passado um tempo fora. Outro usuário coloca que mesmo fazendo uso esporádico [de álcool], sabe que é importante ter um lugar. Diz que a casa onde ele mora com o pai e o irmão não é o melhor para ele, pois ninguém o aceita. Diz que é humilhado e sempre tem conflitos. Desabafa ao dizer que “é muito desamparo”.

Aqui, a partir de experiências distintas, nos deparamos com o não lugar das pessoas usuárias de drogas. Por um lado, um usuário reconhece a sua realidade e a posição de outras pessoas, referindo-se ao fato de que ele teve para onde voltar, “enquanto outras pessoas não têm essa possibilidade”. Afirma que teve o seu espaço de retorno garantido – atrelando-o,

logo em seguida, à sua experiência de abstinência. Nesse contexto, ao acessarmos o discurso da abstinência, em se tratando do uso de drogas não prescritas, a identificamos enquanto uma realidade social que costuma ser esperada, quando não imposta, nos/pelos dispositivos de saúde – contexto no qual a posição foi colocada. Assim sendo, ao mencionar que “foi importante ter para onde voltar” e que “veio a sensação de que ali era o seu lugar”, se referindo à sua casa, parece-nos que o usuário teve o seu lugar garantido por se dispor a estar abstinente. Ou seja, a partir disso, foi aceito.

Por outro lado, ao ouvir o que estava sendo colocado pelo colega, o segundo usuário, em contraponto, menciona que “mesmo fazendo uso esporádico [de álcool], sabe que é importante ter um lugar”. Ou seja, ele nos leva a inferir que ainda que não esteja abstinente – rompendo com o que é imposto por discursos pautados na medicalização – reconhece a importância de “ter um lugar”, dando-nos a entender que a abstinência não deveria ser definidora de tal questão. No entanto, o usuário coloca que sua casa não é o melhor lugar para estar, uma vez que “é humilhado e sempre tem conflitos”. Ou seja, ainda que tenha “um lugar”, por não atender ao que é possivelmente esperado, se vê diante do desamparo. Assim, a casa, enquanto espaço físico a ser habitado, não parece ser suficiente se o usuário posiciona-se enquanto desamparado diante do fato de não suprir a demanda da abstinência aparentemente também imposta e/ou esperada por seu pai e seu irmão – como sendo interlocutores – representantes da família enquanto instituição social.

Nesse contexto, parece-nos evidente que ao vivenciar a experiência da abstinência – uma abordagem que compõe o repertório médico tradicional e que, em alguns casos, exclui a Redução de Danos enquanto política de cuidado a ser adotada – o primeiro usuário consegue garantir o seu lugar. Ele é legitimado por atender ao que o discurso médico hegemônico – assim como a sociedade e a própria família – costuma demandar e/ou impor para as pessoas que fazem uso “problemático” de álcool e outras drogas. O segundo usuário, por sua vez, menciona o uso esporádico de álcool, como quem sinaliza, conscientemente ou não, que não segue o mesmo caminho que o colega e, em seguida, fala sobre sua situação de desamparo em casa. Por estar diante de pares e de uma profissional do serviço de saúde mental, ao dizer “mesmo fazendo uso”, surge uma espécie de justificativa diante da realidade que vive.

Em outra situação, ao final da oficina que estava sendo realizada, um dos usuários que frequenta o serviço – Brilhante – se aproximou da pesquisadora e colocou que gostaria de conversar um pouco, pois estava se sentindo angustiado e, segundo o mesmo, não tinha com quem desabafar. Procurou um lugar confortável – um sofá antigo que fica em uma das salas da entrada do serviço – e, ao sentar, começou a falar:

Brilhante diz que fica angustiado e sem saber o que fazer, pois fica entre “a casa de um e de outro” e já não quer mais estar na residência pública, pois não o aceitam como ele é. Fala que lá, “além de tudo”, tem que estar em abstinência. Brilhante diz que sempre foi “largado e desamparado”. Afirmo que não tem condições de ficar nessa. Eu percebo o seu movimento e entendo que ele está ali desabafando. Não me coloco num lugar investigativo, mas de acolhimento. Falo que me parece que ele está tentando pensar mais em si. Ele diz que tenta, mas que sempre foi assim. Brilhante é uma pessoa sempre muito sorridente, mas hoje estava cabisbaixo. Aliás, tem estado assim nas últimas vezes que o vi.

O usuário se posiciona enquanto pessoa que sempre fora desamparada e que fica entre “a casa de um e de outro”. Afirmo que já não aguenta mais, no entanto parece ser desafiador mudar o fluxo da experiência quando, na vida prática, as condições de acesso à moradia lhe são negadas – seja pela ausência de políticas públicas consistentes, seja pela imposição da abstinência que é colocada na “residência pública”<sup>15</sup> à qual o usuário se refere, pois “lá, ‘além de tudo’, tem que estar em abstinência”. A residência parece ser posicionada enquanto mais um dispositivo da medicalização. Desse modo, atrelando-se à medicalização, que legitima o discurso da abstinência enquanto via (única) de “tratamento” e nega a possibilidade da RD (também) enquanto estratégia de cuidado e política a ser adotada; o desamparo, aqui, parece-nos ir além de um sentimento, uma vez que se mostra enquanto um posicionamento relacionado à ausência de uma casa para morar e produzir vida.

Seguindo com o que está sendo dito na conversa com a pesquisadora,

---

<sup>15</sup> Trata-se de uma casa de acolhimento que, segundo o usuário, é coordenada por um pastor. Lá moram pessoas em situação de vulnerabilidade que não têm para onde ir. Embora mencione que se trata de uma “residência pública”, levando em conta que não paga para estar lá, a casa não compõe o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) que, de acordo com Brasil (2004), dentre outras, acolhe “pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico” (Brasil, 2004, p. 8).

Brilhante diz que ficar indo pro ‘abrigo’, que é coordenado por um pastor, por mais que seja um teto, não é bom, pois, além de tudo, não respeitam a sua orientação sexual. Precisa ficar saindo para encontrar as pessoas às escondidas. Não tem liberdade para ir e vir.

Ao se posicionar enquanto pessoa que “não tem liberdade para ir e vir”, Brilhante menciona a sua orientação sexual enquanto realidade não respeitada na residência que mora. Nesse contexto, ao relacionarmos a colocação do usuário com a discussão sobre a medicalização da vida, aqui reiterada pela figura do pastor, nos voltamos para o discurso religioso que por muito tempo foi (e ainda é)<sup>16</sup> legitimado pelos processos de patologização da homossexualidade que, até pouco tempo atrás, levando em conta o tempo longo da história, estava inserida no campo das ditas “patologias mentais”, tendo sido retirada da lista de doenças do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 1973, pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), e, em 1990, retirada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Levando em conta o direito à moradia e a liberdade “para ir e vir”, nos voltamos para a reflexão sobre direitos outros que são violados. Diante disso, um dos posicionamentos que se fizeram presentes nas falas (e nos silêncios) das pessoas com as quais dialogamos diz respeito à violação de direitos como sendo algo que as define. Ou seja, os usuários do serviço se posicionam enquanto pessoas com direitos constantemente violados. Sobre isto, em um dos encontros que aconteceram no CAPSad, após uma oficina e enquanto alguns usuários esperavam para ser atendidos pelo médico psiquiatra, uma situação pôde ser vivenciada:

Enquanto eu e Sr. Alves conversávamos, outro usuário se aproximou de nós – Sr. Sábio. Ele ficou ali por perto nos ouvindo. O usuário parecia esperar um espaço entre as pausas da nossa conversa para que pudesse se colocar. Quando foi possível, ele logo comentou que tem passado por sérias dificuldades. Sr. Alves e eu lhe ouvimos.

---

<sup>16</sup> Ao afirmarmos isto, levamos em consideração o retrocesso ético e político que voltou a eclodir, em 2017, quando a Resolução 01/99, que considera que “não cabe a profissionais da Psicologia no Brasil o oferecimento de qualquer tipo de terapia de reversão sexual, uma vez que a homossexualidade não é considerada patologia” (CFP, 2018), foi alvo de uma ação popular movida por um grupo de psicólogas e psicólogos, com inclinação religiosa, defensores do uso de terapias de reversão sexual. A Justiça Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal (DF) acatou parcialmente o pedido liminar, reabrindo o debate sobre o uso de terapias de reversão sexual. No entanto, em janeiro de 2020, o Supremo Tribunal Federal determinou o arquivamento da Ação Popular (CFP, 2020).

Lhe perguntei o que estava acontecendo e o usuário passou a falar sobre a dificuldade de se aposentar. Contou que há um tempo vem tentando “se encostar” pelo INSS, mas não consegue um laudo. [...] O usuário é idoso e parece cansado. Eu lhe disse que parece ser difícil precisar lutar por sua aposentadoria, mesmo sendo o seu direito enquanto cidadão. Ele fala que é muito complicado e que “pobre não é visto como cidadão”. “Não tenho direito a nada não”. Me fala que a sorte dele é que, por ter 67 anos, conseguiu a carteirinha do ônibus e que anda gratuitamente.

Ao colocar o seu desejo de se aposentar e mencionar que teve seu pedido negado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), identificamos a relação de poder que o impede de acessar o seu direito. Aqui, o discurso e o poder médico surgem na ausência do laudo que o usuário necessita para conseguir dar prosseguimento à sua aposentadoria, uma vez que a perícia deve ser feita pelos médicos do Instituto. É este mesmo discurso que, construído socialmente, parece definir as pessoas que estão aptas ao trabalho, assim como aquelas que são entendidas enquanto não produtivas.

Ao mencionar que está tentando se “encostar pelo INSS”, termo utilizado para se referir à aposentadoria “por invalidez”, atentamos para a posição que diz da impossibilidade de trabalhar e da necessidade de encontrar apoio na instituição que deveria garantir o seu direito, no entanto, o usuário identifica a violação e afirma que “pobre não é visto como cidadão” e que “não tenho direito a nada não”. Ou seja, a partir de sua realidade socioeconômica, posiciona-se enquanto pessoa que não é vista como cidadã e que, enquanto tal, não tem garantido o direito de receber o laudo que garantiria a aposentadoria almejada. O usuário identifica a violação e parece ter ciência de que no sistema em que está inserido, há um processo de negligência e negação de direitos caso a pessoa faça parte da (grande) parcela de pessoas pobres que compõem a sociedade.

Ainda atentando para a violação de direitos enquanto realidade que posiciona os usuários do CAPSad enquanto pessoas deslegitimadas e invisibilizadas pelo sistema, outra cena corrobora o que estamos colocando. Neste caso, o posicionamento surge após o questionamento que uma profissional faz no decorrer de uma das oficinas.

Ao ser questionado se “já perdoou alguém?”, usuário passa a trazer algumas situações que viveu numa clínica privada de reabilitação e afirma que passou muito tempo com “rancor no coração”, mas que resolveu perdoar quem “fez mal” para ele. Tal clínica, segundo o usuário, localiza-se em um município vizinho da cidade [de Campina Grande] e, como tenho conhecimento, sei que ela assume um viés religioso em seus

processos de “tratamento” – algo comum dessas instituições.. [...] O jovem passa a narrar situações de tortura e fala sobre o comportamento dos profissionais da referida instituição. Diz que lá ele não conseguia sentir fome. Estava sempre angustiado e sem forças para se alimentar. Coloca que, além de tudo, a comida era ruim e tinha mal cheiro. Outro usuário, que também estava participando da oficina e que estava sentado ao lado do primeiro, afirma que é tudo verdade, pois ele também esteve no mesmo local. Diz que “só sabe o que é uma clínica de reabilitação quem passa por ela”. [...] Seguindo o testemunho, o usuário mais jovem conta que ao se recusar a comer, sofria muitos castigos. Era colocado na sala de triagem, que servia “como uma espécie de solitária”, afirma. Nesse espaço, ele passou alguns dias e, enquanto materialização do castigo, eram retirados os medicamentos até que ele aceitasse comer. Sofria com a abstinência. O usuário diz que depois de muito sofrer, surtou “do nada” e quebrou as coisas que tinha por perto, “aí ficou pior ainda”. O colega ao lado lhe acolhe mais uma vez. Diz que também sofreu na pele e que é assim que tratam todos. “Ninguém tem direito a nada”, afirma. Fala que “o companheiro” sempre foi muito calmo e “na dele” e o que fizeram com ele era uma covardia. Afirma que na clínica eram muito cruéis. A profissional escuta os dois e diz que é uma situação muito delicada. Fala que não é algo para ser aceito e diz que hoje, com “essa proposta toda de reforma antimanicomial é um processo importante para mudar essa situação... que bom que vai mudando”. Ela fala que, apesar de tudo, fica feliz por saber que o usuário conseguiu superar o que fizeram com ele e que agora está em paz. [...] Nesse momento, todos ficam em silêncio e eu observo atentamente o modo como as pessoas parecem sentir e respeitar o momento do usuário. Há uma espécie de cumplicidade silenciosa. Algo me faz crer que os presentes sabem – uns mais, outros menos, pois são vivências plurais – o que o silêncio significa. Há empatia. O colega ao lado pega no ombro do usuário e diz algo como “força, irmão”.

Como afirma o usuário que também havia passado pela mesma instituição, “só sabe o que é uma clínica de reabilitação quem passa por ela”. Ao acessarmos os testemunhos dos usuários, identificamos que a deliberada e grave violação de direitos é legitimada por discursos institucionalizados, religiosos e medicalizantes – aqui representados pela clínica de reabilitação – e parece ser uma realidade comum para quem passa por tal instituição de confinamento. No contexto da oficina, “há uma espécie de cumplicidade” não somente no decorrer das falas de quem passou pela mesma situação, mas na postura dos pares que escutam os dois usuários.

Ao “narrar situações de tortura” e mencionar “o comportamento dos profissionais” – atrelando-os à tais práticas de violação – parece-nos possível inferir que, acessando as experiências, cada um a partir de sua realidade, os usuários se posicionam enquanto pessoas que se veem frente a situações de violação de direitos que foram operadas a partir das relações de poder presentes na clínica.

As cenas de tortura começam a ser trazidas a partir do momento em que o primeiro usuário coloca que como “estava sempre angustiado e sem forças para se alimentar”, “não conseguia sentir fome”. Ele parece justificar sua relação com a comida a partir de como estava se sentindo. Diante disso, recusando-se a comer, os castigos surgiam e eram materializados a partir da lógica de confinamento, “como espécie de solitária”, e da retirada dos medicamentos – algo comum nas práticas manicomiais e que encontram no discurso médico respaldo e legitimação para a violação de direitos. Ou seja, o controle era operado não só pela via do medicamento enquanto contenção química e para amenizar os efeitos da abstinência imposta pela instituição; como também da retirada forçada do mesmo enquanto castigo por uma possível desobediência ao que estava sendo imposto pela clínica – ainda que o fato de não conseguir se alimentar estivesse relacionado à angústia e não a um suposto “mau” comportamento. Aqui, o medicamento prescrito se torna moeda de troca – ora amenizando os efeitos da abstinência advinda da suspensão do uso de drogas não prescritas, ora produzindo tais efeitos a partir da retirada compulsória.

Falando sobre a realidade do colega mais jovem e afirmando que “também sofreu na pele e que é assim que tratam todos”, o segundo usuário coloca que “na clínica eram muito cruéis”. Isto nos leva a crer que parece haver a compreensão de que os profissionais estavam agindo em conformidade com o que parecia ser comum (e aceito) na instituição. Ou seja, toda e qualquer violação de direitos passa a ser vista enquanto naturalizada, uma vez estamos nos referindo a um espaço de reabilitação para pessoas com “dependência química”, logo, espaço legitimado pelo saber-poder médico e, mais do que isso, por uma orientação moral-religiosa – para a qual tudo vale em nome da demonização da pessoa usuária de algumas drogas (Dolores, Galindo & Pimentel-Méllo, 2017).

Há o reconhecimento das violações vividas, mas, em alguma medida, parece-nos haver o reforço da posição de pessoa que não consegue se deslocar desse lugar, uma vez que assumiu comportamentos condenáveis do ponto de vista médico, jurídico, religioso e moral. Cabe-nos mencionar que, no contexto da oficina, isto parece ser evidenciado no discurso da profissional que estava mediando a atividade. Embora ela afirme que a situação apresentada pelos usuários “é muito delicada” e “que não é algo para ser aceito”, ao colocar que “fica feliz por saber que o usuário conseguiu superar o que fizeram com ele e que agora está em paz”, a profissional parece não abrir espaço para o tensionamento que entendemos enquanto

necessário e potente e que poderia gerar um deslocamento dos posicionamentos identificados.

Questionamo-nos e lançamo-nos à reflexão: Até que ponto o usuário, de fato, “conseguiu superar” tal experiência? Em pensando a questão inicial que foi feita pela facilitadora da oficina – “já perdoou alguém?” – a fala do primeiro usuário não estaria suprimindo a demanda da profissional e silenciando os ecos que parecem existir diante do que foi vivido pelo mesmo? Não seria o “perdão” um reforço do discurso religioso no qual as violações vividas foram também respaldadas?

No decorrer dos encontros que aconteceram no CAPSad, outro posicionamento identitário surge: o da pessoa usuária como sendo “sem futuro”, “sem rumo” ou “sem perspectiva”.

Durante a participação em uma oficina, quando questionado sobre o que lhe deixa triste, um usuário fala que sente remorso e raiva do pai e dos irmãos. Não se sente compreendido e é constantemente julgado como “desocupado e sem futuro”. Fala que costuma ser uma pessoa tranquila, mas que em casa é totalmente diferente. Diz que não tem paciência e acaba sendo muito duro. Afirma que é uma pessoa boa, “mas onde não tem paz, não tem negócio”. Conta que são muitos anos de problemas familiares relacionados com o álcool. Ele fala sobre o vício em “jogos apostados” e coloca que aprendeu a beber com o pai.

Durante uma conversa que tivemos após a oficina, Brilhante fala que sabe que nunca tomou “um rumo” e que é uma pessoa “sem perspectiva”, pois a vida que escolheu viver não deu outra opção. O acolho e coloco que parece que é como ele se percebe, pois já havia dito o mesmo em outro momento. Ele afirma: “Mulher, eu sei como as coisas funcionam. [...] Eu ouvi isso a vida toda”.

Nos dois trechos citados, encontramos um posicionamento comum que surge em diferentes momentos no CAPSad II. As pessoas se colocam e são colocadas como “sem futuro”, “sem rumo” e/ou “sem perspectivas” – como se a vida tivesse estancado nesse lugar. Tais posições costumam surgir quando os usuários e usuárias falam sobre suas histórias de vida e experiências cotidianas. No entanto, em muitos casos, percebemos que tais posicionamentos acabam se mostrando enquanto ecos de vozes outras. Há um jogo de posicionamentos que ora se mostram em seu caráter reflexivo – nos quais as pessoas se auto-

posicionam – ora se mostram interativos – ou seja, as pessoas são posicionadas por outros interlocutores (Davies & Harré, 1990).

Na primeira situação narrada, ao ser questionado sobre o que lhe deixa triste, o usuário fala sobre a relação com o pai e os irmãos e afirma que é julgado como “desocupado e sem futuro”. Ao trazer as vozes que o posicionam como tal, parece-nos que o usuário sinaliza o quanto o incomoda tal posição, uma vez que ele faz questão de, logo em seguida, romper com o que é dito ao afirmar-se enquanto “pessoa tranquila”, embora reconheça que em casa é diferente, pois “diz que não tem paciência e acaba sendo muito duro”. Ao seguir falando sobre sua realidade, o usuário volta a trazer a família e aqui parece evidenciar que suas experiências estão atreladas ao que vive em casa, pois num movimento reflexivo sobre as vivências familiares que o entristecem – levando em conta a questão que foi feita na oficina – ele constata que “são anos de problemas familiares relacionados ao álcool”, fala sobre o “vício em jogos apostados” e, por fim, coloca que “aprendeu a beber com o pai”.

Assim, entendemos que o usuário parece recorrer ao que vive há anos para, em certa medida, justificar o modo como é posicionado e isto parece fazer sentido se levarmos em consideração o fato do mesmo estar compondo uma roda com pessoas que têm experiências similares às suas, além de estar respondendo ao que foi questionado por uma profissional do serviço de saúde mental. Ao falar, o usuário realiza ações – aqui sendo evidenciada a justificativa e, em certa medida, a acusação de situações ocorridas no contexto familiar – e produz um jogo de posicionamentos com seus interlocutores, ainda que esta não seja, necessariamente, a sua intenção (M. J. Spink, 2010a).

A partir das vozes que surgem na fala do usuário – a saber, a do pai e dos irmãos – aqui atentamos também para o discurso médico que legitima tal perspectiva e corrobora a lógica capitalista-produtivista que posiciona pessoas usuárias de drogas não prescritas – assim como as usuárias dos serviços de saúde mental – como improdutivas e/ou incapazes de comporem o sistema de produção. Sendo as pessoas usuárias de drogas, não raras vezes, culpabilizadas por tal posição. Ora, basta nos questionarmos: o que significa, no modelo de sociedade e no sistema em que estamos inseridos, uma pessoa ser posicionada enquanto “desocupada”, “sem futuro”, “sem rumo” e/ou “sem perspectiva”?

Na segunda situação apresentada, Brillhante se posiciona enquanto pessoa “sem perspectiva” e coloca que “nunca tomou um rumo”, uma vez que “a vida que escolheu viver”

não lhe deu outra opção. Ao mencionar um estilo de vida pautado em experiências que, nas entrelinhas, parecem romper com o que é imposto (e esperado) socialmente – tendo em vista que Brilhante é usuário de drogas não prescritas e é no CAPSad que a conversa com a pesquisadora acontece – o usuário se coloca frente à auto responsabilização, pois apresenta a vida que leva como sendo uma escolha individual – um desdobramento do discurso biomédico que individualiza o sofrimento decorrente do uso "problemático" de álcool e outras drogas e localiza no indivíduo a responsabilidade por tal realidade, negando os determinantes sociais, culturais, econômicos e históricos de tal questão e justificando as práticas medicamentais que passam a definir o “tratamento” do usuário.

Em ambas as situações, nos parece que, ao serem rotulados enquanto “sem futuro”, “sem perspectiva”, “sem rumo” e “desocupado”, os usuários se colocam frente a uma realidade que parece não ser passível de mudança, pois, como afirma Brilhante, “Mulher, eu sei como as coisas funcionam. [...] Eu ouvi isso a vida toda”. Nas colocações de ambos não identificamos possíveis de si que rompam com os posicionamentos construídos por vozes outras – seja diretamente a partir da fala de familiares, seja por interlocutores que não são nomeados, mas que se mostram presentes “a vida toda” com o mesmo discurso. Questionamos: Que vozes são essas? Quais os interlocutores que passam a compor o discurso do usuário? A família? Os dispositivos de saúde e seus atores e atrizes? A sociedade capitalista pautada na lógica da produção? Supomos que estas possam ser algumas das possibilidades e entendemos que as etiquetas sociais que são destinadas a determinadas pessoas com uso “problemático” de álcool e outras drogas – e que tantas vezes assumem um caráter iatrogênico (Illich, 1975) – parecem colocá-las frente a uma permanência e os usuários, a partir disso, passam a construir posições de si de acordo com o que é dito sobre eles.

Em algumas das nossas idas ao CAPSad II, pudemos presenciar algumas cenas que aconteceram durante a espera das consultas com o psiquiatra. Para melhor orientar quem nos lê, chamamos esses momentos de “sala de espera”. Assim, por termos ido em dias diferentes, foi possível dialogar com pessoas distintas – tanto usuárias, quanto familiares e/ou acompanhantes que estavam presentes, além de profissionais que vez ou outra estiveram de passagem por ali.

A partir disso, foi possível identificar o posicionamento que diz do usuário de drogas e, insistimos em reiterar, usuários do serviço de saúde mental, enquanto pessoa agressiva e/ou nervosa – uma posição que, como aponta a literatura, justifica e legitima práticas medicalizantes de controle dos corpos. Em outras palavras, a pessoa agressiva e nervosa, logo, perigosa, é medicalizada para ser controlada.

Em uma das salas de espera, presenciamos uma discussão entre Berê, uma usuária do serviço, e a sua mãe. Na ocasião, a mãe de Berê estava visivelmente incomodada por ter que estar esperando a consulta. Segundo a mesma, ela já não aguentava mais ter que ir ao serviço, afirmando que é uma mulher idosa e que sua filha já tinha condições de cuidar de si. Em alguns momentos ela afirmava que já estava cansada. Foi nessa situação, em que mãe e filha discutiam, que emergiram falas sobre a usuária ser uma pessoa agressiva e nervosa. Vejamos:

Nesse momento, a mãe de Berê começa a falar sobre algumas situações vividas com a filha. Conta que Berê “sempre deu trabalho” diante do uso de substâncias e sempre recorreu à mãe para pedir ajuda, pois as pessoas foram cansando com o passar do tempo. A mãe conta que quando a filha “arruma alguém”, fica mais tranquila, mas logo acaba e “vira problema de novo”. Menciona que a filha “tem as relações dela com mulher” e que ela não se preocupa com isso, porque o que importa é que ela “deixe de dar trabalho”. [...] A mãe de Berê continua falando. Diz que a filha é agressiva e nervosa e, por isso, já passou por relações que terminaram muito mal. Sua mãe diz que a filha já colocou fogo na casa de uma ex, assim como já esteve presa por tentativa de homicídio. Berê diz: “A senhora sabe que eu sou assim. Que eu fico nervosa”. Berê fala que depois de viver muitas relações problemáticas, prefere ficar sozinha sem ninguém pra lhe aperrear.

Durante a assembleia de usuários, a profissional [que estava mediando] fala, primeiro, sobre a sinuca. Questiona se pode se desfazer da mesa ou se os usuários preferem que ela seja reformada. Algumas pessoas – todas homens – se posicionam. Alguns dizem que gostam de ter a sinuca, pois é um espaço de interação e que serve para desopilar. No entanto, outros dizem que é desnecessário. Um usuário fala sobre a possibilidade de confusão e de uma possível situação de agressão com o uso dos tacos. Ele diz que tem pessoas “problemáticas e nervosas” que “podem surtar” e vir a machucar alguém. Fala que a sinuca já está em desuso há um tempo e que já estão acostumados.

Ao acessarmos o diálogo entre Berê e sua mãe e, mais do que isso, a posição na qual a mãe coloca a filha que “sempre deu trabalho”, a familiar parece recorrer a outros interlocutores para reiterar o que é dito, uma vez que afirma que “as pessoas foram cansando com o passar do tempo” – um discurso comum no contexto do CAPSad II, quando pessoas

que compõem a rede de cuidado de usuárias e usuários do serviço se referem ao constante retorno à situações “problemáticas” relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. A mãe afirma que quando a filha “arruma alguém” – ou seja, quando está com outra pessoa que parece assumir a responsabilidade diante da situação – a usuária fica “mais tranquila”, porém, quando acaba, “vira problema de novo”. Assim, ao pensarmos o discurso médico que patologiza, caracteriza enquanto “problema” determinados usos de substâncias e, conseqüentemente, torna “problema” a pessoa usuária, que passa a ser posicionada enquanto “problemática” – não somente dentro do serviço de saúde, mas em outros contextos sociais – parece-nos que a mãe da usuária nos coloca diante do movimento de construção desse posicionamento.

A mãe da usuária afirma que Berê é “agressiva e nervosa” e justifica o posicionamento a partir de situações vividas – quando a usuária “colocou fogo na casa de uma ex” e já esteve “presa por tentativa de homicídio”. Ela posiciona a filha reforçando o discurso presente no imaginário social que relaciona a pessoa usuária de drogas – tantas vezes diagnosticadas enquanto “dependentes químicas”, ou seja, “doentes” – com a periculosidade e, neste caso, com a criminalidade. Não estamos aqui colocando que a mãe localiza, conscientemente, a filha em tais posições, uma vez que seria imprudente de nossa parte reduzir a relação de ambas a isto, no entanto não podemos negar que a sua fala vai de encontro à construção social das pessoas que fazem uso de determinadas drogas e que é legitimada pelo discurso médico – aqui presentificado pelo CAPSad enquanto contexto no qual foram produzidos tais posicionamentos.

Ao ser posicionada, a usuária afirma: “A senhora sabe que eu sou assim. Que eu fico nervosa”. Notadamente, ao colocar que “fica” nervosa, a usuária parece se (re)posicionar rompendo com a definição da mãe, uma vez que não faz uso do verbo “ser” enquanto definição estática de si, mas o verbo “ficar”, levando-nos a pensar que trata-se de uma posição situacional. Desse modo, Berê rompe com o que vinha sendo colocado enquanto uma repetição em sua trajetória e “fala que depois de viver muitas relações problemáticas, prefere ficar sozinha sem ninguém pra lhe apertar”. Assim, ela parece apresentar uma solução que encontrou para evitar situações semelhantes àquelas apresentadas por sua mãe.

Ao analisarmos tais colocações, é possível inferir que as questões que estavam sendo expostas para a pesquisadora – que no momento estava em diálogo com ambas – surgiam

não somente enquanto desabafo da mãe, mas enquanto queixa direcionada para a filha, que precisava de acompanhante para ir à consulta com o psiquiatra – uma demanda do serviço, que solicita que usuários e usuárias sejam acompanhados por familiares e/ou acompanhantes de modo que estes possam participar diretamente do projeto terapêutico singular, ainda que a mãe estivesse ali a contragosto.

Na segunda cena apresentada, atentamos para o fato de que, ao falar sobre a sinuca e a possibilidade dela ser retirada do serviço, um usuário traz um posicionamento interativo, uma vez que ele não parece se colocar enquanto pessoa que poderia agir do modo por ele exposto – a saber, se colocar numa “situação de agressão com o uso dos tacos”. Ou seja, ele posiciona seus pares enquanto “pessoas problemáticas e nervosas” que podem chegar a se envolver numa confusão e agredir alguém. Há um olhar negativo sobre o outro e tal olhar, como já foi colocado, é facilmente identificado em sua articulação com a medicalização, uma vez que o discurso da periculosidade da pessoa louca – aqui representada por usuários de drogas não prescritas – que pode vir a “surtar” é sustentado pelo saber médico e pelo discurso social, também medicalizante, que demanda o controle de tais pessoas, como já ressaltado.

Assim, na situação, não houve uma investida, por parte dos profissionais que estavam presentes, num diálogo sobre o que estava sendo colocado pelo usuário em questão. As pessoas presentes o ouviram posicionar seus pares enquanto pessoas agressivas, problemáticas e nervosas que podiam vir a surtar e seguiram em silêncio frente a essa colocação. Logo, o posicionamento foi legitimado pela omissão de profissionais da saúde que acabaram corroborando o que foi posto e pelos demais usuários.

Os posicionamentos identitários construídos a partir do lugar que ocupa na família surgem com frequência. Em momentos distintos, num encontro informal no corredor ou em rodas de conversas que surgiam nas oficinas, foi comum ouvir os usuários – mas não só estes, pois ouvimos também de uma pessoa da família – se posicionarem e serem posicionados enquanto pessoas que geram sofrimento na família.

[Enquanto dialogávamos na sala de espera e a mãe de Berê esperava a filha sair do atendimento] A mãe da usuária fala que precisa se cuidar e que já sofreu demais na vida. Ela diz que “só quem é família de usuário sabe o que é sofrimento”, pois não é somente sobre a filha, mas sobre ela também. Um senhor que chegou depois e acabou sentando ao nosso lado enquanto esperava para ser atendido pelo psiquiatra, coloca

que é usuário, mas sabe o que é para um familiar ter que lidar com uma pessoa “com esses problemas”. Fala que já deu muito trabalho em casa e que parecia “um peso morto”. Diz que o “vício” estraga uma família e gera sofrimento. Menciona que passou a frequentar o CAPSad e ser acompanhado pelo psiquiatra. A mãe de Berê reitera o que é colocado e volta a dizer que “é muito sofrimento”. O usuário afirma que sim, mas fala que conseguiu “se libertar” e que está se cuidando.

São histórias distintas com narrativas que, em alguma medida, se encontram – seja pelo conteúdo, seja pelo contexto em que estão inseridas. Ao serem proferidas, as falas parecem fazer eco para quem ouve e já passou por situações semelhantes. O usuário de drogas, no contexto familiar, acaba se posicionando e sendo posicionado enquanto pessoa que gera sofrimento na família.

A mãe de Berê menciona que “só quem é família de usuário sabe o que é sofrimento” e afirma que não é somente a filha que sofre, mas ela também. Assim, posiciona a filha enquanto causadora de tal angústia e, mais do que isso, enquanto impeditivo para que ela possa produzir o seu próprio cuidado. Cabe-nos destacar que não estamos deslegitimando o que é dito pela mãe da usuária, uma vez que consideramos importante que ela possa cuidar de si, conforme deseja. No entanto, estamos chamando a atenção para o modo como a filha é posicionada.

Seu discurso é reiterado pelo usuário que está à espera da consulta com o psiquiatra e coloca que, embora esteja ali enquanto usuário, sabe das dificuldades enfrentadas por familiares para lidar com uma pessoa “com esses problemas”. Aqui, ao passo que ele parece reconhecer o que é dito pela mãe de Berê, o mesmo não se posiciona, ainda que seja usuário, da mesma maneira, tendo em vista que parece estar em outro momento do seu “tratamento”, localizando a sua experiência no passado ao afirmar que “já deu muito trabalho” e que “parecia um peso morto” – sendo esta segunda expressão bastante utilizada ao se referir a quem faz uso “problemático” de drogas, tantas vezes chamados de “zumbis” e “moribundos”, nos levando a fazer uma relação com o discurso biologicista que reduz o usuário de drogas a um “doente” que já não tem condições de produzir vida.

Do mesmo modo, ao mencionar que “o vício estraga uma família e gera sofrimento”, ao fazer uso do termo “vício”, que é parte do repertório linguístico dos profissionais da saúde – surgindo enquanto sinônimo para outros termos como “toxicod dependência” e “drogadição”, por exemplo – e bastante presente nas práticas discursivas não somente de tais

profissionais, mas das pessoas que transitam pelo CAPSad II, o usuário parece patologizar a sua experiência, ainda que não traga diretamente para si o que está sendo dito, porém se refere a algo que já foi vivido e, além disso, o posiciona enquanto gerador de sofrimento e faz o mesmo com os demais usuários que estiverem ainda nessa situação. Assim, a pessoa “viciada” produz sofrimento na família.

Seguindo com o que está sendo dito, o usuário afirma – se reafirmando – que conseguiu “se libertar” e que está “se cuidando” – expressões que parecem compor o repertório comum às pessoas que passam por um “tratamento” para a lida frente ao uso “problemático” de drogas. Ele parece se (re)posicionar frente à medicalização, uma vez que esta surge como uma espécie de salvadora em seu processo de libertação do “vício”.

É importante levarmos em consideração o contexto no qual a conversa entre a mãe de Berê e o usuário acontece, uma vez que, como já enfatizado, partimos do pressuposto que as pessoas se expressam de maneira diferente a depender de onde estão, com quem estão falando, o que foi dito e qual a forma de interação. Ou seja, buscamos entender porque as pessoas falam determinadas coisas num determinado momento (M. J. Spink, 2010a). Neste caso, estávamos na sala de espera e o usuário estava diante de uma mãe que se queixava da realidade vivida com sua filha. O usuário parece se posicionar diante dessa mãe enquanto pessoa que a entende e, mais do que isso, reitera sua queixa. A partir do que é dito, ele parece se redimir frente ao sofrimento que julga ter causado.

Diante do desejo de uma possível mudança de vida, o que nem sempre implica a abstinência enquanto via única de cuidado, alguns usuários e usuárias se deparam com a descrença das pessoas com as quais convivem – como se só pudessem ter credibilidade se abandonassem o uso de substâncias. No mesmo contexto que vínhamos analisando anteriormente, ainda na sala de espera, após a saída de Berê da consulta com o psiquiatra, a usuária coloca que “sua mãe não acredita nela e que se ela não acredita, não tem como mudar. A mãe questiona: ‘Quantas vezes eu vou acreditar, Berê?’”.

Este curto diálogo diz da posição da usuária enquanto pessoa sem credibilidade – um posicionamento comum para quem faz uso “problemático” de drogas e é reduzido ao diagnóstico de “dependente” – e desta enquanto barreira para a possibilidade de criação de novas trajetórias. Ou seja, ao não receber a credibilidade da mãe, a usuária afirma que, desse modo, “se ela não acredita, não tem como mudar”. Assim, ela parece colocar uma condição

– aqui representada pela conjunção “se” – para uma possível mudança e a direciona para a mãe como, em alguma medida, responsável pelo seu próprio movimento. Ela parece demandar apoio e crédito. Identificamos a convocação da usuária e a reação imediata de sua acompanhante.

O mesmo posicionamento é encontrado em outro contexto quando, durante a participação em uma oficina, outra usuária afirma: “Ela [a ex companheira] disse que eu passo vinte quatro horas bêbada. Não acredita em mim, nem que eu vou mudar. Sou sem credibilidade”.

Sobre a falta de credibilidade, em grande medida reforçada pelo discurso biomédico que reduz a pessoa usuária à substância da qual faz uso e retira da mesma a possibilidade de assumir posições outras senão pela via das intervenções médico-farmacológicas; diante das duas situações apresentadas, é possível considerar que as usuárias acabam sendo posicionadas e reduzidas ao molde social do descrédito. Dessa maneira, entendemos que o posicionamento identitário de ambas parece ser definido a partir da relação que elas estabelecem com as substâncias e, mais do que isso, a partir da ausência da abstinência que deveria ser alcançada, uma vez que uma suposta mudança só poderia vir a acontecer se as usuárias se deslocassem do lugar de repetição que emerge nas duas situações: “Quantas vezes eu vou acreditar, Berê?” e “Não acredita em mim, nem que eu vou mudar”.

Ou seja, parece que as duas interlocutoras – a mãe de Berê e a ex companheira da outra usuária – nos dão a entender que já não concebem mais a possibilidade de uma suposta mudança por parte das usuárias, nos permitindo inferir que em outros momentos tentaram “acreditar” nas mesmas. Assim, ao afirmar que sua ex companheira “disse que eu passo vinte quatro horas bêbada” e que, por isso, afirma que a usuária não irá mudar; parece-nos que, por fazerem um uso entendido como “problemático”, estas são descredibilizadas, pois não reagem conforme o esperado pelas normas sociais que são impostas por meio de discursos medicalizantes que, nesses casos, são reproduzidos também por pessoas que compõe seus cotidianos e suas redes de afeto.

É recorrente a fala sobre os problemas que as pessoas usuárias “carregam consigo” – se colocando enquanto “problemáticas” e/ou “com dificuldades” – e o quanto isto atravessa as experiências afetivas, ora afetando-as, ora sendo afetadas por tais experiências. Em outro momento, enquanto estávamos participando da confraternização de fim de ano, enxergamos

a troca de carinho e alguns encontros entre pessoas que frequentam o serviço. Brilhante e Gepeto se encontraram nesse dia e, no momento em que acontecia um bingo, trocaram contato e ficaram por ali flertando.

Ao final do bingo, Brilhante se despede de Gepeto, diz que eles podem se falar depois por telefone e ficamos só nós [a pesquisadora e Brilhante] – além dos usuários que estão se deslocando para a sala onde está o bolo que será partido. Ele me diz que gostou de ter conversado com Gepeto. Fala que já passou por muitas histórias ruins e que já conhecia o “senhor cortês” com o qual esteve flertando há instantes, mas nunca tinha se aproximado tanto. Afirma que sabe que ele também deve ter várias dificuldades, como todas as pessoas que frequentam o CAPSad, mas que irá conhecê-lo melhor.

Nesse momento, Brilhante parece romper com o fato de que Gepeto “deve ter várias dificuldades, como todas as pessoas que frequentam o CAPSad”, pois há o desejo de seguir investindo na troca que acabara de acontecer – apesar de tais dificuldades. Algumas semanas depois, ao nos encontrarmos novamente, após o término de uma das oficinas da qual participamos, Brilhante se aproxima da pesquisadora e afirma que deseja conversar um pouco. Afirma que a experiência com Gepeto tem sido desafiadora, pois “ele tem muita dificuldade com a depressão”. Nesse momento,

Seguimos conversando sobre coisas outras que foram surgindo. Brilhante fala que queria sossego e paz. Diz que observa as pessoas ali no CAPSad e percebe que muita gente tem muita dureza na vida. “Só gente problemática... é muita dificuldade, né? Né fácil não, bichinha”. Ele começa a falar sobre sua relação com as drogas. Diz que chegou a usar crack e cocaína: “não era só bebida não”. Nessas cenas de uso [espaços nos quais consumia as substâncias], acabava se envolvendo com pessoas que lhe garantiam o que ele não podia pagar e por isso, afirma, “vivia toda qualidade de relação”. Chegou a ser “furado” [remetendo-se a uma facada] por um ex companheiro, mas diz que agora está mais atento.

Aqui, o usuário vai além de sua relação com Gepeto e afirma que no CAPSad “só tem gente problemática” – um posicionamento de si e dos pares que se mostra atrelado ao discurso medicalizante uma vez que enxerga o serviço de saúde mental enquanto espaço ocupado prioritariamente por pessoas com problemas a serem “tratados”, logo medicalizados. Ou seja, é um posicionamento que diz de um grupo inserido num contexto específico – o serviço que acolhe pessoas com “uso "problemático" de drogas” – expressão utilizada com frequência –

inclusive por nós enquanto pesquisadoras – e que acaba corroborando o posicionamento colocado pelo usuário.

Ao mencionar os desafios da relação com Gepeto, diante da experiência de seu companheiro com a depressão – expressão da medicalização que acaba atravessando sua experiência e a posição de pessoa-problema – e ao se voltar para a sua experiência de vida, Brilhante coloca que já passou por relações de “toda qualidade” uma vez que estas lhe garantiam acesso ao que ele não podia custear – referindo-se às substâncias das quais fazia uso. No entanto, rompendo com o ciclo de repetições, revendo sua posição, afirma que tem estado mais atento e, mais do que isso, deseja “paz e sossego”.

Em outra situação, ao final da oficina da qual estávamos participando, uma das profissionais que estava mediando o encontro, se aproximou da pesquisadora e afirmou que gostaria de conversar um pouco. Assim, dialogando com a mesma, mais uma vez o posicionamento da pessoa usuária como sendo problemática, surge. Vejamos:

A profissional, fazendo menção ao momento no qual uma usuária se voltou para ela retomando uma situação na qual havia “perdido o controle” e se desculpendo diante de todos que estavam presentes na oficina, fala que foi surpreendida com a postura da usuária que lhe pediu desculpas. Coloca que Emi é uma pessoa vista como “problemática” no serviço – tanto por usuários e usuárias, quanto por profissionais. Ela frequenta o CAPSad há muito tempo, mas não tem uma frequência assídua. “Vem quando quer”. É vista como violenta e poucas pessoas têm paciência para acolhê-la, afirma.

A fala da profissional retoma o posicionamento da pessoa usuária enquanto “problemática” e, para além disso, nos faz pensar o modo como esse posicionamento atravessa a experiência da usuária no serviço de saúde mental. Ou seja, ao ser vista enquanto “problemática” – “tanto por usuários e usuárias, quanto por profissionais” – o seu acolhimento passa a ser comprometido, uma vez que nem todas as pessoas “têm paciência” com a mesma. Diante disso, nos deparamos com os discursos que colocam as pessoas em categorias patologizantes – ainda que nomeadas com eufemismos – e direcionam para elas um tratamento diferenciado – nesse caso, comprometendo o seu acolhimento. Cabe-nos compartilhar uma pergunta retórica que surge diante de tal posicionamento interativo: o que significa dizer, no contexto da saúde mental, que uma pessoa é tida como violenta e

problemática? Tal questão é feita pelos(as) profissionais que compõem a RAPS e por aquelas pessoas que estão acolhendo usuários e usuárias no CAPS AD?

Ao pensarmos sobre o “ser problemática”, vemo-nos diante de uma espécie de hierarquização do “ser problema” que se mostra presente não somente no serviço em questão, mas nas discussões no campo da saúde mental. Parece-nos que quanto mais problemática vem a ser a pessoa usuária – sendo tal posição definida a partir de suas experiências de vida e do modo como se apresenta diante de profissionais e pares – menos acesso ao cuidado ela terá ou mais deslegitimada será. Por outro lado, quanto mais apta à docilização dos corpos, mais bem vista e aceita será. Surge-nos, pois, mais questões a serem feitas não somente por nós (e entre nós), mas no próprio serviço de saúde mental: Quem define o grau de problema aceitável? Quem legitima a “condenação” daquelas que se mostram mais problemáticas do que outras? Não seria exatamente o CAPS AD, enquanto serviço substitutivo, que deveria romper com esta lógica e se dispor a acolher pessoas e não “problemas”?

Assim sendo, ainda nesse movimento reflexivo, encontramos outro posicionamento que diz da pessoa usuária de drogas e do serviço de saúde mental: o da negação da loucura. Ou seja, as pessoas, ao construírem posicionamentos identitários sobre si, se deslocam da possibilidade de serem vistas e se reconhecerem enquanto “loucas” ou “doidas”. Num encontro com Van Gogh, o jovem usuário do serviço com o qual dialogamos em alguns momentos, tal posicionamento emerge de maneira direta:

Enquanto dialogávamos na varanda, um usuário diz que, por eu ser psicóloga, devo entender que uma mãe que chega para o seu filho – “não só ele, mas para todo mundo” – e diz: “Meu filho... ele é frio e calculista...”, estava dizendo que o filho era “doido”. Segue falando: “Até hoje eu fico me perguntando: será que eu sou dessa forma? Sou doido? Porque hoje até uma criança bate em mim...”.

Ao refletir sobre as colocações de sua mãe, referindo-se ao fato dela falar para ele e para outras pessoas que ele era “frio e calculista”, o usuário se questiona. Diz que se pergunta se de fato “é” o que sempre lhes disseram/dizem. O lugar da loucura ora lhe parece comum, pelo modo como foi posicionado, ora lhe parece estranho – “sou doido?”, associando a loucura com a periculosidade e afirmando que “hoje até uma criança bate em mim”. Acessando outra situação, nos voltamos para algo que ouvimos nos corredores numa das visitas ao serviço. Uma profissional comentava que o mesmo usuário, Van Gogh, estava

falando de si na terceira pessoa – como se estivesse desconectado da realidade. Ela colocava que era preciso “observar melhor” o usuário.

Não negamos a importância do fato da profissional estar atenta ao modo como o usuário tem transitado por seu processo terapêutico – ainda mais se esta atenção e sua suposta preocupação for dialogada com o mesmo – no entanto, levando em conta o contexto em que foi colocada a fala, afirmando para outra profissional que é preciso “observar melhor”, assim como a intenção que parece sustentar o seu discurso, não podemos nos esquivar do olhar patologizante que parece reduzir a experiência do usuário a uma suposta desconexão da realidade.

O que nos dizem esses (e outros) olhos atentos?

[Durante a assembleia dos usuários] Seguindo com os informes, a profissional coloca a questão do uso do banheiro, pois tem chegado reclamações a respeito do mal uso. Coloca que foi encontrada uma toalha de mão cheia de fezes. Nesse momento, há uma reação geral. Pessoas riem, outras parecem impressionadas, outras se mostram irritadas. Uma usuária coloca que é muito complicado o compartilhamento do banheiro com os homens, pois há muito descaso. Ela diz que o banheiro fica sujo e que muitas vezes é impossível usar. É colocada a urgente necessidade de reorganização. Pessoas falam sobre uma situação em que passaram fezes nas paredes. Um usuário coloca que ninguém ali “é doido” e “se for doido” tem totais condições de pelo menos usar o banheiro com dignidade e que se quiser fazer mal uso, que faça em casa. Nesse momento, a profissional que está ao meu lado comenta que é preciso ter cuidado para não infantilizar as pessoas e ao invés de falar de maneira “aleatória”, pode ser importante dialogar sobre os cuidados pessoais com a higiene – orientando. Fala na expressão mencionada – “doido” – e diz que é comum ouvir isto. Ela comenta se dirigindo para mim e eu acolho sua fala. Concordo que me parece ser importante falar sobre questões como higiene pessoal, sem que seja necessário infantilizar as pessoas que sentem algumas dificuldades – até para deslocar essa ideia da “loucura” enquanto incapacidade de auto-gestão. A profissional concorda.

Na cena agora narrada, percebemos um movimento paradoxal em que há, por parte do usuário, que “coloca que ninguém ali ‘é doido’”, a negação do lugar da loucura – diante de uma roda formada no serviço e na qual estão outras pessoas usuárias e as profissionais – e, ao mesmo tempo, a possibilidade do “ser doido” endereçada para o outro. Parece-nos pertinente atentar para tal posicionamento e para a produção de sentidos sobre a loucura – que mais uma vez é direcionada para o lugar da incapacidade de autogestão, por exemplo – sendo tal lugar proposto e sustentado por, dentre outros, o discurso médico-tutelar e pela

própria lógica manicomial que tantas vezes é reforçada nos serviços substitutivos que, ao contrário, deveriam confrontar tal lógica.

Seguindo com as nossas análises, outro posicionamento surge a partir de um lugar de negação: o das pessoas usuárias como aquelas que não são amigas e/ou não podem ser vistas nesse lugar. No decorrer de uma das oficinas, enquanto as pessoas refletiam sobre suas trajetórias de vida,

Um usuário coloca que, por exemplo, as pessoas presentes na oficina não são amigas, pois se forem acabam colocando umas às outras “no mal caminho”. Ele fala de maneira mais incisiva. Observo o movimento das pessoas presentes. Algumas parecem concordar. As pessoas que concordam são todas homens. (...) Outro usuário afirma que “amigo pra levar pro bar tem e muito... agora pra tirar de lá não tem... Ninguém é amigo não”.

Seguindo, o mesmo posicionamento surge durante um diálogo que acontece em outra oficina:

O jovem fala que “quando quis deixar”, seus amigos o chamavam para a “farra”, mas ele não queria. Conta, assim, que se viu muito solitário – principalmente quando estava em abstinência, afirma – porque “não era amizade mesmo”. O usuário coloca que “nesse mundo” as pessoas “não são amigas”. Outro usuário, um homem mais velho que está ao nosso lado e que estava silencioso até esse momento, concorda dizendo que “todo mundo sabe disso”.

Esse posicionamento se mostrou bastante frequente. Parece ser comum a compreensão de que a experiência da abstinência que, como já foi ressaltado, é uma estratégia de “tratamento” que (ainda) emerge como sendo a esperada e reforçada, quando não explicitamente demandada, pelo discurso médico presente nos serviços de saúde; só pode ser vivida a partir da quebra dos vínculos tidos como de “má influência” e, mais do que isso, acaba sendo reduzida a tal, afastando, desse modo, possíveis reflexões sobre como as pessoas podem pensar e se responsabilizar por seus processos de cuidado sem, necessariamente, reduzi-los e/ou endereçá-los às pessoas que possam vir a colocá-las num suposto “mau caminho” – um termo de conotação moralizante e com forte apelo social que afasta as pessoas umas das outras e parece reforçar a experiência individual em detrimento da coletiva.

Percebe-se o endereçamento desse lugar não apenas para quem está fora do CAPSad, enquanto espaço de cuidado – e que ainda parece esbarrar na lógica do “tratamento” – mas

para os próprios pares que frequentam o serviço. Isto fica evidente quando o usuário coloca que “as pessoas presentes na oficina não são amigas” e não poderiam sê-lo. Ao ouvi-lo se posicionar dessa maneira, refletimos: o que esse discurso faz ecoar? Não estaria o usuário afirmando que as pessoas usuárias de drogas – e aqui possivelmente ele seria inserido, uma vez que frequenta o serviço – são incapazes de estabelecer vínculos sem que isto implique, necessariamente, no risco de prejudicarem os processos de cuidado uma das outras? Parece-nos que o usuário em questão posiciona, dessa forma, seus pares, mas não só eles. Posiciona-se enquanto tal.

Na contramão do que foi colocado por este último usuário, no entanto, encontramos o posicionamento de Chiquinha, uma das usuárias que estava presente na mesma oficina em que foi levantado o debate sobre “amizades”, e que se posiciona enquanto pessoa que estabelece vínculos de amizade. Desse modo,

Chiquinha coloca que ela tem amigas no CAPSad e que ninguém tira isso. “São pessoas como qualquer outra e não tem isso de ser colocada no mal caminho não... eu fui, porque eu quis... agora dizer que eu não sou amiga, nem tenho amiga?”. A usuária parece não permitir que, a partir da experiência do colega, ela também seja colocada nesse lugar. Segue sua defesa nomeando e se dirigindo para as amigas que estão na roda.

Ao ouvir Chiquinha, outras pessoas presentes parecem concordar com sua colocação. É percebido um tensionamento com relação ao lugar que está sendo ali reforçado discursivamente e o lugar no qual a usuária se coloca. Ela fala sobre os vínculos construídos no serviço de saúde mental e se posiciona enquanto pessoa que tem condições de decidir o seu “caminho”. Há, pois, uma ruptura com o que estava sendo imposto e o desejo de mostrar para as pessoas presentes que algumas posições podem ser deslocadas.

Em outros momentos, no decorrer das idas ao serviço, a colocação de Chiquinha passou a ser ainda mais presentificada. Foram várias as situações em que estávamos participando das atividades e, ao final, as pessoas presentes se organizavam para irem embora juntas – fosse pelo desejo de dar uma caminhada, fosse por morar perto umas das outras e terem condições de conseguirem uma carona ou, ainda, pegar o mesmo transporte público. Foi sendo percebido o movimento de apoio e de colaboração entre pares – que passou a ir

além do serviço, enquanto espaço de encontros, ainda que muitos tenham se conhecido e se aproximado no CAPSad.

Certo dia, durante o “grupo de medicação” – uma atividade que acontece uma vez ao mês e é mediada por um dos psiquiatras do serviço – a profissional que estava mediando o encontro naquele dia, pois o médico precisou se ausentar, resolveu compor mais alguns versos do ‘cordel do CAPSad II’ inserindo novas estrofes falando um pouco sobre as pessoas que ainda não tinham sido inseridas no mesmo. Aliás, esta foi uma prática comum no decorrer dos nossos encontros.

Sobre isto, cabe destacar que o cordel foi idealizado por uma das profissionais do CAPSad II e o seu objetivo é que, fazendo uso das rimas, de maneira lúdica, seja possível falar um pouco sobre as pessoas que frequentam o serviço. A cada estrofe, são apresentadas as características mais marcantes das pessoas que são usuárias do CAPSad e que se fazem presentes semanalmente – ou não. Há quem tenha outra frequência de participação, mas que, ainda assim, está nos versos do cordel.

A profissional, que também é poetisa, ao compor as rimas no instante em que as oficinas estavam acontecendo, costumava explicar do que se tratava o cordel e pedia que a pessoa se apresentasse e compartilhasse “quem é” e/ou “como se enxerga”. Posicionamentos eram construídos a partir de narrativas de si. Outros, por sua vez, eram colocados por quem estava ali presente. Quando novata, a pessoa falava sobre si e muitas vezes outras colocavam sua impressão – esperando que esta fosse confirmada ou refutada, caso a pessoa não concordasse.

A exemplo disto, em alguns momentos, as pessoas, ao falarem sobre si e sobre suas experiências de vida, independente do tema que era proposto no encontro, se posicionavam como sendo “boas/bondosas” e, em alguns casos, “calmas/tranquilas”. Foi possível ouvir usuários se posicionando e reconhecendo os colegas do grupo enquanto “homens bons” – quase como quem se afirma para quem ouve sabendo que, assim, poderá se ouvir. Uma fissura frente aos discursos que tantas vezes os colocam em lugares outros – na maioria das vezes, com tons negativos.

Aqui apresentamos alguns desses instantes:

A profissional, com a caneta na mão e pronta para escrever um verso, se volta para Sr. Sereno. Ao perguntar quem conhece Sr. Sereno, alguns usuários afirmam que o conhecem há muito tempo. Nesse momento, é emocionante a rede de afeto que é tecida. Sobre o usuário é dito que ele sempre foi muito bondoso, prestativo e tranquilo. Sr. Sereno se emociona.

[No decorrer de mais uma oficina] No processo de tessitura do cordel, a profissional percebe que tem uma novata e afirma que gostaria de conhecê-la melhor para que possam ser criados os versos sobre ela. Chiquinha, uma das usuárias que mais costuma interagir durante a oficina, fala que não a conhece, mas que já tinha visto a menina andando pelo CAPSad e diz que acha que ela é gentil. “Tem um jeito de pessoa boa e calma, né?”. A menina sorri.

Em outra oficina, a profissional inicia mais uma vez o processo de escrita de novas estrofes para o cordel. O primeiro a ser apresentado é um jovem rapaz – que já havia ido para a oficina, mas que ainda não tinha uma estrofe sua no cordel. Antes que ele se apresente, a profissional pede que as pessoas falem sobre ele. Chiquinha, usuária também presente, fala sobre o jovem. Diz que ele é muito calmo e bondoso. Seguindo sua fala, outra usuária, coloca que ele é um menino muito bom, pois dá carona para ela todas as quartas-feiras – do contrário, teria que andar muitos quilômetros a pé, pois nem sempre há dinheiro para pegar um transporte. Após as duas falas, a profissional diz que foi bonito ouvi-las e pergunta se o usuário se identifica. Ele afirma que sim. Ela pede que ele fale mais sobre si. O jovem diz que é calmo e que gosta de dormir. Todos riem. A profissional cria seus versos e, ao final, recita a estrofe. Ao ouvir, o jovem timidamente sorri.

As falas sobre se reconhecerem – e serem reconhecidas – enquanto pessoas boas e/ou tranquilas, como dito, surgiram em momentos distintos e não somente na tessitura dos versos rimados do cordel. Em outras situações, tais posicionamentos também aparecem como uma espécie de ruptura frente ao que é dito sobre as pessoas usuárias de drogas e, para além disso, como uma forma de se colocarem para serem compreendidas. Ao ser (re)afirmada a bondade e a tranquilidade entre pares, parece haver um combate aos estereótipos que posicionam tais pessoas como sendo perversas e/ou agressivas e, mais do que isso, que só vislumbra uma possível tranquilidade mediante estratégias de controle para tal – e não é em vão que medicamentos são, não raras vezes, chamados de “tranquilizantes”.

Ao construírem, coletivamente, o cordel – focando nos aspectos positivos dos pares – parece-nos que, ainda que haja um reposicionamento que vem a ser construído e compartilhado com quem o lê, uma vez que rompe-se com a posição negativa da pessoa usuária; atentamos, mais uma vez, para o discurso atrelado aos processos de docilização dos

corpos. Assim, o “ser tranquilo” e o “ser bom”, soa dócil. Aceitável. Neste contexto, tal docilização, como propõe Foucault (2000), nos leva a inferir que a medicalização emerge enquanto tecnologia do poder disciplinar que, presentificada no serviço de saúde mental, viabiliza a adstração das pessoas usuárias que, a partir disso, passam a posicionar-se no lugar da bondade e da tranquilidade para, dessa forma, serem aceitas.

Desse modo, identificamos uma espécie de convenção social que é presentificada antes mesmo de surgirem os versos. Ou seja, ainda que a profissional não demande das pessoas falas somente positivas sobre os pares, estas não chegam a apresentar críticas, uma vez que parece não haver, naquele contexto, espaço para o conflito – o que não implica na ausência do mesmo, tendo em vista que em algumas situações presenciadas no decorrer da pesquisa nos deparamos com cenas conflituosas que, em alguns casos, foram mediadas e se mostraram em sua potencialidade dialógica.

No decorrer de uma oficina, as pessoas estavam falando sobre suas trajetórias de vida. Neste momento,

Um usuário se remete à infância “na Cachoeira” – um lugar que é tido como perigoso e ruim, por ser periferia e por ser “canto de gente pobre”, afirma. No entanto, o usuário diz que, para ele, lá sempre foi o melhor lugar do mundo, pois foi onde cresceu e se tornou “um homem bom” – “independente do caminho que eu escolhi e o que a vida deu”.

Percebemos na situação apresentada acima que o usuário se colocou e olhou para si para além das experiências vividas, ou seja, entendemos que ele não se limitou às suas dificuldades e percebeu que, apesar das durezas e dos caminhos trilhados, não se coloca como um homem ruim. Ao contrário, se posiciona como “um homem bom”, “independente do caminho que eu escolhi e o que a vida deu”.

Assim, ao se posicionar numa oficina que acontece no serviço de saúde mental, entendemos que o usuário não se coloca em vão. Há um contexto e ele endereça a sua fala para quem o escuta – outros usuários, a profissional que estava mediando a atividade e a pesquisadora que estava ali para ouvir sua história. Fala para ser ouvido e, em nosso entender, refuta a posição na qual as pessoas que têm histórias similares à sua costumam ser colocadas: a posição de pessoa perigosa, delinquente e que deve ter sua vida mediada por dispositivos de controle que a coloquem no caminho imposto (e esperado) socialmente.

Sua fala nos chega como uma defesa discursiva e uma ruptura anunciada frente a uma sociedade que, conforme já dissemos anteriormente, coloca as pessoas com uso "problemático" de drogas assim como, historicamente, as pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, numa condição de maldade e/ou periculosidade – discurso também legitimado pelos paradigmas médico, moral e jurídico.

Outro posicionamento que identificamos ao dialogar com as pessoas que frequentam o CAPSad II diz da posição de si enquanto pessoas portadoras de direitos e cidadãos. Este é um discurso que parece ir na contracorrente do que muitas vezes escutamos no serviço e fora dele.

Em um dos encontros de uma das oficinas que acontece no serviço, a usuária, uma mulher lésbica “assumida”, como colocou em momentos distintos, levanta para dançar com a outra que estava presente, mas fica sem saber se pode. A profissional abriu espaço e colocou que elas poderiam dançar, pois ali não seria um espaço de discriminação. Observo o movimento das pessoas ao redor. Há alguns olhares que denotam constrangimento, mas nada é dito. Nesse momento, Berê, enquanto dança sorridente, fala sobre a placa “de discriminação” e brinca afirmando que se tiver preconceito, ela está assegurada pela lei – fazendo referência à lei estadual nº 10.909/2017.

Entendemos que, ao mencionar a placa da referida lei estadual e falar sobre não poder ser discriminada ali no serviço, a usuária se posiciona enquanto pessoa portadora de direitos. Cidadã. Tal lei, em seu artigo primeiro, dispõe que “é proibida qualquer forma de discriminação e preconceito ao cidadão com base em sua orientação sexual e identidade de gênero” (Lei n. 10.909/2017). Do mesmo modo, ao mencionar a “placa de discriminação”, a usuária faz referência ao cartaz que, de acordo com a Lei nº 10.895/2017, deve ser obrigatoriamente “fixado em estabelecimentos comerciais e órgãos públicos” do estado da Paraíba “informando que a Lei Estadual nº 7.309/2003 proíbe e pune atos de discriminação em virtude de orientação sexual e dá outras providências” (Lei n. 10.895, 2017).

Ao posicionar-se enquanto cidadã, no momento em que se permite dançar com outra mulher durante a oficina no CAPSad II – espaço que materializa, também, o direito de acesso à saúde – é possível identificarmos não somente uma relação de tal situação com a medicalização, levando em conta o local no qual os direitos estão sendo garantidos, mas, indo além dela, atentamos para uma ruptura que nos instiga e nos coloca diante da

desmedicalização, uma vez que foi disposta no serviço a possibilidade de se posicionar conforme deseja e ter o seu direito garantido – algo que já fora negado para pessoas homossexuais que, como já foi dito, até pouco tempo, eram vistas como “doentes”. A usuária parece produzir autonomia ao assumir sua posição diante da profissional e de seus pares. Assim, entendemos que a garantia de tal direito acaba sendo fortalecida pelo movimento da profissional que estava mediando a atividade quando esta colocou que aquele não seria um espaço de discriminação.

Ainda sobre o posicionamento de si e de pares enquanto cidadãos e portadores de direitos, consideramos pertinente apresentar outra cena que aconteceu no decorrer de nossos encontros. Segue:

Enquanto esperávamos o início de mais uma oficina, fiquei conversando com algumas pessoas que já estavam pelo serviço. Algo que me chamou atenção diz respeito a um assalto que aconteceu em frente ao serviço. Por não poderem entrar em horários nos quais não estejam acontecendo oficinas, as pessoas ficam na calçada do outro lado da rua. Certo dia, conta uma usuária, aconteceu um arrastão e foram levados alguns pertences pessoais das pessoas que estavam na calçada esperando o ônibus. Quando lhes questionei o motivo pelo qual não podem entrar, justificaram informando que foi uma regra definida após os furtos de objetos do CAPSad em momentos que não estavam acontecendo atividades mediadas pelos profissionais. Algumas pessoas acham injusta a regra. Colocam que por causa de uns, todos pagam. Falam que irão levar para a próxima assembleia de usuários, pois é direito deles estarem seguros.

Algumas semanas após o diálogo sobre o direito de estar, em segurança, dentro de serviço, aconteceu a referida assembleia de usuários – um encontro que acontece uma vez ao mês e que é mediado por algum ou alguma profissional do serviço. Nesse momento, uma usuária se posiciona e exige a garantia de seus direitos. Mais uma cena surge:

Durante a assembleia de usuários, uma usuária coloca que tem algo que gostaria de falar. Menciona que queria poder entrar mais cedo no serviço, pois muitas vezes chega e precisa ficar fora até abrirem o portão. Fala que estava do lado de fora com outras pessoas e que aconteceu um arrastão – no qual levaram pertences dos usuários. A profissional que está mediando a assembleia coloca que esta já foi uma questão debatida e que não seria possível liberar a abertura antecipada, porque levaram pertences do CAPSad – exemplifica mencionando os conversores digitais da televisão que foram furtados. Afirma que já foi conversado, já foram dadas diversas chances, mas sempre acontece isso. Diante dessa situação e após resolução interna, foi resolvido que as pessoas só entrariam no serviço nos horários permitidos. A

profissional diz que as pessoas usuárias devem se organizar para chegar na hora e não precisar ficar esperando. Alguns usuários afirmam que nem sempre é possível e que é complicado precisar ficar nessa situação por causa do comportamento de outras pessoas. Nesse momento, um usuário fala de maneira muito enfática que é preciso agora ficar de olho em quem tá “com vandalismo roubando”, pois não quer pagar pela “safadeza” alheia. Algumas pessoas concordam e se mostram revoltadas com a situação. Outra profissional presente media a situação e coloca que não é pela violência que as coisas serão resolvidas. É tensionada a falta de segurança para os usuários. A profissional mediadora coloca que infelizmente não pode mudar isto, visto que as pessoas não respeitam os limites.

Diante do exposto, identificamos o posicionamento das pessoas usuárias frente aos seus direitos. Elas se reconhecem, coletivamente, enquanto cidadãs e solicitam a entrada no serviço em horários outros e não apenas aqueles em que acontecem as oficinas. Conforme afirma uma usuária, ela “queria poder entrar mais cedo no serviço, pois muitas vezes chega e precisa ficar fora até abrirem o portão”. No entanto, há um movimento de manutenção das decisões por parte da profissional que está mediando a assembleia. Tal movimento, por sua vez, vai de encontro ao solicitado – anulando o direito de ir e vir e limitando o acesso ao serviço – e evidencia como se dão as relações de poder naquele espaço – sinalizando, inclusive, que, na situação apresentada, a assembleia, enquanto um potente dispositivo de promoção da saúde no campo da saúde mental, acaba por perder seu caráter democrático e dialogado, uma vez que passamos a identificar as tomadas de decisões concentradas nas mãos da profissional. De um lado, são apresentadas as demandas dos usuários e solicitadas possíveis soluções para a situação; do outro lado, fica aparente o que é imposto por profissionais da saúde que trabalham no serviço – e que acabam negando o direito de livre acesso ao serviço que, em teoria, deveria ser “de portas abertas”.

Dentre os posicionamentos que surgiram no decorrer dos nossos encontros, há, ainda, aqueles que dizem da relação das pessoas usuárias com os contextos de trabalho. Ora surge a posição de si enquanto pessoa com dificuldade de acessar o mercado de trabalho, ora enquanto pessoa que consegue acessá-lo e se posiciona enquanto apta para tal.

Durante o grupo de medicação, um usuário segue falando que é muito ruim ficar sem trabalho. Coloca a dificuldade para conseguir alguma coisa “que dê sustento”. Diz que as pessoas nem sempre querem dar emprego para quem tem “certos históricos”. Afirma que é praticamente impossível sustentar uma casa com o Bolsa Família que

recebe, pois precisa pagar gás, água e luz. Porém, afirma ser “melhor do que nada”. “É alguma coisa e o caba se sente bem ajudando em casa”.

Ainda no decorrer do diálogo que está acontecendo entre as pessoas do grupo, o usuário, afirma que gosta de estar no CAPSad e que os únicos momentos em que não está presente são “quando eu não tô trabalhando e tô sem dinheiro”. Coloca que não é fácil precisar pagar duas passagens de ônibus a cada ida ao serviço e que pode parecer pouco, mas não é para quem não tem emprego.

Ao mencionar a dificuldade “para conseguir alguma coisa que ‘dê sustento’”, falando sobre não conseguir um emprego, e relacionar tal dificuldade com sua experiência de vida e “certos históricos”, o usuário nos convoca a refletir sobre o discurso medicalizante e moralista que posiciona a pessoa usuária de drogas, e usuária do serviço de saúde mental, como sendo “contraproducente” – ou seja, não está apta para compor a engrenagem que faz o sistema capitalista funcionar. Sua fala não nos parece surgir em vão, pois, como já foi dito, ela é proferida no decorrer de um grupo específico sobre medicação, do qual participam outros usuários e o médico psiquiatra.

Assim, identificamos, a partir desses posicionamentos, o modo como as experiências dos usuários no serviço de saúde mental – logo, os seus processos de cuidado – podem ser atravessados pela ausência de emprego. No caso do usuário que afirma que “os únicos momentos em que não está presente [no CAPSad II] são quando ‘não tô trabalhando e tô sem dinheiro’”, a falta de emprego surge enquanto impedimento para garantir sua presença no serviço. Ou seja, parece-nos que, além do uso de drogas ser um aspecto que limita o acesso ao trabalho, tendo em vista a dificuldade de aproximação e a discriminação sofrida por usuários de drogas frente ao sistema de produção; de maneira indireta, tal uso também surge enquanto complicador para a própria ida ao serviço por parte daqueles usuários que dependem de um salário para garantir o seu transporte.

Em linhas gerais, a posição de si enquanto pessoa com dificuldade de acessar o mercado de trabalho emerge também enquanto realidade que produz limitações para o acesso ao serviço de saúde e, mais do que isso, aos processos de cuidado. Ao colocar-se enquanto desempregado, o usuário identifica a impossibilidade de viabilizar o seu deslocamento para o serviço que, na prática, deveria potencializar o seu processo de reinserção no mercado de

trabalho – tendo em vista a realidade social que afasta dos meios de produção aqueles que são considerados, com respaldo do discurso médico, como “improdutivos”.

No contraponto das posições de si enquanto pessoa com dificuldade de acessar o mercado de trabalho, há o posicionamento que diz do usuário enquanto pessoa que consegue estar no mercado de trabalho. Vejamos:

Durante o diálogo estabelecido no decorrer do grupo de medicação, ao serem questionados como estão se sentindo, um usuário diz que no momento está aliviado, pois conseguiu um trabalho. A profissional acolhe sua fala e afirma ficar feliz ao saber. Ele diz que está trabalhando em uma oficina e que foi possível ajudar em casa. “Paguei tudo”, afirma. Nesse momento, ele segue falando sobre sua experiência. Conta que há muito tempo começou a mexer em motores de carro sem ter nenhum estudo e, após insistir, passou a conhecer o funcionamento completo de um. Fala orgulhoso sobre ser um dos únicos na oficina que mexe com motor. Alguns usuários presentes dizem que é muito difícil e que ele “é fera mesmo”.

Aqui nos deparamos com um posicionamento que diz da possibilidade de trabalhar e arcar com as despesas em casa. No momento em que tal cena aconteceu, o tema proposto não era, necessariamente, o mercado de trabalho e/ou a relação com a empregabilidade, mas o diálogo sobre os medicamentos dos quais estavam fazendo uso e como estavam se sentindo diante disto. Naquele contexto, parecia ser importante para o usuário se posicionar, “aliviado”, nesse lugar: o da aptidão para o trabalho. Ele parecia estar rompendo com as posições nas quais é colocado por discursos moralistas, reducionistas e medicalizantes que o distancia da possibilidade de compor o sistema de produção. O usuário faz questão de ressaltar: “Paguei tudo”. Ou seja, se coloca diante do grupo de medicação enquanto pessoa que pôde assumir responsabilidades que, na sociedade patriarcal e voltada para o capital na qual está inserido, são impostas e esperadas do mesmo. Ele se reposiciona e parece encontrar uma reafirmação por parte de seus pares que, ao ouvi-lo falar sobre a experiência com o trabalho, reiteram que o usuário “é fera mesmo”.

Na sala de atendimento médico, lugar no qual pudemos estar em alguns momentos, assistimos a uma cena que reforça o posicionamento aqui analisado, a saber o do usuário enquanto pessoa que consegue estar no mercado de trabalho:

Um usuário entra na sala. Ao ser acolhido pela profissional que estava substituindo o médico, o usuário afirma que precisa de uma declaração para levar para o trabalho, para que sua ausência não seja contabilizada enquanto falta não justificada. A profissional lhe diz que irá entregar a declaração e afirma que fica feliz por ele está conseguindo frequentar o serviço e conciliar com o trabalho. O usuário diz que só tem ido ao CAPSad uma vez ao mês por causa dos horários, mas que tem conseguido manejar. Afirma que também se sente feliz por ter conseguido um emprego e saber “que nem tudo tá perdido, né?”.

O usuário se posiciona enquanto pessoa que tem condições de trabalhar e, mais que isso, de manejar o seu processo de cuidado no serviço – ainda que tenha precisado reduzir sua frequência. Ele afirma estar feliz por ter conseguido um emprego. A profissional, por sua vez, acolhe o seu processo e parece reforçar o seu (re)posicionamento.

Pensar em tais posicionamentos, como já dissemos no início desse tópico, é pensar no jogo das relações. É pensar na linguagem enquanto ação. É pensar nas práticas discursivas e no poder que elas têm de prover a posição das pessoas. Enfim, pensar os posicionamentos identitários é compreendê-los não enquanto delimitações estáticas de si e do grupo, mas enquanto modos de posicionar-se e fazer emergir possíveis outros. Há permanências e rupturas e entendemos que faz-se necessário estarmos atentas a elas.

## **5.2 O lugar da medicamentação nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II**

Neste momento, seguindo com o processo de análise dos diários de campo, buscaremos entender o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II. Sendo essas pessoas acolhidas pelo serviço de saúde mental no qual estivemos presentes, como a medicamentação é inserida no processo terapêutico e/ou “tratamento” dessas pessoas? Em outras palavras: qual o lugar da medicamentação nessa teia de relações que é (co)construída no CAPSad II?

A partir da presença (e vivência) no serviço, pudemos identificar como o medicamento – sendo, em sua maioria, psicofármacos – se faz presente e o modo como este é posicionado pelas pessoas que, em alguma medida, se relacionam com o mesmo, assim como quais os sentidos que as mesmas constroem sobre eles. Aqui ressaltamos que falamos em relações com o medicamento, no plural, a partir da compreensão de que não é apenas

quem o consome, enquanto substância-objeto fim, que se relaciona com ele, uma vez que falamos sobre a medicamentação enquanto conceito amplo que reflete sobre a centralização do medicamento no dito “tratamento”.

Um dos grupos que compõem o quadro de atividades que acontecem no serviço, e que muito nos serviu de ponto de partida para pensar a medicamentação, foi o “grupo de medicação”, que, como já foi dito em outro momento, acontece uma vez ao mês e é mediado, em geral, por um dos psiquiatras do CAPSad II. Quando o profissional não pôde estar presente, o encontro foi mediado por uma das enfermeiras do serviço – que acolheu não somente a pesquisa que estava sendo realizada, mas a pessoa pesquisadora e suas inquietações. Embora já tenha aparecido em outros momentos da análise que aqui está sendo realizada, consideramos importante destacar que tal grupo será retomado em alguns momentos, uma vez que ele centraliza muitas questões referentes ao que estaremos discutindo neste tópico.

Em um dos encontros do grupo de medicação, foi possível compreender um pouco de sua dinâmica:

Nem todas as pessoas participam do grupo. Segundo a profissional, só participam as pessoas que já estão “estáveis”, “seguindo o tratamento”, “sem recaída ou com um lapso”, pois o objetivo é falar sobre a experiência com a medicação, tirar dúvidas, dentre outras questões que possam surgir. Estes critérios foram acordados com o psiquiatra responsável pelo grupo. Há uma abertura para questões do cotidiano, uma vez que “já estão mais estáveis”. Quem não está no grupo, que é a grande parte das pessoas que frequentam o serviço, passa por atendimentos individuais e participa de outras atividades.

Ao nos aproximarmos e buscarmos entender qual a proposta do grupo e quem faz parte dele, entendendo-o enquanto um dispositivo da medicamentação, identificamos que os usuários e usuárias que não atendem aos pré-requisitos mencionados, têm sua relação com o medicamento mediado de maneira individual, durante as consultas – o que não implica dizer que a medicação não venha a surgir enquanto pauta em outros momentos, ou seja, há a demanda, por parte de outras pessoas, em aprofundar, inclusive coletivamente, o diálogo sobre os medicamentos dos quais fazem uso, pensando na potencialidade da troca com pares que também utilizam. No entanto, esse aprofundamento acaba sendo reduzido, ao que

pudemos compreender, às consultas médicas e aos acolhimentos com os técnicos de referência de cada usuário e usuária.

Assim sendo, nos parece importante ressaltar que para algumas pessoas a medicamentação surge de maneira secundária em seus processos de cuidados, não sendo, necessariamente, uma pauta frequente e/ou principal nas atividades das quais participam. No entanto, o fato dela estar num lugar mais distanciado, não implica dizer que não há consumo, mas que ela parece ser reduzida ao medicamento em si mesmo – ou seja, a prescrição da medicação e renovação da receita, além de possíveis mudanças de medicamento no decorrer do tratamento – e não à relação com o mesmo e o modo como este é pensado e compõe os inúmeros aspectos da vida cotidiana das pessoas. Parece não haver um aprofundamento no diálogo. Torna-se algo definido, a priori, pelo médico e que deve ser seguido para alcançar a dita “estabilidade” – ainda que haja possíveis negociações com relação ao uso.

A exemplo disto, recordamos que certo dia, durante a assembleia de usuários, um dos participantes aproveitou o seu momento de fala para colocar algumas questões a respeito do seu tratamento medicamentoso. Segue:

Já se encaminhando para o fim da assembleia de usuários, um usuário fala sobre o fato de não estar mais precisando tomar medicação. Afirma que se sente bem e quer deixar, pois o medicamento às vezes lhe traz efeitos colaterais. A profissional [que estava mediando o encontro] afirma que ele poderá fazer a consulta com o psiquiatra, pois é importante passar pelo processo de desmame, uma vez que não é indicado tirar medicação sem orientação. Ela o orienta a falar com seu técnico de referência para que juntos possam definir como proceder.

O usuário que apresentou a demanda narrada acima não faz parte do grupo de medicação, ou seja, o diálogo mais pontual sobre os seus medicamentos se resume às consultas médicas e/ou conversas com o seu técnico de referência. Ainda que nos pareça haver a compreensão do uso que faz e a constatação de que já não precisa da medicação, pois “afirma que se sente bem”, é feita uma relação da retirada do medicamento com os efeitos colaterais advindos das drogas psiquiátricas – o que acaba definindo o sentido produzido sobre o medicamento do qual faz uso: em seu caráter iatrogênico. Assim, o usuário coloca sua experiência frente à “iatrogênese clínica” (Illich, 1975) que, como já foi colocado, está

relacionada com os efeitos colaterais causados pelos medicamentos e como eles podem atravessar o cotidiano das pessoas, tornando-se uma espécie de “doença” provocada pelos próprios cuidados de saúde (Illich, 1975) – ou seja, o mal estar advindo do uso da medicação. Ao afirmar que “o medicamento às vezes lhe traz efeitos colaterais”, o usuário parece identificar que a medicação parece ter suprido sua demanda inicial – a de se sentir “bem” – e passou a ocupar um lugar de incômodo.

Assim, nos parece que o usuário deseja “deixar” a medicação não somente por estar se sentindo bem, mas porque também tem sentido no corpo os efeitos indesejados. No entanto, conforme orienta a profissional que está mediando a assembleia, sua experiência só poderá ser dialogada, individualmente, com o médico e/ou o técnico de referência. No entanto, cabe-nos ressaltar que ao nos depararmos com a cena narrada e por termos participado, em outros momentos, dos encontros do grupo de medicação, identificamos que a questão apresentada pelo usuário na assembleia costuma ser bastante debatida entre as pessoas que fazem parte do referido e seletivo grupo.

As pessoas que podem compor o grupo de medicação acabam compartilhando não somente os efeitos colaterais do medicamento, mas o modo como isto influencia no cotidiano, a relação que acabam estabelecendo com o mesmo, dentre outras potentes reflexões que surgem coletivamente. Ou seja, para o usuário que não faz parte do grupo, mas que trouxe sua demanda medicamentosa no momento da assembleia de usuários, o acesso a um diálogo sobre sua experiência com a medicação é restringida aos encontros individuais com o médico e/ou o técnico de referência, logo, tal experiência é individualizada e não compartilhada e potencializada no coletivo.

Em alguns diálogos, encontramos o discurso sobre a “dependência” com relação à droga psiquiátrica. Em uma das conversas que aconteceram na varanda do CAPSad II, de maneira inesperada, tal qual são as ditas conversas de corredor, tal discurso se fez presente. Vejamos:

Durante a nossa conversa, o jovem [Van Gogh] diz que leu num livro do pastor Silas Malafaia que “o cérebro é o diretor central do corpo do ser humano, que é de onde vem a fome, a sede...”. Sr. Alves, usuário que estava sentado conosco, complementa: “o desejo... tudo, tudo”. Van Gogh segue falando que um médico lhe disse que ele estava dependente de um medicamento e que não poderia deixar de tomar. Conta que

até tentou parar, mas não conseguiu. Sr. Alves lhe fala que ele pode perder a esperança, pois tem que tomar. O jovem usuário diz que o médico lhe disse que, após a perda da massa encefálica, sua coordenação motora já não era mais a mesma. Antigamente, narra, conseguia subir num pé de côco alto e “saía distribuindo para todo mundo”. Hoje não consegue mais.

No trecho acima, nos deparamos com o *status* de dependência que é dado à medicação. A partir da colocação do médico que, segundo Van Gogh, “lhe disse que ele estava dependente de um medicamento”, a medicamentação parece se tornar realidade vitalícia na experiência do usuário. O profissional em questão não trabalha no CAPSad II, no entanto, ao ser localizado enquanto interlocutor do que está sendo posto pelo usuário, ele parece compor a teia de relações da qual o medicamento faz parte. O seu saber-poder parece definir a experiência do usuário e o posiciona enquanto “dependente”. Van Gogh afirma que tentou parar de tomar o medicamento, mas não foi possível, ao que outro usuário respondeu afirmando “que ele pode perder a esperança, pois tem que tomar”. Aqui, atentamos para um processo de centralização da medicação no processo de cuidado de Van Gogh e, mais do que isso, a aceitação por parte dos usuários, uma vez que estes endereçam para o médico a definição do que, naquele instante, é melhor para si. Ou seja, se o médico disse, eles podem “perder a esperança”.

Além disso, surge também o discurso cartesiano sendo legitimado pelo religioso, aqui representado pelo “livro do pastor Silas Malafaia”, que, segundo Van Gogh, afirma que “o cérebro é o diretor central do corpo do ser humano”. Assim sendo, ao acessarmos o que é dito pelo usuário e ao levarmos em conta o fato dele trazer em sua fala a colocação feita no livro de um representante religioso, que parece utilizar de sua posição para corroborar o discurso biologicista como definidor de suas ações, entendemos que tal discurso acaba legitimando o que é colocado pelo profissional da medicina. O cérebro, em sua dimensão biológica, assume a “diretoria” do seu corpo, a partir da fala do pastor, e este deve ser controlado por uma substância prescrita, a partir da fala do médico. Ou seja, nos deparamos com a relação estabelecida entre a religião e a medicina que, não de hoje, cumprem um papel irrefutável de controle social. Assim, o usuário parece tomar como uma verdade a ser seguida o que foi dito pelo pastor e pelo médico, ambos ocupando um lugar de poder que define o modo como Van Gogh deverá se relacionar com seus medicamentos.

Ainda sobre a relação de dependência com o medicamento, em outro momento, foi possível identificar tal questão no diálogo com outro usuário. Ao falarmos sobre sua relação com o atual companheiro, “Brilhante comenta que sabe que Gepeto tem problemas sérios de saúde, mas que não é por causa das drogas – ‘as drogas dele são outras, são as de médico... eu sei que ele depende delas’”. Aqui, a partir do que é dito por Brilhante, mais uma vez encontramos a relação com a medicamentação pelo viés da dependência.

Nesse caso, a colocação parte do usuário que se relaciona com outro e que identifica o lugar que a medicação ocupa na vida deste segundo – “eu sei que ele depende delas” [as drogas psiquiátricas]. Entendemos que tal posição denota não somente o que o primeiro usuário pensa a respeito da relação de seu atual parceiro com as “drogas de médico”, mas, há o entendimento de como tais drogas se fazem presentes e o que elas definem. Ao mencionar que Gepeto tem “problemas sérios de saúde” e que tais problemas não estão relacionados com as “drogas” (não prescritas), pois “as drogas dele são outras”, Brilhante parece fazer uma distinção entre as drogas que são socialmente aceitas e, para além disso, legitimadas pela prática médica – a partir da prescrição – e aquelas que são demonizadas socialmente – umas mais e outras menos, cabe destacar. O usuário se desloca da compreensão de que apenas as drogas não prescritas podem vir a causar dependência e insere as drogas prescritas neste debate, nos levando a crer que, no caso de Gepeto, as “drogas de médico” podem vir a ser relacionadas com os seus “problemas de saúde”.

Para além da perspectiva da “dependência”, foi possível identificar, a partir dos diálogos que foram acontecendo no decorrer das idas ao serviço, que alguns usuários relacionam a medicação com uma possível “estabilidade”, assim como posicionam o medicamento num lugar de sustentação de um esperado bem-estar. Sobre isto, cabe-nos apresentar uma cena que surgiu em um dos momentos de pausa entre as atividades,

Após o encerramento da oficina da qual estávamos participando, Chicó se aproximou de mim, pela primeira vez, e me perguntou o que eu estava estudando. Lhe falei um pouco sobre minha proposta de pesquisa e o usuário afirmou ter interesse, pois ele sempre fica incomodado com os remédios que toma, mas afirma que não larga, porque tem medo do que pode acontecer. Eu lhe pergunto se há um movimento de diálogo com o psiquiatra e ele afirma que já diminuíram um pouco, mas queria diminuir ainda mais.

Ainda que o usuário não coloque o porquê do incômodo frente aos remédios que consome, há o desejo de diminuir “ainda mais a quantidade”, conforme tem sido feito em diálogo com o psiquiatra. Ao afirmar que não larga dizendo que “tem medo do que possa acontecer”, nos parece que o medicamento é posicionado enquanto garantia de uma desejada – quando não imposta – estabilidade. Por mais paradoxal que possa soar, o usuário parece colocar os psicofármacos num lugar de sustentação de seu bem-estar, apesar do incômodo “com os remédios que toma”. Questionamo-nos: que ameaça é esta que coloca o usuário frente ao medo do que virá, caso pare de consumir as drogas psiquiátricas? Como manejar esse medo? Será que estas são questões que poderiam ganhar espaço em seu projeto terapêutico singular?

Ainda sobre este lugar que diz da medicação enquanto garantia de manutenção do bem-estar, em outro momento, no instante em que foi possível estarmos participando, com a autorização dos usuários, das consultas médicas, outra cena acabou surgindo:

Ao final da consulta de um usuário, de imediato, aguardando, literalmente, do outro lado da porta, entra o próximo usuário. Ele adentra na sala e se acomoda. Ao ser questionado como tem se sentido, o usuário afirma que talvez precise voltar a tomar o remédio que vinha tomando, o Amytril. Fala que ele e o psiquiatra resolveram “tirar”, mas que repensou. A enfermeira lhe acolhe e questiona o porquê da demanda pelo medicamento. O usuário afirma que tem se sentido mal diante de seus problemas. Fala que está ansioso e acaba tendo “recaídas”. Fala que prefere tomar para se sentir melhor.

No contexto acima narrado, o usuário sinaliza o desejo de voltar a utilizar o Amytril – psicofármaco indicado para tratar depressão e ansiedade. Ele coloca que deseja retomar o uso diante da dificuldade para lidar com seus problemas e, para além disso, evitar as “recaídas” – um termo que, conforme já destacamos em outro momento, compõe o repertório linguístico da categoria médica, do próprio serviço e seus interlocutores e do grupo de usuários. A “recaída”, aqui, vai de encontro com a questão da “abstinência”, outro termo e discurso que produz sentidos no que diz respeito ao “tratamento” – que é visto como “de sucesso” e positivado se a pessoa se colocar abstinente e sem recaída.

Ainda sobre o lugar que o medicamento ocupa nos processos de cuidado das pessoas usuárias do serviço, foi possível identificarmos que este também é visto a partir das lentes do

controle – seja para os usuários, seja, ainda, para familiares/acompanhantes e/ou para os profissionais. Vejamos:

Durante o grupo de medicação, outro usuário fala que também toma o Fenergan, além do antipsicótico. Diz que este segundo foi importante para ele, pois passou por situações de alucinação quando bebia muito. O médico lhe pergunta se ele gostaria de compartilhar com os presentes a sua experiência. O usuário passa a contar que certo dia estava em casa, na cozinha, e, de repente, começou a ver muita água por todo canto. Disse que começou a gritar assustado, pois sentiu medo de se afogar. Teve a sensação de que tudo viraria água. Gritou por sua mãe, que veio correndo, e no momento lhe falou o que estava vendo. A mãe logo entendeu que ele não estava bem e que “estava vendo coisa”. Assim sendo, o usuário diz que passou a ser medicado para sanar a alucinação. Fala que agora se sente bem e que nunca mais quer passar por aquilo. Diz que sentiu muito medo de “ficar doido”. O médico o acolhe e diz que, no caso dele, foi apresentado “um quadro” de psicose alcoólica, explicando, em outras palavras, que é uma situação em que, diante do uso abusivo de alguma substância, nesse caso o álcool, a pessoa passa por um momento “de surto” no qual perde a noção da realidade, chegando a alucinar e/ou ter estados de delírio. Por fim, diz que fica feliz por ele ter conseguido “estabilizar” e que, como ele sabe, tem acontecido um progresso no seu “tratamento” e que já foi diminuída a sua dosagem. O usuário diz que “graças a Deus” e que nunca mais gostaria de passar por aquilo novamente.

Enquanto esperávamos o início do grupo de medicação, a mãe de um usuário, que estava circulando “inquieto” pelo serviço, estava demandando medicamento para o filho, pois ele estava “agoniado”. O usuário questionou algumas vezes: “Você vai me dar o remédio?”, perguntando para a profissional da enfermagem. Nesse momento, a enfermeira informou que seriam atendidas as pessoas participantes do grupo e, em seguida, quem estivesse esperando a vez. Ele seguiu colocando que precisa de remédio e a sua mãe afirmou: “É preciso controlar”. Após ser acolhida pela enfermeira, ela decidiu esperar para que seu filho fosse acolhido pelo psiquiatra. A profissional acabou lhes pedindo que esperassem “lá embaixo”, pois só poderiam ficar no espaço as pessoas que estariam participando do “grupo de medicação”.

Ao ser convidada para compartilhar sua experiência durante uma oficina, uma usuária conta que tinha ido pra um passeio na praia, “num ônibus daqueles de excursão”. Diz que estava todo mundo se divertindo, bebendo e brincando. Ao final, quando já estavam voltando, a usuária conta que acabou discutindo com a ex companheira. Menciona que era algo comum esse tipo de situação e que acabou chegando num limite. Fala: “Eu tomo remédio controlado... ela bateu na minha cara... eu dei na dela”. A usuária coloca que não é algo que a faz se sentir orgulhosa, no entanto coloca que nem sempre tem como se controlar e que sua ex companheira sabia disso.

Na primeira cena acima citada, ao narrar a sua experiência diante das pessoas presentes e, a partir disso, ser acolhido e legitimado pelo médico – tendo a sua situação explicada para as pessoas que estavam presentes no grupo – o usuário afirma que “passou a ser medicado para sanar a alucinação”. De acordo com o que é dito, o uso do medicamento se fez necessário para que fosse “estabilizada” – logo, controlada – a situação de sofrimento do usuário – aqui etiquetado como “um quadro de psicose alcoólica”. Nessa situação, o medicamento parece surgir e ser colocado enquanto um dispositivo central, pois, segundo o usuário, o antipsicótico que lhe foi prescrito “foi importante para ele, pois passou por situações de alucinação quando bebia muito”. Assim, a droga prescrita é legitimada pela fala do médico presente, assim como, em alguma medida, demandada pelo usuário – que parece encontrar no discurso do profissional uma reafirmação da realidade que estava sendo narrada.

Inferimos que a cena narrada está centrada no “quadro de psicose alcoólica” e no “surto” apresentado pelo usuário e explicado pelo médico – além do uso do medicamento e do “progresso” do “tratamento”. Ou seja, damos conta das lógicas biologicista e medicalocêntrica nas quais é pautado o diálogo em questão. Não há, nesse caso, a ampliação da experiência que, suspeitamos, poderia ir além da medicação e o que levou o usuário a fazer uso da mesma – ultrapassando o discurso reducionista pautado na lógica do adoecimento. Assim, a droga psiquiátrica parece ter sido central não somente no “tratamento” do usuário, mas também na experiência vivida e narrada pelo mesmo. Se tirarmos o medicamento, o “surto” e o “tratamento” – repertórios medicalizantes que compõem o cotidiano do serviço – o que resta da troca entre o profissional e o usuário?

Além do que já foi dito, ao ouvirmos o que estava sendo colocado, identificamos, ainda, que o controle parece emergir enquanto estratégia de fuga frente à loucura – um lugar a ser evitado, pois é colocado o “medo de ficar doido” – sendo tal estratégia sustentada pelo discurso médico. Ao mesmo tempo, como numa espécie de reforço positivo, o profissional destaca que o processo de “tratamento” do usuário tem progredido e que a dosagem foi diminuída – apontando para a possibilidade de desmame a partir da “estabilidade” almejada e, como dito, apresentada.

Ao pensarmos o lugar que a medicamentação ocupa não somente nos processos de cuidado ou “tratamento”, mas também na teia de relações tecida no serviço e, em alguns casos, para além dele, percebemos, ainda, a demanda de uma mãe com relação ao controle

da situação do filho que estava “agoniando”: “É preciso controlar”, afirmava. O usuário, por sua vez, insistia ao pedir seu medicamento, questionando algumas vezes “Você vai me dar o remédio?”, enquanto transitava “inquieto” pelo espaço. Havia a busca por uma resolutividade. O usuário também parecia desejar, naquele momento, controlar o que estava sentindo e, assim como a mãe, nos colocou diante do entendimento de que apenas o medicamento poderia sanar o que estava acontecendo. Ou seja, esperava-se a suposta “estabilização” frente à sua “agonia” – o que, ironicamente, estava acontecendo exatamente antes do início do grupo de medicação. Como o usuário em questão não compunha o reduzido número de pessoas participantes do grupo, foi preciso esperar chegar o fim do grupo para ser atendido pelo médico psiquiatra.

Em outro contexto, na terceira cena, durante a participação em uma das oficinas realizadas no serviço, presenciamos outra situação que diz do lugar de controle atribuído ao medicamento. O fato de tomar “remédio controlado” aparece enquanto justificativa para um ato do qual a usuária não se orgulha. Ainda que a cena narrada e citada acima não tenha acontecido dentro do serviço, foi numa atividade realizada neste que ela surgiu. Esta situação nos permite compreender que o lugar dado aos psicofármacos não se limita ao processo de cuidado, mas ao próprio cotidiano da vida dos sujeitos. O medicamento emerge, pois, enquanto característica inerente à pessoa quando ela fala sobre si, logo, para fins de análise, surge enquanto aspecto central no seu processo de cuidado. Um controle que legitima o descontrole: “Eu tomo remédio controlado... ela bateu na minha cara... eu dei na dela”.

Mudando um pouco a direção, em outro momento, foi possível identificarmos um movimento de descentralização da droga psiquiátrica nos processos de “tratamento”.

Ao final da oficina, um usuário se aproximou de mim e perguntou: “Vai estudar medicamento aqui no CAPSad?”. Eu lhe disse que os medicamentos também fazem parte desse fenômeno que chamamos de medicalização, mas que a minha proposta é ir além. É falar sobre histórias de vida, sobre como as pessoas se relacionam com os “saberes da saúde” – medicina, psicologia, enfermagem, farmácia, entre outros – como pensam em si enquanto produtoras de cuidado... Nesse momento, o mesmo usuário disse algo como: “Interessante que você não olhou só pra remédio, né, minha filha?”. Eu lhe disse que também achei interessante quando entendi que podia ir além. Foi um momento importante, pois senti que fazia sentido o meu movimento. Ele findou nossa troca afirmando que quando pensa muito em remédio, fica mal, pois parece que “precisa disso a vida toda pra ficar bem”, mas que quer fazer outras coisas para “se livrar”, coloca.

Nesta troca, foi possível atentar para a descentralização do medicamento não apenas a partir do nosso movimento com a pesquisa, mas do olhar do usuário. Ainda que possamos soar redundantes, ao mencionarmos tal descentralização, falamos sobre um deslocamento desse lugar central no qual o medicamento é tantas vezes colocado. Há o interesse em ir além da relação com este, uma vez que há o desejo de “ficar bem” para além do uso do mesmo.

No diálogo relatado no diário de campo, parece-nos que o “remédio”, na fala do usuário, surge enquanto produtor de um mal estar, pois ele evita pensar muito a respeito, tendo em vista que se vê frente à realidade de que pode precisar “tomar a vida toda”. No entanto, dialogando a respeito da descentralização do medicamento, há um movimento de ruptura que não foi, nesse sentido, assumido apenas por nós enquanto pessoas pesquisadoras, mas pelo próprio usuário que vê, em sua experiência, a possibilidade de romper com o processo de centralização do “remédio”, a desfamiliarização da ideia de que apenas a contenção química irá proporcionar o seu bem estar e, para além disso, a constatação de “que quer fazer outras coisas para ‘se livrar’” dos medicamentos.

Assim, ainda sobre o medicamento enquanto dispositivo que se faz presente e interfere diretamente na vida cotidiana dos usuários, é possível identificarmos o modo como a medicamentação ultrapassa as paredes do CAPSad II e ocupa espaços outros – definindo a maneira pela qual as pessoas são posicionadas em suas redes de trocas sociais.

Ao conversarmos enquanto a oficina não era iniciada, Sr. Alves fala que chegou a cair quando foi subir no ônibus e que ficou um pouco inseguro. Por ser idoso, passa por dificuldades de mobilidade que nem sempre consegue controlar. Diz que chegou a ouvir de vizinhos e de alguns familiares, coisas como “lá vai Alves... tá dopado de novo...” ou “tá bebendo”. Fala, assim, sobre o estigma existente diante desse estar “dopado” e que gostaria de tomar menos medicamentos, pensando em outras maneiras de cuidar sem que seja necessário “tanto remédio”. [...] Ele coloca que muitas vezes foi difícil lidar com os efeitos colaterais, pois eles são fortes e mexem com o equilíbrio.

Aqui atentamos não somente para o lugar que a medicamentação ocupa no processo de cuidado do usuário, mas o modo que esta atravessa a sua experiência cotidiana, assim como os sentidos que são produzidos a partir da reação de vizinhos e familiares: a

identificação do estigma enquanto realidade vivenciada. Diante de alguns efeitos colaterais advindos do medicamento do qual faz uso, mais uma vez nos remetendo à iatrogênese clínica (Illich, 1975), inferimos que o usuário passa a ser caracterizado de acordo com os efeitos do psicofármaco. Ou seja, é posicionado a partir do consumo da droga psiquiátrica. Estar “dopado de novo” implica em estar alheio. Em ter sua mobilidade comprometida. Nesse caso, o usuário afirma que, diante de tais situações, gostaria de tomar menos medicamentos – refletindo sobre a possibilidade de encontrar outras estratégias de cuidado que não a medicamentosa, que acaba lhe gerando danos físicos e sociais explícitos.

Da mesma maneira que há pessoas que apresentam o desejo de retirada ou diminuição do uso, há aquelas que se mostram adeptas à manutenção das receitas médicas e das drogas já prescritas. Foi possível perceber este movimento em algumas consultas médicas. Vejamos:

No decorrer da consulta médica de rotina, que acontece uma vez ao mês, o usuário é mais sucinto. Fala que está tudo bem desde a última consulta. “Nada novo”. A enfermeira lhe diz que irá entregar os medicamentos referentes aos próximos dois meses, uma vez que a consulta só acontecerá em fevereiro. O usuário diz que “tudo bem”. Assim, o farmacêutico, num movimento atento e seguindo o prontuário, lhe entrega as cartelas de Haldol e Fenegan.

[No mesmo dia, durante a consulta de outro usuário] Além da demanda inicial que dizia da sua relação com sua filha adolescente, Gentileza fala sobre seus medicamentos. Diz que tem estado tranquilo e “dentro do esperado”. Confirmando o que tem registrado nas linhas do prontuário, ele diz que faz uso do Diazepam e da Fluoxetina.

Seguindo com as consultas, Sr. Sereno é atendido. Entra na sala com toda sua serenidade. Ao ser questionado como tem estado, o usuário afirma que se sente bem – “seguido com a vida”. Coloca que seus medicamentos estão perto de acabar e que foi buscá-los. O usuário recebe algumas cartelas, divide-as nos bolsos de sua calça.

Aqui a medicamentação se apresenta mais uma vez atrelada à “estabilidade”. Os usuários – todos participantes do grupo de medicação – não sinalizam o interesse em mudar a relação com os medicamentos e parecem satisfeitos com o fato de não haver “nada novo”, de estar tudo “dentro do esperado” e “seguido com a vida”. O processo de cuidado e “tratamento” é, pois, atravessado pela manutenção do psicofármaco e a “estabilidade”, na fala dos usuários, parece estar atrelada a uma linearidade da experiência cotidiana.

No entanto, cabe-nos refletir sobre tal linearidade, assim como o que vem a ser a dita (e esperada) “estabilidade” – um discurso médico que, não raras vezes, surge como sendo uma meta irrefutável a ser alcançada. Assim, a “estabilidade” parece-nos indicar também um efeito dos próprios medicamentos que, em muitos casos, retiram das pessoas a possibilidade de sentir a vida em sua “cruza” – retirando também a possibilidade de produção de autonomia para o manejo de situações indesejadas que podem ser comuns no cotidiano das pessoas. Ou seja, todo e qualquer desconforto pode ser patologizado e a supressão destes – que se dá pela via medicamentosa – é colocada enquanto resultado de uma possível “estabilidade”.

Com relação à manutenção das receitas e dos medicamentos, a presença nas consultas médicas surge enquanto condição para o acesso a estes. Durante a assembleia de usuários, “a profissional [que estava fazendo a mediação] fala sobre algo que tem se mostrado como problemático: a ausência de muitas pessoas na consulta médica. Coloca que para receber medicamento é preciso passar pelo atendimento e que as pessoas precisam estar presentes”.

Neste caso, ao tensionar a ausência, a profissional nos convoca a refletir sobre a relação das pessoas com as consultas e, mais do que isso, com o serviço de saúde mental. Parece-nos que, em alguma medida, a medicamentação acaba sendo colocada enquanto aspecto que deve garantir a presença das pessoas no CAPSad II, assim como nas consultas. Questionamo-nos: Se retirarmos o medicamento do centro, o que irá sustentar a relação das pessoas com o serviço?

Ao mesmo tempo, em outros casos, há quem, explicitamente, mantenha um vínculo com o serviço apenas para ter acesso aos medicamentos. Vejamos:

[Durante a realização de mais uma oficina] Seguindo com o processo de construção dos novos versos que irão compor o cordel, Macabéa, a profissional, se dirige para um senhor que ainda não havia participado do encontro. De imediato, ele afirma que não está ali para participar. Coloca que é pintor e que saiu do trabalho mais cedo apenas para pegar um medicamento no serviço. A profissional diz que o entende e pergunta se ele já havia falado com alguém. O usuário afirma que estava à espera.

Conversando com Gepeto, no momento em que estava acontecendo a organização para o início do bingo que fazia parte da programação da confraternização de fim de ano, o usuário fala que ainda não tinha me visto no serviço e conta que o frequenta muito pouco, pois só vai, uma vez ao mês, às consultas médicas para atualização de

sua “situação” e renovação do medicamento. Falo que estou nesse processo de idas semanais e que, sempre que possível, também estou presente nas sextas-feiras.

Em ambas as situações, percebemos que a medicamentação é colocada enquanto dispositivo que define o vínculo com o serviço, uma vez que estes usuários afirmam que vão ao CAPSad II apenas para passar pelas consultas médicas para “atualização de sua situação” e pegar seus medicamentos – nos levando a crer que seus processos de cuidado, no que diz respeito a tal vínculo, podem acabar sendo limitados ao uso de psicofármacos.

Pensando ainda como a medicamentação é inserida na trajetória terapêutica das pessoas usuárias do serviço, consideramos pertinente compartilhar situações que nos possibilitam ampliar o nosso campo reflexivo.

Durante uma das consultas médicas, ao ser questionado como está se sentindo e como tem sido o cotidiano com os medicamentos que toma, um usuário fala que está bem. Diz que toma Haldol, Carbamazepina, Fenergan e Fluoxetina. Ao ser questionado como tem sido sua relação com tais medicamentos, Gentileza afirma que está “mais tranquilo”. Diz que teve muitos efeitos colaterais ao fazer uso do Diazepam e, por isso, em diálogo com o psiquiatra, resolveu parar de consumi-lo.

A partir do que é exposto, ainda que afirme estar “bem”, é possível inferir que o cotidiano do usuário, assim como sua trajetória terapêutica no serviço e o seu “tratamento” são preenchidos com uma quantidade considerável de medicamentos. Ou seja, a medicamentação parece ocupar um lugar central. Ao mencionar os efeitos colaterais de outra medicação da qual fazia uso, o Diazepam, o usuário coloca que foi possível, “em diálogo com o psiquiatra”, fazer a retirada da mesma e que, diante disso “está mais tranquilo” – logo, sem tais efeitos. Ele parece estar atento ao seu processo, uma vez que se coloca numa posição de “resolução” frente ao incômodo mencionado, afirmando que “resolveu parar de consumir”.

No entanto, não podemos deixar de atentar para o fato de que é o médico – enquanto interlocutor de sua fala – que parece definir, a partir da prescrição de medicamentos, o seu trajeto terapêutico, aqui explicitamente entendido pela lógica do “tratamento medicamentoso” – termo médico que assume enquanto finalidade a “cura” ou alívio de uma “enfermidade” ou “sintomas”. Logo, o cuidado em saúde mental parece ceder espaço para o

tratamento da saúde mental e a participação do usuário parece limitada à identificação e sinalização de efeitos colaterais para que possa ser feita uma adequada administração medicamentosa por parte do psiquiatra.

Para além do lugar do medicamento enquanto definidor da manutenção do “tratamento”, identificamos que, para alguns usuários, há um movimento que parece ser posterior a este primeiro. Ao se apresentarem “estáveis” e “dentro do esperado”, o “desmame” surge enquanto possibilidade. Como segue, em alguns momentos foi possível acessar tal processo:

Durante a consulta médica, ao ser acolhido pela profissional da enfermagem que estava substituindo o médico [pois este precisou se ausentar no dia], o usuário fala que tem se sentido bem. Está tranquilo e conta que segue num movimento de diminuição dos “únicos” psicofármacos que faz uso no momento. Afirma que, sob a orientação do psiquiatra, a cada nova consulta vem diminuindo a dosagem do Clonazepam. Além desse, faz uso da Amitriptilina.

No decorrer da consulta de rotina, o usuário afirma que faz uso do Diazepam e que, embora esteja ainda tomando, está “tentando deixar”. Diz que se sente mais seguro para ir tirando – coisa que não acontecia antes, quando, segundo ele, estava no auge de sua angústia e “da bebedeira”. A enfermeira [que estava substituindo o médico] coloca que fica feliz a ouvi-lo falar sobre o seu modo de manejar a experiência. Ela diz que, seguindo o que ele e o médico têm feito, irá manter a mesma dosagem para não influenciar no projeto terapêutico por eles traçado e, além disso, por não poder fazer prescrição. O usuário coloca que tudo bem e que na próxima consulta vai ver como fica “a diminuição”.

Mais um usuário adentra na sala de atendimento médico. A enfermeira acessa seu prontuário para saber quais os medicamentos por ele tomados. Nesse momento, o usuário coloca que não será preciso levar a Fluoxetina, pois tem bastante em sua casa. Seguindo com essa fala, ele diz que tem esquecido e que acaba não tomando o medicamento todos os dias. Nesse momento, a profissional lhe pergunta como tem estado o seu humor. O usuário afirma que está se sentindo bem e que os estresses que tem são “os do cotidiano”. Coloca, ainda, que faz uso do Neozine. Acolhendo o seu movimento, a profissional lhe questiona se ele não teria interesse em iniciar o desmame da Fluoxetina, visto que ele esquece e não tem percebido alterações no humor. Pergunta para o usuário: “O que você acha?”, ao que o usuário responde: “Acho bom!”. A profissional afirma que irá registrar em seu prontuário para que ele possa dialogar a respeito em seu próximo encontro com o psiquiatra.

Os trechos acima apresentados nos permitem acessar as experiências que dizem da possibilidade de desmame e/ou diminuição das dosagens dos medicamentos. É importante

destacar que todos dizem de pessoas que fazem parte do grupo de medicação, ou seja, usuários que atendem ao pré-requisito da “estabilidade” e que têm seus processos dialogados não somente nas consultas, de maneira individual, mas também coletivamente, com pares que compõem o grupo. Tais pessoas, como já foi dito, fazem parte de um número seletivo no serviço – o que não diminui a importância de seus processos, mas nos leva a ressaltar a necessidade de ampliação para os usuários e usuárias que não têm acesso às benesses de tal grupo.

Ao se perceberem passando pelo processo de diminuição do uso de medicamentos, chegando ao desmame enquanto parte do “tratamento”, os usuários parecem redefinir o lugar da medicamentação em suas trajetórias terapêuticas – a medicação passa a assumir, assim, um papel secundário. Há o interesse por parte dos usuários e o apoio por parte de alguns profissionais que os acolhem. Ao nosso ver, este movimento parece implicar em um reposicionamento dos usuários em questão frente às suas experiências, uma vez que estes passam a se sentir mais seguros “para ir tirando – coisa que não acontecia antes, quando, segundo ele, estava no auge de sua angústia e da bebedeira”. Há um processo de apropriação das situações vividas e o entendimento dos problemas enquanto parte “do cotidiano”, ou seja, questões que nem sempre precisam ser medicamentadas para serem manejadas.

Diante do exposto, no decorrer dos encontros que aconteceram e das conversas que tivemos com as pessoas usuárias do CAPSad II, fomos compreendendo não somente quais os lugares da medicamentação nos processos de cuidado e/ou tratamento, mas o modo como tais lugares são definidos a depender da trajetória terapêutica de cada pessoa – levando em consideração aspectos como a “estabilidade”, o controle, a relação com a abstinência, a experiência de desmame, etc. Além disso, ao irmos além do medicamento enquanto substância-objeto fim, nos deparamos com a “dependência” enquanto realidade de parte das pessoas usuárias do serviço, a medicação enquanto sustentação do vínculo com o CAPSad II, dentre outros aspectos que foram apresentados.

A partir de tais análises, um campo reflexivo se abre para nós. Há muito a ser pensado. Surgem questões as quais podemos não ter respostas fechadas, como costumamos sinalizar algumas vezes, mas que nos servem enquanto ponto de partida para o encontro com as discussões teóricas que seguem no Capítulo 4.

## 6 CAPÍTULO 4

### UM (RE)ENCONTRO COM A TEORIA

A partir das análises apresentadas, colocamo-nos num movimento de encontro com proposições teóricas que nos possibilitam dialogar com os objetivos deste trabalho de dissertação. Ou seja, aqui nos (re)encontramos com a teoria para compreendermos como a medicalização se inscreve nos processos de cuidado das pessoas usuárias do CAPSad II; analisarmos os posicionamentos identitários das pessoas que fazem uso de drogas não prescritas e a articulação de tais posicionamentos com a medicalização; e, por fim, o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II. Do mesmo modo, no decorrer das discussões, seguimos atentando para os sentidos produzidos sobre a medicalização. Tal movimento nos possibilita expandir o debate, convocar quem nos lê e, mais do que isso, produzir modos outros de estar em contato com as experiências vividas e narradas, assim como as realidades presentificadas em nossos diários.

Sobre este nosso movimento de pesquisa, consideramos pertinente ressaltar que, como dito na introdução deste trabalho, foi realizada uma busca na produção teórico-científica brasileira de modo que pudéssemos encontrar trabalhos outros que tivessem sido realizados e os quais pudessem ser mencionados por nós de modo a corroborar os resultados que encontramos em nossas análises. No entanto, não encontramos pesquisas que tenham buscado discutir, especificamente, o modo como a medicalização (e a medicamentação) da vida está inscrita nos processos de cuidado de um CAPSad. Tal questão não inibiu nosso processo, ao contrário, instigou-nos a seguir com esta necessária (e urgente) discussão. Assim, assumimos o inegável desafio diante de algo que embora não seja novo, parece ser, ainda, um debate que requer mais atenção da comunidade científica.

Nesse sentido, estaremos (re)acessando algumas questões que surgiram no decorrer do nosso trajeto analítico, não com o intuito de colonizar as experiências dos usuários e usuárias do CAPSad II com proposições médico-científicas que tanto se afastam da vida cotidiana e se voltam para as substâncias e/ou as doenças – patologizando as existências – mas enquanto possibilidade de potencializarmos os encontros e irmos além dos argumentos medicalocêntricos que se recusam a ampliar o debate e atentar para o que há de complexo e singular no serviço de saúde mental.

Ao falarmos sobre a pessoa com uso dito “problemático” de substâncias psicoativas, falamos em realidades plurais que, não raras vezes – a depender da raça, da posição socioeconômica, do gênero, dentre outros determinantes sociais – são atravessadas por violações graves de direitos, visto que tais realidades, como já mencionamos em nosso mergulho teórico, no Capítulo I, são posicionadas como sendo “o mal da humanidade” e entendidas enquanto problema não somente de saúde pública, mas que também são visualizadas por lentes moralistas, religiosas e de criminalidade que, sustentadas no discurso de guerra às drogas, viabilizam práticas que violam direitos, encarceram e minam modos de existência, tendo em vista que estão amparadas no discurso médico-patologizante que legitima práticas que capturam subjetividades, controlam corpos “desviantes” e categorizam comportamentos.

No campo da saúde mental e da atenção psicossocial e, mais especificamente em se tratando do uso “problemático” de álcool e outras drogas, há diferentes concepções e projetos que se mostram em disputa e que findam por dar vazão a perspectivas de caráter proibicionistas, punitivistas e conservadoras que reduzem a experiência de vida das pessoas às drogas das quais fazem uso (Alvarenga, Silveira, & Teixeira, 2018) e geram uma concepção distorcida da realidade, promovendo a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são naturalmente inertes, fazendo com que a pessoa usuária e o seu meio social sejam relegados a um plano menos importante (Brasil, 2004).

Nesse contexto, a medicina passa a atuar enquanto instituição de controle social, é posicionada enquanto uma espécie de repositório de verdade, assim como outras instituições – a religião, o Estado e a justiça – e assume um papel de “juri” sendo requisitada por outras instituições para que emita julgamentos baseados em conhecimentos que estão sob o seu domínio (Minakawa, 2016).

Dito isto, podemos evidenciar o quanto esta realidade medicalizante afeta de maneira direta as pessoas usuárias do CAPSad II. Assim, usuários e usuárias, tal como vimos na análise dos diários de campo desta pesquisa, veem-se frente à retirada de seus direitos e ao escamoteamento de estratégias de cuidado que possam lhes possibilitar o acesso à produção de vida pela via de um acolhimento que implique na escuta sem um “a priori” e que esteja atento aos modos engessados de capturas e convicções que venham a barrar um encontro que possa produzir rupturas (Santos & Yasui, 2016).

Ao fazerem ecoar suas vozes na canção que foi apresentada no início de nossa análise, as pessoas usuárias exigem respeito enquanto cidadãs, pois sabem-se amparadas por uma política de saúde mental que, embora fragilizada e deliberadamente atacada, deu-lhes respaldo para que pudessem se posicionar enquanto pessoas portadoras de direitos que parecem compreender que o serviço de saúde mental no qual estão inseridos pode ser um porta-voz para tal demanda, tendo em vista que o CAPSad está inserido no processo de Reabilitação Psicossocial que, por sua vez, “[...] significa fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania” (Valério, 2012, p. 212-213). Ou seja, apesar de todos os retrocessos em vigência e do acelerado processo de desmonte dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020), há, por parte dos usuários e usuárias, o posicionamento do serviço enquanto espaço que pode contribuir com a legitimação dos direitos requeridos.

Atentando para as discussões sobre a medicalização da vida e relacionando-as com o posicionamento que coloca as pessoas usuárias do CAPSad II frente à condição de cidadãs, alertamos para a necessária ampliação do que entendemos como sendo a produção de saúde e de cuidado no serviço de saúde mental no qual emerge a cidadania enquanto posição e, a partir desta, a garantia de direitos enquanto sentido produzido sobre este posicionamento. Assim, falar sobre cidadania e garantia de direitos, em pensando a RPb e o próprio Movimento Antimanicomial, é entender que “o cuidado passa a ter como premissa a defesa da vida e a percepção dos usuários como cidadãos pertencentes à comunidade. Para tanto, é necessário considerar as conexões relacionais que envolvem o sujeito que é cuidado e entendê-las como produtoras de vida” (Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira, & Gomes, 2017, p. 374).

Falar sobre cidadania e garantia de direitos é, ainda, compreender que as “necessidades de saúde”, como bem colocam Frazão e Minakawa (2018), estão para além das “necessidades de tratamento clínico” e/ou de “serviços especializados de saúde”. Os autores propõem a noção de necessidade de saúde como sendo um conceito político que é carregado de valor e que aponta para a sua avaliação como sendo uma atividade complexa que deve levar em conta questões que vão “desde os determinantes sociais até a ideia de projeto de felicidade e qualidade de vida, em diálogo com interesses de natureza estética,

emocional e moral, entre outros” (Frazão & Minakawa, 2018, p. 423). Ou seja, é necessário que se pense na avaliação das necessidades de saúde levando em conta aspectos que possam produzir um diálogo entre as necessidades que são coletivas e aquelas que são individuais sem, no entanto, cair nas armadilhas medicalizantes que nos colocam frente ao conceito positivo de saúde e nos afastam de um olhar ampliado que nos permite ir além.

No que diz respeito ao modo como os usuários e usuárias se posicionaram frente ao CAPSad II, foi possível identificar que o serviço de saúde mental foi colocado enquanto lugar que possibilitou uma “evolução” e uma “vitória” na trajetória de vida de tais pessoas com uso “problemático” de álcool e outras drogas; além de ter sido, em momentos distintos, exaltado como se ele, e todo o seu aparato médico-técnico-especializado, fossem os únicos responsáveis por um possível reposicionamento das mesmas – tendo sido centralizado seus processos no serviço de saúde e a este articulados.

Conforme inferem Costa, Ronzani e Colugnati (2018, p. 3239)

Tal centralização será chamada aqui de “CAPSolização” [grifo dos autores] da rede ou rede “CAPSolizada” [grifo dos autores], fazendo alusão à ideia do CAPSad como um sol, com outros dispositivos orbitando em torno dele, isto é, se relacionando por meio dele. Salienta-se que Amarante já havia anteriormente utilizado o termo “Capsização” [grifo dos autores] para se referir à centralidade do CAPS na política de saúde mental, alertando sobre o caráter contraditório desta centralização frente à própria ideia de uma rede substitutiva e comunitária.

Dessa maneira, questionamo-nos se a “evolução” e a “vitória” colocadas pelos usuários e usuárias do CAPSad II não dizem, pontualmente, de um posicionamento que se mostra articulado a uma lógica biomédica de “tratamento” – enquanto prática medicalizante – assim como se este “tratamento” não estaria sendo proposto exatamente a partir de uma centralização nos saberes da saúde; e, para além disso, uma centralização no serviço de modo que esteja sendo negligenciado, em alguma medida, a ampliação do cuidado para espaços outros que digam dos territórios nos quais estão inseridos os usuários e usuárias – em pensando a Atenção Psicossocial muito além do CAPSad (Santos & Yasui, 2016) – assim como afastando-se, em alguma medida, do modelo de saúde que venha a considerar a integralidade do cuidado e a participação ativa das pessoas usuárias “na elaboração e

condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o protagonismo social, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação” (Brasil, 2010, p. 63).

Sobre isto, corroboramos o que propõem Santos e Yasui (2016) ao afirmarem que é necessário que o saber médico saia do lugar central e abra espaço para que aconteça a horizontalização dos processos de trabalho e a ampliação das estratégias de cuidado, de modo que seja possível, por exemplo, o fortalecimento da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs) enquanto proposta para tornar o usuário e a usuária mais participativos nos seus processos de cuidado, de modo que possam produzir responsabilização e autonomia na vida cotidiana.

Segundo os autores mencionados, os PTSs dizem da oferta de um conjunto de ações que não são exclusivas e não se limitam ao espaço do CAPSad, ou seja, é necessário que se rompa com a lógica doença-cura e com a posição de “pessoa problemática” – tal qual é posicionada, socialmente, aquela que faz um uso igualmente “problemático” de drogas não prescritas – que viabiliza a centralização do cuidado numa disciplina ou num serviço específico e que seja colocado na pauta das ações a vida e toda a sua rede complexa de relações.

No decorrer de nossas análises, fez-se presente a posição do “vencedor” e o discurso da “superação” – colocando-nos de frente com a polarização entre “vencedores e perdedores” que costuma distinguir as pessoas que seguiram o *script* medicalizante, pautado na lógica da abstinência, e aquelas que fracassaram ao não superarem o uso “problemático” de drogas. Tal polarização, tão comum nos espaços que se dizem de “tratamento” de pessoas com uso “abusivo” de álcool e outras drogas – embora estejamos falando de um serviço substitutivo da RAPS – reflete uma abordagem que ainda ancora-se no proibicionismo e que objetiva controlar e frear o uso de drogas por meio de medidas e estratégias pautadas no saber técnico-científico, visando a abstinência enquanto finalidade única, como uma perspectiva de “cura” – em contraponto à doença – e de libertação (Saback, 2012); negligenciando, desse modo, a Redução de Danos enquanto política de cuidado que se abre à diferença e opera na contramão das práticas instituídas – sendo menos sobre a redução dos riscos e mais sobre uma ampliação da vida (Silva, 2016; Lancetti, 2017). Assim, colocamo-nos à reflexão: Não seria a ampliação da vida, portanto, uma possível “vitória”?

Outro posicionamento que emerge nas práticas discursivas das pessoas usuárias do CAPSad II e o qual consideramos pertinente destacar, diz do usuário enquanto pessoa que se coloca como parte de um coletivo que precisa lutar por mudanças, pois a questão das drogas não prescritas ainda se mostra como sendo um tabu social que, dentre outras questões, evidencia o preconceito vivido pelas pessoas que fazem uso “problemático” de álcool e outras drogas e que são usuárias do CAPSad. Assim sendo, é possível inferir que as pessoas usuárias sabem-se inseridas em uma sociedade que produz estigma – aqui entendido enquanto atributo depreciativo pelo qual uma pessoa é reconhecida e, por vezes, reduzida – e preconceito não somente voltados às substâncias, mas também a quem faz uso das mesmas – rotulando, criminalizando, patologizando e excluindo tais pessoas da engrenagem social, interferindo, desse modo, no acesso à cidadania, à vida social, ao trabalho e aos próprios serviços de saúde (Camargo & Sinibaldi, 2020).

O posicionamento que diz desse lugar coletivo de luta contra o preconceito vivido emerge em sua articulação com a medicalização a partir do momento em que este acaba por surgir enquanto entrave para os processos de cuidado quando os próprios serviços de saúde e seus profissionais, pautados na lógica médico-patologizante, acabam por reduzir o cuidado a um "tratamento" viabilizado por procedimentos técnico-científicos que visualizam abstinência enquanto via única de ação, uma vez que

Vários são os discursos e ideologias que sustentam a política proposta pelo Ministério da Saúde, mas nem todos os segmentos da sociedade estão preparados para lidar com essa visão, pois o fenômeno das drogas e seus usuários ainda são considerados de forma preconceituosa pela sociedade e, para ultrapassar essa visão equivocada, é preciso mais do que capacitação técnico-científica, é preciso se despir dos preconceitos já enraizados e se colocar disponível para essa nova leitura. A representação da droga no imaginário coletivo e no senso comum ainda é construída com base em mitos, estereótipos e moralismos (Saback, 2012, p. 297)

Pensando na realidade brasileira, mesmo com a desinstitucionalização enquanto eixo que norteia nossa legislação entre os anos de 2001 e 2017, além dos avanços da Reforma Psiquiátrica – que são inegáveis – e toda a organização e estruturação da RAPS, de acordo com Oliveira, Coelho, Salvador e Freitas (2019), pesquisas apontam diversos entraves para o cuidado de pessoas com uso “problemático” de drogas não prescritas no âmbito do SUS, sendo este um dos fatores que corroboram a manutenção de longas internações em

instituições psiquiátricas, assim como em clínicas de reabilitação e/ou Comunidades Terapêuticas (CT's), por causa da “dependência química”. Dessa maneira, pessoas que poderiam ser acolhidas na relação social cotidiana, passam a possuir um “traço” – como o de pessoa-problema, por exemplo – que parece se impor à atenção e afastar aquelas que encontram em sua trajetória, sendo silenciada a possibilidade de atenção para outras potencialidades suas (Goffman, 2017).

Em pensando, ainda, os entraves que emergem na contramão do que propõe a RPb com relação às estratégias de cuidado voltadas para as pessoas usuárias do CAPSad e, mais do que isso, levando em consideração a realidade apresentada por usuários do CAPSad II que passaram por períodos de internação em “clínica privada de reabilitação” e, a partir das experiências vividas, posicionaram-se enquanto pessoas que não têm “direito a nada”; atentamos para o Estado enquanto força motriz que vem a atuar enquanto um dos agentes que movem os processos de medicalização (Minakawa, 2016), uma vez que no contexto brasileiro, deparamo-nos, por exemplo, com a (re)abertura de editais públicos para financiamento de CT's<sup>17</sup>, ainda que seja de conhecimento público as graves violações de direitos que são presentificadas nesses espaços as quais foram apresentadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018).

No Brasil, de acordo com Mélo, Moura e Galindo (2018, p. 151-152),

As CTs se estabelecem como equipamentos emblemáticos de modelos de internação e clausura e, ainda, como organizações assistencialistas, fixando-se em tratamentos relacionados ao uso de drogas. Geralmente baseada na pedagogia norte-americana dos 12 passos, a proposta das CTs inviabiliza a criatividade em relação a ações de atenção à saúde para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. [...] Vê-se, nessa configuração, a conjugação dos traços da Psiquiatria preventivista norte-americana, respaldada pela sociologia do desvio e do comportamento antissocial, com o ranço disciplinador, o qual marca as práticas de reclusão adotadas por essas organizações.

Outro posicionamento se mostra evidenciado através das análises dos nossos diários quando os usuários e usuárias se colocam enquanto pessoas que compreendem “a vida, a

---

<sup>17</sup> “A expectativa do Governo Federal é que o número de vagas chegue a 20 mil, um investimento de R\$ 300 milhões”. Link para o anúncio do edital disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/reaberto-edital-publico-para-financiamento-de-comunidades-terapeuticas>

rotina e as leis”. Colocando-nos frente à articulação com a medicalização, tal posição chegamos enquanto um dos gargalos nos processos de cuidado de pessoas que fazem uso “problemático” de álcool e outras drogas e que são usuárias do CAPSad II, uma vez que, levando em conta o discurso proibicionista que encontra na medicalização da vida uma via facilitadora para seguir (re)definindo os comportamentos aceitáveis, a Lei emerge enquanto estratégia de controle presentificada no serviço – seja por meio do encaminhamento de usuários e usuárias para o CAPSad II, enquanto cumprimento de pena judicial por possíveis crimes cometidos, seja produzindo corpos dóceis (Foucault, 2000) que passam a “compreender” o *modus operandi* imposto e, em alguns casos, o posicionam como aquele a ser seguido, tendo em vista o fato de desejarem ser aceitos socialmente, pois parece ser mais convincente receber uma “etiqueta médica” de paciente-usuário do serviço de saúde mental do que ser reduzido à figura de “criminoso, agitador, preguiçoso ou simulador” (Illich, 1975, p. 75).

Assim, de acordo com Silva (2013, p. 20), em pensando a aliança entre a justiça e a medicina, aqui representada pela psiquiatria, encontramos “o esforço por diferenciar o que é objeto da Justiça e o que deve ser tratado pela Psiquiatria, cabendo ao psiquiatra a determinação desse limite e a responsabilidade pela condução do tratamento”. Por isso acreditamos que há o comprometimento do cuidado, uma vez que a autonomia da pessoa usuária frente a um projeto terapêutico que deveria ser singular passa a ser comprometida em detrimento da judicialização do seu “tratamento”.

Outro posicionamento que emergiu no decorrer de nossas análises, como já ressaltado, diz da pessoa usuária como sendo “problemática”. Consideramos pertinente destacar que no momento em que o posicionamento surgiu, inicialmente, na fala de um usuário, identificamos que estava sendo feita uma constatação da realidade, uma vez que o mesmo parecia se referir ao fato de seus pares passarem por dificuldades e apresentarem problemas, logo, serem “problemáticos”. No entanto, em outra situação, na colocação de uma profissional, ao mencionar a postura de colegas do serviço, há um tom pejorativo que estigmatiza uma usuária que estava sendo posicionada. Assim, é dito que a mesma já havia “perdido o controle”, “é vista como violenta” e que, diante disso, “poucas pessoas têm paciência para acolhê-la”.

Ao refletirmos sobre tal posicionamento, principalmente a partir do que é colocado pela profissional, damos conta do caráter reducionista que parece desconsiderar as experiências de vida da usuária e que não se intimida ao etiquetá-la, a partir da lógica medicalizante, enquanto “pessoa-problema”. Assim, a mesma passa a ser definida a partir dos comportamentos tidos como indesejáveis (Freitas & Amarante, 2015) e, diante deles, tem seu acolhimento comprometido. Não é dado um lugar para a forma e o tempo com que a usuária revelaria a particularidade de sua história entrelaçada (ou não) com o uso de substâncias. Não há espaço, por parte dos profissionais, para suportar o inédito, o intempestivo e/ou até o que poderia se mostrar cristalizado no discurso da usuária. Parece, ainda, não haver a necessária abertura para escutar o sofrimento que pode se apresentar (Santos & Yasui, 2016).

Dessa maneira, ao articularmos o posicionamento da pessoa “problemática” com a medicalização, identificamos o modo como tal posição vem a atravessar os processos de cuidado, localizando-a numa categoria patologizante simplista que a afasta da possibilidade de um acolhimento integral que leva em conta a sua singularidade. Indo além, atentamos também para o fato de que a pessoa usuária passa a compor o mesmo vocabulário médico que define o uso “problemático” ou “abusivo” de álcool e outras drogas, por exemplo, e que vem a legitimar práticas de controle, “gerando uma intervenção na vida destes sujeitos, que acabam sendo considerados desviantes ou problemáticos por não se adequarem a certa normalidade subjetivada pelos próprios médicos ou psiquiatras, e legitimada pelo poder que estes profissionais detêm” (Rosa, 2010, p. 30). Ou seja, a pessoa é reduzida ao problema e passa a ser tratada como tal.

Ao seguir com as análises dos diários de campo, identificamos o posicionamento que diz das pessoas com uso “problemático” de drogas como sendo desamparadas – levando em conta o fato de não terem “para onde voltar” e/ou não serem aceitas nos contextos familiares, sendo necessário, em alguns casos, que se recorra a instituições e abrigos enquanto espaços de moradia – e sendo tal desamparo determinado a partir da abstinência. Assim, mantendo-se abstinente, o usuário consegue garantir um lugar; do contrário, vê-se frente à negação do mesmo ou, ainda, à situação de conflito ao assumir-se enquanto pessoa que faz uso de substâncias.

Ao refletirmos sobre tal posicionamento a partir da sua articulação com a medicalização, nos deparamos, novamente, com o “paradigma da abstinência” e os sentidos produzidos sobre a mesma, seja pelos usuários e usuárias do CAPSad II, seja por seus familiares, tendo em vista que ele parece se tornar uma espécie de balança de aceitação que vai medir o quanto uma pessoa será aceita ou não a partir do uso que faz das drogas não prescritas. Ou seja, quanto mais a tal balança venha a pender para o uso de substâncias, menos aceita será a pessoa e maior será a posição de desamparo que ela virá a ocupar.

De acordo com Passos e Souza (2011, p. 157),

Veremos como a abstinência se torna um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política do tratamento para usuários de drogas. Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso.

Desse modo, ao proporem o paradigma da abstinência a partir da articulação das instituições – justiça, psiquiatria e igreja – que atuam enquanto dispositivos disciplinares direcionados às pessoas que fazem uso “problemático” de álcool e outras drogas; os autores nos colocam frente a uma reflexão sobre a família enquanto instituição social que, não raras vezes, acaba por corroborar tal paradigma e emerge enquanto mais um dispositivo que irá definir o quanto a pessoa usuária será aceita em seu seio, se esta terá “para onde voltar” ou se passará a vida entre “a casa de um e de outro”, como colocou um dos usuários do CAPSad II.

Ao levantarmos tal discussão, não negamos o sofrimento vivido nos contextos familiares – uma vez que assumimos uma compreensão não romantizada da família enquanto instituição, levando em conta a sua pluralidade – assim como não estabelecemos uma guerra à abstinência, uma vez que entendemos que em alguns contextos e experiências de vida ela se torna uma realidade das pessoas usuárias que optam por se deslocar da realidade de uso. No entanto, atentamos para o modo como tais questões podem reduzir experiências de vida, em sua complexidade, e negar as singularidades – impondo um modo único de vivenciar a

relação com as substâncias psicoativas, assim como legitimando a violação de direitos no processo de imposição de uma vida abstinente (Souza, 2007).

Outra questão que emerge ao pensarmos o paradigma da abstinência e que se fez presente no decorrer da análise dos diários de campo, quando estivemos buscando entender o lugar da medicamentação nos processos de cuidado, diz respeito ao “grupo de medicação” do CAPSad II. Conforme já foi dito, o grupo acontece uma vez ao mês e foi criado com o objetivo de serem discutidas questões relacionadas ao “tratamento” dos usuários e tem como foco a medicamentação. Para que possam participar do grupo, é preciso que se atenda alguns pré-requisitos estabelecidos pelo médico psiquiatra que o idealizou. Desse modo, a abstinência – a partir da esperada “estabilidade” e ausência da “recaída” – surge enquanto garantidora da presença dos usuários na atividade, sendo excluídos do grupo aqueles que não atendem ao que é demandado *a priori*.

Inicialmente, ao nos depararmos com a proposta do grupo de medicação, consideramos uma possibilidade valiosa para as pessoas que dele fazem parte, uma vez que elas têm acesso a informações a respeito dos medicamentos dos quais fazem uso, assim como conseguem relatar experiências da vida cotidiana como, por exemplo, no caso de um usuário que pôde dialogar sobre o preconceito vivido por fazer uso de psicofármacos. No entanto, o encantamento inicial foi-se por terra ao nos darmos conta da quantidade reduzida de participantes e, mais do que isso, do processo de exclusão que, ironicamente, estava sendo vivido dentro do próprio serviço de saúde mental pela maioria dos usuários, uma vez que estes não atendiam aos pré-requisitos impostos, ou seja, não estavam em abstinência e/ou “estáveis”.

Assim, ainda que a medicamentação faça parte da trajetória terapêutica de quase todos os usuários e usuárias do serviço, tendo em vista que o CAPSad II faz parte da “estrutura de diagnósticos” (Lucy Johnstone, 2019)<sup>18</sup> que sustenta práticas no âmbito da saúde mental, logo, pauta-se no diagnóstico para garantir a prescrição de medicamentos; apenas uma parte das pessoas – as “estáveis” – têm acesso ao diálogo mais amplo sobre a medicação, dialogando não somente sobre efeitos colaterais e possíveis adequações das

---

<sup>18</sup> Em entrevista ao *MadinBrasil*, a autora reflete sobre a “estrutura de diagnóstico” para que seja possível, em contrapartida, pensarmos na criação de uma alternativa conceitual para o DSM. Material disponível em: <https://madinbrasil.org/2019/07/a-criacao-de-uma-alternativa-conceitual-para-o-dsm-uma-entrevista-com-a-dra-lucy-johnstone/>.

prescrições, mas sobre os efeitos dos medicamentos no cotidiano. Para essas pessoas, a medicamentação parece ser uma pauta importante nos processos de cuidado e, mais do que isso, torna-se tema central em uma das atividades do serviço. Para as demais o medicamento parece surgir de maneira secundária, não sendo uma pauta que venha a se fazer presente em outros momentos que não seja a consulta com o médico psiquiatra.

Conforme apontam Gonçalves e Campos (2017, p. 2),

Pesquisas apontam a falta de informação dos usuários sobre os remédios receitados e a não discussão sobre os efeitos indesejáveis deles, revelando uma baixa apropriação dos usuários dos serviços em relação ao seu tratamento. Há principalmente um baixo conhecimento em relação aos efeitos benéficos e colaterais de qualquer tratamento medicamentoso, reduzindo a capacidade crítica do processo decisório na escolha do tratamento, fazendo com que o poder dessa decisão recaia apenas nos profissionais de saúde. [...] A participação dos usuários restringe-se, muitas vezes, à mera informação de seus sintomas, ficando, de lado, os múltiplos não ditos do sofrimento.

No caso do CAPSad II, a realidade apresentada pelas autoras diz respeito à experiência da maioria das pessoas usuárias no serviço, uma vez que todas as questões referentes aos medicamentos dos quais fazem uso passam a ser tratadas de maneira individual nas consultas médicas. Assim, há a reprodução de uma atenção centralizadora e especializada, atendendo ao modelo biomédico que se centra na doença, na sintomatologia e no tratamento medicamentoso – despotencializando a possibilidade de criação de espaços e dispositivos de cuidado que sejam pautados na horizontalidade e promovam a produção de autonomia (Gonçalves & Campos, 2017).

Assim, apesar de um movimento que se mostra atravessado por boas intenções por parte do profissional que idealizou o já referido grupo, parece-nos que os encaminhamentos do mesmo se mostram, ainda, enrijecidos e pautados numa ótica biomédica que parece não ultrapassar a troca de informação e uma suposta negociação da medicação. Não negamos a importância de tal movimento, no entanto atentamos para a insuficiência e levamos em conta o fato de tal atividade não contemplar grande parte dos usuários e usuárias do CAPSad II.

Sobre isto, consideramos pertinente mencionar que tais encaminhamentos poderiam ser repensados a partir de movimentos outros que se mostrem em sua potencialidade e venham a descentralizar a medicamentação enquanto pauta da psiquiatria, ampliando para saberes outros que se fazem presentes no serviço, assim como para as próprias pessoas

usuárias enquanto protagonistas dos seus processos de cuidado. Pensamos, por exemplo, na Gestão Autônoma da Medicação (GAM) enquanto proposta e possível estratégia de deslocamento a ser pensada no contexto da RAPS e, para nós, mais pontualmente no CAPSad II, tal como foi colocada na pesquisa-intervenção realizada por Ferreira, Feitosa e Amorim (2020), assim como o trabalho que está sendo desenvolvido, e tendo parte de suas etapas já apresentadas, por Mélllo, Sampaio, Barros, Lima e Veras (2020).

De acordo com Jorge, Campos, Pinto e Vasconcelos (2010, p. 1544),

A GAM constitui uma proposta participativa de discussão e reflexão sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, com a finalidade de disparar autoconhecimento e autonomia e busca diálogo no sentido de reduzi-los, a fim de construir experiências significativas em sua vida social e individual. Nas experiências individuais compartilhadas num coletivo grupal, emergem práticas cogestivas entre usuários e profissionais de saúde na condução terapêutica. [...] Na grupalidade, pressupõe-se o respeito das afetações recíprocas, de maneira mais múltipla, centrada, calcada sobretudo no jogo entre as singularidades e o comum.

Assim, reiteramos que visualizamos no grupo de medicação, que é realizado no CAPSad II, uma proposta que inegavelmente se mostra como plausível no contexto do serviço, uma vez que há espaço para a discussão e a reflexão sobre os medicamentos consumidos pelos participantes, assim como identificamos a tímida produção de certo grau de autonomia e o compartilhamento de algumas experiências. No entanto, entendemos que há uma demanda por parte das pessoas que não atendem aos pré-requisitos do grupo e que podem, a partir da abertura para o que há de singular e de comum, romper com o que está posto se lhes for aberto este espaço.

Para tal, acreditamos que “um certo grau de autonomia”, como destacamos acima, não nos parece suficiente, uma vez que, dialogando com o que propõem Silva, A.A, Aleixo, Silva, C.M, Duarte e Moraes (2020), podemos pensar em “gradientes de autonomia”, entendendo que

Há que se adotar, aqui, portanto, uma concepção de autonomia que verse sobre a vida em comum e os seus possíveis, entendendo que o humano se faz e refaz a partir do reconhecimento mútuo entre pares, construindo uma vida e galgando possibilidades que só são possíveis a partir da partilha e do convívio entre os seus, tendo o público – e não só o privado – como um campo importante de ampliação da liberdade. Nesse sentido, na contramão do paradigma neoliberal, temos a autonomia como capacidade

de estabelecer, num plano comum de coexistência, relações de interdependência para a construção das escolhas e decisões de modo ético, isto é, decisões que podem ser apoiadas e cujos efeitos considerem sua existência na relação com os demais que o cercam. (Silva, A., Aleixo, Silva, C., Duarte & Moraes, 2020, p. 11)

Do contrário, embora propondo tal grupo, o serviço seguirá em conformidade com uma prática hegemônica que é construída na subordinação da prática clínica, enquanto dimensão social e humana, a uma tecnologia biopolítica de gestão da vida que por nós é identificada a partir da medicalização e da medicamentação. Do mesmo modo, seguirão sendo conformadas práticas clínicas que findam por priorizar, como afirmam Jorge, Campos, Pinto, & Vasconcelos (2010, p. 1545),

Elementos de intervenção voltados para a elucidação diagnóstica orgânica, terapêuticas medicalizantes e prioritariamente fármaco-químicas, bem como abordagens unidirecionais em que o indivíduo ali tido como adoecido deve simplesmente adaptar-se ao processo de cuidar estabelecido.

Assim, seguindo com nossas análises e atentando para o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado das pessoas usuárias do CAPSad II, para além do que já foi exposto, identificamos uma pluralidade de relações que emergem e que nos levam a compreender que não falamos sobre um lugar, mas sobre lugares. Assim, podemos citar o lugar da dependência; o de garantia do controle; e o de determinação do vínculo com o serviço, a partir do qual era apenas para ter acesso à prescrição da medicação que as pessoas frequentavam o CAPSad II.

Como dito, em situações distintas deparamo-nos com a relação de dependência que fora estabelecida – seja por ter sido colocada por um médico enquanto condição para o bem estar; seja por ter sido identificada por um usuário que relaciona-se com outro e afirma que o companheiro faz uso das drogas psiquiátricas e que é dependente delas, afirmando que “as drogas dele são outras” – uma realidade irônica para um serviço que tanto parece apontar para a “dependência química” enquanto patologia a ser tratada.

Nesse sentido, concordamos com Freitas e Amarante (2015, p. 27) quando os autores colocam que “a medicalização [e a medicamentação] está de tal forma incorporada em nossas vidas que podemos até considerá-la nossa segunda natureza. E por ela lutamos, como

se ao lutar por mais medicalização estejamos almejando por mais-ser”. Assim, a dependência da droga prescrita emerge enquanto uma realidade vitalícia para algumas pessoas usuárias do serviço, uma vez que, a partir do que é definido pelo médico, não há possibilidade de seguir “estável” e “progredindo no tratamento”, caso seja feita a retirada.

A droga prescrita, do mesmo modo, passou a ser localizada num lugar de controle. A partir disso, identificamos como tal lugar parece reforçar a nossa compreensão acerca das estratégias de controle que são operadas a partir do medicamento enquanto um dispositivo que mobiliza estratégias e formas de assujeitamento (Ignácio & Nardi, 2007). Assim, usuários e usuárias, familiares e acompanhantes e, além destes, profissionais do serviço; produzem sentidos sobre a medicação passando não somente a identificar o modo como os medicamentos vêm a controlar experiências tidas como indesejáveis, como demandando tal controle. De acordo com Brasil (2019, p. 15)<sup>19</sup>,

O medicamento é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. O controle dos corpos e a cultura da medicalização [e da medicamentação] em uma sociedade que funciona de uma forma mais prática, pode fazer com que muitas vezes as pessoas sintam que precisam se automedicar ou procurar um atendimento médico e/ou terapêutico para estarem produtivas, objetivando maior rendimento no trabalho, sem ter a real noção dos riscos do tratamento farmacológico, e até mesmo da dependência física ou psíquica intrínseca ao uso desses medicamentos. Assim, o que é considerado normal se transforma em algo patológico.

Assim, o uso, o controle e a administração das medicações “configuram-se como importantes rituais entre profissionais, usuários e acompanhantes, que expressam um repertório usual de práticas de tratamento, presente nas relações entre os atores sociais em questão, dando sentido à realidade vivida” (Moraes, 2005). Desse modo salta-nos aos olhos, não somente o lugar de controle ocupado pelo medicamento como, para além disso, a delimitação do vínculo com o serviço de saúde mental a partir do acesso à prescrição da medicação – tendo em vista que algumas pessoas usuárias do CAPSad II apontam o medicamento e a renovação da receita médica como sendo o único motivo pelo qual estas frequentam o serviço. Assim, a prescrição torna-se o combustível imprescindível para o

---

<sup>19</sup> Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-VIDA.pdf>

movimento do “tratamento” – ainda que tal movimento leve as pessoas usuárias para lugares nem sempre potencializadores.

A partir disso, torna-se imprescindível pensar no vínculo enquanto parte de um processo de cuidado que não deve ser reduzido à lógica do “tratamento” que se volta para uma doença; mas entendendo, conforme colocam Jorge et al. (2011), que o trabalho em saúde precisa ser permeado por diversos encontros e visões plurais nas relações entre as pessoas usuárias e as profissionais, mas não somente, uma vez que não podemos negligenciar o fato de que a relação terapêutica também é atravessada pela dor, sofrimento e vivências que estão para além do CAPSad II. Por isso, parece-nos que é preciso romper com a concepção de vínculo que mais parece dizer de práticas medicalocêntricas – reduzidas à consultas e prescrição de medicamentos – e menos de práticas pautadas na ampliação da concepção de saúde e na produção de vida, logo, práticas que se pretendam desmedicalizantes.

Para tal, podemos pensar a valorização das tecnologias leves ou relacionais de cuidado que, segundo Merhy (2007), estão presentificadas no espaço relacional do serviço e são materializadas nas ações das pessoas. Tais tecnologias dizem do acolhimento, integração, formação efetiva de vínculos, espaço para encontros, escuta e afetações, respeito, produção e valorização da autonomia, corresponsabilização, empatia, postura ética, dentre outros. Ou seja, aspectos que dizem de processos de subjetivação que dificilmente se mostram possíveis quando o encontro e o vínculo com o serviço de saúde mental se mostra reduzido a uma consulta médica e a atualização de receitas.

Jorge et al. (2011, p. 3052) ressaltam:

Por suas especificidades, o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. Ele opera em tecnologias de relações, de encontros de subjetividade, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Assim, reafirmamos o que já foi dito e ressaltamos que, diante de um cenário no qual o discurso moralista e ultraconservador tem ganhado cada vez mais espaço, produzindo mortificações e colocando-nos frente a retrocessos históricos avassaladores, pensar o trabalho em saúde mental, mais pontualmente no contexto do CAPSad II, deve ser pensar na

ampliação da vida – e aqui mencionamos a RD enquanto exemplo potente de política de cuidado a ser defendida e que deve ser pautada no fortalecimento do vínculo, da troca e da confiança numa trajetória terapêutica que ultrapassa o consultório médico, a ficha de prescrições e o serviço de saúde mental como um todo. Do mesmo modo, em pensando os processos de medicalização, faz-se necessário atentar para tecnologias e estratégias de cuidado e aqui mencionamos novamente a GAM enquanto possibilidade que

Propõe o exercício de diálogo entre participantes, familiares e trabalhadores da saúde mental sustentando como princípios a qualidade de vida subjetiva, o empoderamento, o reconhecimento dos múltiplos significados em torno da medicação e o respeito aos direitos e decisões dos usuários numa abordagem ampla e não reducionista/unidimensional. (Barrio, Cyr, Benisty & Richard como citado em Ferreira, Feitosa & Amorim, 2020, p. 207)

Diante disso, reiteramos que é preciso tornar vivo o trabalho e romper com a lógica medicalizante que, não raras vezes, na contramão do que propõe a RPb, segue estruturando modos de vida e reduzindo experiências complexas a diagnósticos simplistas. Para tal, faz-se necessário que consigamos ultrapassar o debate conceitual em torno da medicalização da vida e entendê-lo em seu amplo e já fortalecido modo de ser operacionalizado – ou estaremos incorrendo no equívoco de acreditar, ingenuamente, que desmedicalizar reduz-se à diminuição de dosagens medicamentosas e/ou compartilhamento hierárquico de informações sobre “tratamentos”.

## 7 CONSIDERAÇÕES (QUE NÃO SE PRETENDEM) FINAIS

### 7.1 Encerrar para iniciar...

A partir do que discutimos no decorrer deste trabalho de dissertação, algumas considerações podem ser tecidas – não enquanto finalização de um processo, pois, como já dissemos, ele não se pretende conclusivo. Ao contrário, buscamos o movimento. A ruptura. Muito do que encontramos no decorrer das nossas análises e reflexões nos leva a pensar no que pode vir a partir das mesmas. Assim, cabe-nos colocar que diante da pesquisa por nós realizada e aqui apresentada, foi possível refletirmos, a partir da análise dos diários de campo, como a medicalização se inscreve nos processos de cuidado das pessoas usuárias do CAPSad II.

Identificamos, desse modo, que a medicalização não só está inscrita nos processos de cuidado, mas insculpida, gravada, traçada. Muito ouvimos falar sobre o “tratamento” enquanto uma espécie de *script* a ser seguido e enquanto pré-requisito para a reinserção numa engrenagem social que não admite desvios. Desse modo, de maneira geral, a medicalização mostrou-se presentificada em posicionamentos identitários tais como o das pessoas usuárias do CAPSad II como sendo “problemáticas”, “desamparadas”, sem credibilidade, “agressivas”, dentre outros – posições estas que são legitimadas a partir dos discursos médico, moral, religioso e jurídico, todos componentes do mesmo fenômeno, e perpetuados no imaginário social.

A medicalização fez-se presente nas falas sobre a violação de direitos sofrida pelas pessoas com uso dito “problemático” de álcool e outras drogas, tendo em vista o respaldo médico que, não raras vezes, tais violações carregam consigo. Enquanto exemplo, podemos mencionar a negação do acesso à aposentadoria junto ao INSS e/ou situações de tortura sofridas em uma clínica privada de reabilitação que foram/são legitimadas pelo discurso médico, a partir do qual, em nome do controle e da reparação, tudo é permitido. A medicalização mostrou-se também enquanto produtora de estigma e atuante na legitimação do preconceito, ambos reforçados por discursos medicalizantes que (re)produzem discursivamente tal realidade para que sejam vendidos os seus “tratamentos”. As práticas medicalizantes foram identificadas, ainda, na etiquetagem médica das pessoas usuárias; a

partir das iatrogenias clínica, social, cultural e do corpo; dentre outros modos de inscrição que apresentamos em nossas análises.

A medicalização da vida apresentou-se inscrita não somente nos processos de cuidado e “tratamento” de usuários e usuárias de drogas não prescritas, mas em experiências de vida que, embora tenham sido colocadas durante as atividades no CAPSad II, assim como em conversas que aconteceram em outros momentos no serviço, passam pelo crivo medicalizante que compõe o cotidiano das pessoas e define, por exemplo, se elas estão ou não aptas para o mercado de trabalho; definem o modo como as pessoas são posicionadas por familiares e vizinhos; se elas terão um lugar para morar – levando em conta a presença ou ausência da abstinência; como também as relações afetivas que poderão ou não ser vividas.

Desse modo, emergiram histórias atreladas a uma realidade que foi além das paredes do CAPSad II e isto é justificado a partir da compreensão de que, ao falarmos sobre a medicalização da vida, falamos em um fenômeno social que não deve ser reduzido ao saber médico, assim como aos serviços de saúde, uma vez que, em pensando a polissemia conceitual, devem ser descortinadas questões relacionadas ao estímulo do individualismo na sociedade, aos processos de industrialização dos modos de produção que exigem corpos dóceis, disciplinados, saudáveis e aptos para o trabalho, assim como o próprio desenvolvimento da economia capitalista.

As trajetórias terapêuticas – eufemismo para o “tratamento” – foram atravessadas pela medicalização na medida em que esta surge enquanto fenômeno inscrito na vida cotidiana que já não mais precisa ser “personificado” ou “objetificado” para ser presentificado. Ou seja, a medicalização já está no modo de *ser* da sociedade. Ela, enquanto dispositivo de controle, introjetada na teia das relações, já não precisa mais da presença de um serviço ou de um único profissional para existir. Parafraseando o que colocou Peter Pál Pelbart<sup>20</sup>, ao falar sobre os “manicômios mentais”, a “medicalização mental” está em todos os espaços, porque ela está em nós. Ela está em nossas práticas e sobre ela sentidos são produzidos e modos de viver são estabelecidos.

Ao nos dispormos a analisar como os usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si mesmos e de seus pares no decorrer dos diários e, mais do que isso, como estes estão articulados com a medicalização, pudemos identificar como tais posicionamentos

---

<sup>20</sup> No livro “A Nau do Tempo-rei”.

são (re)construídos discursivamente a partir, dentre outras, da ótica moral e medicalizante que atravessa as trajetórias terapêuticas daqueles e daquelas que fazem uso do serviço de saúde mental. Assim sendo, encontramos permanências no que diz respeito ao modo como as pessoas usuárias de drogas não prescritas, assim como usuárias do serviço de saúde mental, a saber, o CAPSad II, são posicionadas socialmente.

São pessoas culpabilizadas pela realidade vivida, tendo em vista que o sofrimento é individualizado para ser medicalizado. Pessoas que se colocam enquanto “sem rumo” e “sem perspectiva”, pois, de acordo com os discursos que constituem a trama medicalizante, desviaram do esperado e, por isso, posicionam-se também enquanto coletivo que vê-se diante da retirada de direitos. Tendo em vista o discurso proibicionista que, amparado no saber-poder da saúde, silencia os modos de existência que rompem com a imposta “homeostase social”, usuários e usuárias posicionam-se enquanto parte de um grupo que não tem “direito de ir e vir” e que precisa lutar contra o “tabu” ainda existente frente ao uso de drogas não prescritas – o que parece ser irônico numa sociedade que vive uma “epidemia de drogas psiquiátricas”.

Assim, reiteramos que os posicionamentos identitários por nós identificados, correspondendo a uma realidade social que vê-se diante do domínio da medicina sobre problemas sociais e questões morais, evidenciaram-se sempre atrelados à medicalização.

Além dos posicionamentos que apontam para as permanências e os quais foram mencionados até aqui, identificamos, enquanto ruptura e possível resistência, posições que nos colocaram diante de um possível deslocamento dos usuários e usuárias frente aos lugares estáticos e hostis nos quais são colocados socialmente. Dessa maneira, as pessoas usuárias do CAPSad II posicionaram-se como sendo cidadãos que lutam pela garantia de seus direitos e que desejam romper com as posições socialmente construídas, afirmando que “chega de preconceito”, assim como defendendo “a liberdade na saúde mental”. Colocam-se – e falam sobre pares – como sendo pessoas boas, tranquilas e/ou calmas.

Usuários e usuárias falaram para ser ouvidos e ouvidas e, ao que pudemos analisar, refutaram as posições nas quais costumam ser colocados e colocadas: de pessoas perigosas, delinquentes e que devem ter suas vidas mediadas por dispositivos de controle que as coloquem no caminho imposto (e esperado) socialmente. As falas e, conseqüentemente, os posicionamentos, chegaram até nós enquanto uma espécie de defesa discursiva e uma

tentativa de ruptura anunciada frente a uma sociedade que, conforme já dito, coloca as pessoas com uso "problemático" de drogas assim como, historicamente, as pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, numa condição de maldade e/ou periculosidade – discurso também legitimado pelos paradigmas biomédico, moral, religioso e jurídico.

Assim sendo, cabe-nos destacar que nos momentos em que os posicionamentos reflexivos – logo, aqueles colocados pelas próprias pessoas usuárias – apontaram para algo de cunho negativo, na maioria das vezes foi possível identificar que estes mais se tratavam da constatação das duras realidades de vida – levando em conta as determinações sociais – do que, necessariamente, o lugar que reforça a culpabilização. Ou seja, as pessoas usuárias se mostraram relutantes frente aos posicionamentos de cunho pejorativo, buscando, em alguma medida, relacioná-los a possíveis realidades que venham a romper com a individualização do sofrimento.

Ao buscarmos entender o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II, identificamos que a mesma ocupa um lugar central. A regulação e o controle do “comportamento”, a partir da prescrição farmacológica, mostrou-se visível a olhos nus. Em prol de uma suposta “estabilidade” e a garantia – quando não imposição – da abstinência em detrimento da RD enquanto estratégia de cuidado; a prescrição e o uso de medicamentos mostrou-se como sendo carro-chefe do serviço, uma vez que todas as pessoas com as quais estivemos em contato fazem uso de algum psicofármaco. Em alguns casos, identificamos que a medicação era demandada não somente pelas pessoas usuárias – chegando inclusive a ser definidora do vínculo com o serviço – mas também por familiares – que viam na medicação uma possibilidade de manejo de situações de sofrimento e “agonia”.

Ainda que haja rupturas em algumas trajetórias terapêuticas, tendo em vista que identificamos que algumas pessoas conseguem garantir algum grau de negociação frente ao uso das drogas prescritas, o protagonismo mostrou-se tímido. Ao realizarmos a análise dos diários de campo, identificamos a relação de “dependência” colocada enquanto realidade para algumas pessoas usuárias do serviço – seja a partir do que foi dito, por exemplo, por um profissional da saúde que não só prescreveu uma medicação, mas afirmou para o usuário que este não deveria abandoná-la sob hipótese alguma; pelo receio, por parte de pessoas usuárias, de voltarem a ter “recaídas” caso venham a deixar de consumir as drogas prescritas; a

identificação de que precisam de medicamentos para lidar com as dificuldades; ou, ainda, seja a partir da compreensão de que algumas pessoas passam a ser “dependentes” das drogas “de médico”.

Dentre as questões que surgiram no decorrer de nossa pesquisa no que diz respeito ao lugar que a medicamentação vem a ocupar nos processos de cuidado, destacamos o “grupo de medicação” enquanto atividade que se desenvolve no serviço e do qual emergiram reflexões importantes no decorrer de nossas análises. Tal grupo assumiu enquanto objetivo principal o diálogo – entre pares e com a mediação do médico psiquiatra, a participação esporádica de um farmacêutico e de uma profissional da enfermagem – sobre questões relacionadas ao “tratamento” dos usuários, voltando-se para o uso e o manejo dos psicofármacos. Para compor o grupo de medicação, era preciso estar “estável”, seguindo o “tratamento” e sem “recaída”. Ou seja, foram incluídas as pessoas que atendiam ao que é esperado pela lógica medicalizante e, na contramão, excluídas aquelas que desviavam, dentro do serviço de saúde mental, do esperado – o que não implica dizer que este segundo grupo de pessoas não tivesse interesse e/ou demandas para participar da atividade. Ao que pudemos entender, elas não tiveram escolha.

Lançamos, pois, questões que poderiam ser feitas pelo próprio serviço e as pessoas profissionais que ali atuam: Como romper com esta lógica e viabilizar a participação de mais pessoas no grupo? Mais do que isso, como descentralizar tal proposta do saber médico e pensá-la para além de seu caráter informativo – abrindo espaço para o efetivo protagonismo, a participação de usuárias e usuários em seus processos de cuidado e a produção de autonomia a partir do diálogo sobre os ditos “tratamentos”?

Algumas pessoas usuárias mostraram-se frente a rupturas com relação aos medicamentos dos quais faziam uso. Identificamos situações da busca pela retirada da medicação a partir dos efeitos colaterais das mesmas e, para além disso, do modo como estes estavam atravessando o cotidiano das pessoas que os consumiam – fosse interferindo em atividades comuns, fosse (re)produzindo o estigma da pessoa “dopada” e/ou “drogada”. Além da presença dos efeitos colaterais, a retirada também foi colocada a partir da identificação do bem estar frente às questões do dia-a-dia e com as quais usuários e usuárias entendiam que poderiam lidar sem que fosse necessária a intervenção medicamentosa.

Muito foi encontrado sobre os medicamentos e o lugar que estes ocupam nos processos de cuidado. Identificamos a demanda por uma “linearidade” na trajetória terapêutica, assim como o que vem a ser a dita (e esperada) “estabilidade” – um discurso médico que, não raras vezes, surge como sendo uma meta irrefutável a ser alcançada. Assim, o discurso da “estabilidade” indicou-nos um efeito dos próprios medicamentos que, como apontamos em nosso terceiro capítulo, em muitos casos, retiram das pessoas a possibilidade de sentir a vida em sua “cruza” – enfraquecendo também a possibilidade de produção de autonomia para o manejo de situações indesejadas e não menos comuns no cotidiano das pessoas. Ou seja, todo e qualquer desconforto passa a ser patologizado e a supressão deste – pela via medicamentosa – é almejada e colocada enquanto resultado de uma possível “estabilidade”.

Encontramos muitas questões que merecem ser ainda mais aprofundadas. Não há como tornar suficiente o debate aqui proposto, uma vez que vemo-nos de frente a uma complexa rede de relações que, em nenhuma medida, estão circunscritas somente no CAPSad II. Ao contrário, entendemos que pensar a medicalização da vida e, além dela, a medicamentação; é romper com as paredes dos serviços de saúde e transitar pelas praças públicas, pelos espaços de trabalho, pelas comunidades e territórios.

Diante dos retrocessos e do inveterado ataque político-institucional ao que foi conquistado, duramente, pelo Movimento Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, a partir da implicação de usuários e usuárias, familiares, acompanhantes, associações, atores e atrizes da sociedade civil, profissionais da saúde mental, dentre outros, assumimos o compromisso de seguir contribuindo com o debate acerca da saúde mental, da garantia de direitos das pessoas que fazem uso de drogas não prescritas – e aqui permitimo-nos abrir mão da compreensão de “uso problemático”, pois falamos em experiências de vida e suas complexidades. É preciso romper não somente com as posturas medicalizantes, mas com os discursos, uma vez que torna-se necessário passarmos por um processo de desfamiliarização conceitual para que, dessa maneira, possamos romper com as práticas medicalizantes. É preciso, pois, mexermos mais com as “estruturas”. Precisamos desaprender, desestruturar e desestabilizar para que possamos, enfim, desmedicalizar.

Desse modo, estamos finalizando a nossa pesquisa – entendendo-a e acolhendo-a com suas limitações teóricas e metodológicas – abrindo espaço para que sejam iniciadas

caminhadas outras. Muito já tem sido produzido para que possamos romper com o paradigma da medicalização. A Gestão Autônoma da Medicação está adentrando cada vez mais nos CAPSad enquanto proposta (e aposta) que abre espaço para a produção coletiva de autonomia, o protagonismo e a participação popular. Assumindo um caráter democrático, ela rompe com a lógica medicalizante, volta-se para a promoção cogestiva da saúde e torna visível a possibilidade das pessoas produzirem qualidade de vida e seguirem tecendo redes de afeto e de cuidado pluralizadas.

Para seguirmos avançando, é preciso que não percamos de vista o movimento. Precisamos defender o SUS. Precisamos defender a Saúde Mental e a Saúde Pública. Precisamos lutar pela Redução de Danos enquanto política de cuidado pautada na ampliação da vida. Devemos, por fim, seguir produzindo conhecimento que sabe-se não-neutro e a partir da troca viva com as pessoas, pois como bem disse o usuário da saúde mental referenciado na Introdução desta dissertação: "Ninguém melhor do que nós para falar sobre nós, pois o nó é nosso".

## **7.2 Um porto com rupturas**

Este é o tópico final de nosso trabalho. Talvez seja, no entanto, o ponto de partida para movimentos outros. Assim sendo, optamos por apresentar uma situação que aconteceu no decorrer da pesquisa e que colocou a orientanda de frente com o desejo de romper com a medicalização da vida e passar a pensar possibilidades outras. Há a “esperança equilibrista” e aqui ela não será negada. Há uma história que sinaliza que há possíveis outros: o da desmedicalização. Como propor tal ruptura numa sociedade “fissurada” por “tratamentos”, “procedimentos” e heterogestão? Como produzir resistências e romper com as lógicas institucionais que seguem aprisionando corpos, apesar das portas abertas?

Um dos momentos mais emocionantes da nossa passagem pelo serviço aconteceu na experiência vivida por Sr. Alves – um senhor idoso com o qual estivemos dialogando. Em um de nossos encontros, o usuário mencionou que tinha o forte desejo de voltar a estudar, pois, quando jovem, nos anos 80, tivera sua vida acadêmica interrompida por uma internação no hospital psiquiátrico da cidade diante do uso problemático de álcool. Somente após

receber alta soube que seu curso de graduação em História não havia sido trancado, assim sua ausência foi tida como abandono.

Certo dia, algumas semanas após sua fala sobre tal desejo, surgiu um edital da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA), um projeto da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), que tem como objetivo “atender a demanda educativa de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, contribuindo na melhoria das capacidades: pessoais, funcionais e sócio-culturais, por meio da formação e atenção social”<sup>21</sup>. Ao encontrar novamente com o usuário, em uma das idas ao serviço, lhe falei a respeito do edital e do projeto. Ele se mostrou bastante interessado. Assim sendo, entramos em contato, a pedido dele, com a coordenação da UAMA para tirar algumas dúvidas e, em seguida, num pequeno pedaço de papel, anotamos todas as informações do edital – que estava num PDF arquivado no meu celular – e lhe informei que ele teria que estar presente na instituição dali até, no máximo, cinco dias – era uma quinta-feira e o prazo final era até a terça-feira seguinte.

O usuário prontamente questionou qual o ônibus deveria pegar para chegar até o local. Buscamos no *Google* tais informações e, além disso, para nossa sorte, conseguimos imprimir, no serviço, o documento do edital para que o usuário pudesse ter acesso a detalhes da seleção. Ao tomar conhecimento do processo seletivo, uma das profissionais do serviço que nos auxiliou a viabilizar a impressão do documento ficou interessada, pois no CAPSad II teria outras pessoas idosas que poderiam se interessar.

O “fim” da história foi registrado em diário de campo e aqui pedimos licença para relatar:

[Ao chegar no serviço] Vi, rapidamente, Sr. Alves. Ele veio até mim e nós nos cumprimentamos. Perguntei como o usuário estava e ele afirmou que estava bem. De imediato, me falou que no dia 11 de fevereiro foi até a Universidade e fez sua inscrição no processo seletivo da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA). Eu fiquei bastante feliz ao saber que ele seguiu o movimento e foi até o local. Lhe perguntei como foi e ele contou com detalhes. Disse que pegou o ônibus que o levaria até a Central de Aulas da UEPB. Chegando lá, afirma que perguntou para algumas pessoas onde ficava a UAMA. Ele levou o papel onde foram anotadas todas as informações e, pouco a pouco, conseguiu chegar até o local.

---

<sup>21</sup> Informações retiradas da página da UAMA. Disponível em: <http://coordenadorias.uepb.edu.br/ciefam/sobre-a-uama/>

[...]

Eu acolhi o que o usuário estava colocando e lhe disse que estava muito feliz por saber que ele conseguiu chegar a tempo para a inscrição – visto que soube da seleção muito em cima da data estipulada. Lhe perguntei se ele sinalizou que é usuário do CAPS AD. Sr. Alves afirmou que não disse. Nesse momento, eu pausei. Pensei, de imediato: que pergunta contraditória esta minha. Estudo medicalização da vida e tensiono as práticas medicalizantes que capturam a autonomia e acabo de fazer uma pergunta que reduz a experiência de Sr. Alves ao CAPS AD – como se ele precisasse sinalizar esta experiência por onde andasse. Por que eu esperava que o crachá de “usuário da saúde mental” fosse pendurado na camisa de Sr. Alves? Fiquei desconcertada, mas no mesmo instante disse: faz muito sentido que o senhor não tenha precisado dizer, Sr. Alves. Ele sorriu e disse que estava muito feliz. Nesse momento eu senti todo o meu corpo vibrar de felicidade. Já estava feliz por saber que ele tinha ido até o local. Não esperava que a notícia seguinte viria tão rapidamente. Ouso dizer que foi um dos momentos mais belos que já vivi na minha curta trajetória acadêmica. Meus olhos marejaram e eu, entre o disfarçar das emoções e o sorrir abertamente, comemorei com Sr. Alves a sua conquista. Ele comemorou junto. Sorriu com aquele jeitão tímido.

Sr. Alves está de volta à universidade!

Ainda que a medicalização tenha surgido, em muitos momentos, enquanto entrave, Sr. Alves pôde colocar-se frente ao seu processo. Ao participar ativamente da oficina de artes que acontecia no CAPSad II, conforme o mesmo costumava afirmar, percebeu que poderia seguir acessando textos que conheceu anos atrás – levando-os para o encontro semanal e recitando-os, de memória e com a ajuda da profissional mediadora, para todos que participavam da atividade. Sr. Alves viu-se frente à possibilidade de realizar seus desejos. Deu-se conta de que poderia descentralizar, a partir daí, as atividades do CAPSad II e passou a frequentar a universidade e conciliar seus compromissos. Colocou-se, desse modo, frente a um processo de ampliação de sua experiência cotidiana. Criou possíveis.

Atentamos para a necessária atenção às "necessidades de saúde" não somente de Sr. Alves, mas das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. É preciso que sejam produzidas aberturas para tais necessidades. Apesar de todos os entraves presentes nos serviços, é preciso disposição para o encontro, a escuta, o acolhimento. É preciso abertura, aliás, para a ampliação da vida. Produzir tais aberturas, desse modo, é estar disposto e disposta à necessária fissura de um sistema que (ainda) se mostra imbuído de práticas medicalizantes.

A partir do exposto, fomos convocadas e, a partir disso, nesse porto de rupturas, convocamos também quem nos lê. Acreditamos que podemos investir forças coletivas no trabalho e na luta pela implementação de políticas públicas que pensem a promoção de saúde a partir da garantia de acesso à educação, à moradia, à alimentação, ao lazer, à arte dentre outros direitos. Podemos abrir, de fato, as portas dos serviços substitutivos da saúde mental de modo que eles rompam com a lógica manicomial e apontem para novas direções.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, R., Silveira, J. I., & Teixeira, D. da S. G. (2018). Política de drogas no Brasil no cenário de violações aos direitos humanos / Drug policy in Brazil against the background of human rights violations. *Argumentum*, 10(3), 123–136. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.20841>
- Alvarez, A., Vicentin, M. C. (2017). Micropolítica do medo e dispositivos estéticos: atravessamentos entre arte e política para outros efeitos de subjetivação. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Pará (IHGP)*, 04(02), 01-27.
- Aragaki, S. S., Lima, M. L.C., Pereira, C. C. P., Nascimento, V. L.V. (2014). Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: M. J. P. Spink, J. I. Brigagão, V. Nascimento, & M. Cordeiro (Orgs.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (1ª ed., Cap. 3, pp. 57-72). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro* (1a ed). São Paulo: Geração Editorial.
- Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Brasil (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)
- Brasil (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Brasil (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bulhões A. B. C., Vasconcelos M. F. F., & Escócia, L. (2015). Processos de desinstitucionalização em CAPS-AD como estratégia de humanização da atenção e gestão da saúde. In L. Escócia, & S. M. Paulon (Orgs.), *Cadernos HumanizaSUS – Saúde Mental* (v. 5, pp. 41-64). Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo Jr., Kenneth R. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5), 844-846. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500002>
- Caponi, S. (2016). Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: S. Caponi, M. F. V. Valencia, M. Verdi, & S. J. Assmann (Orgs.), *A medicalização da vida como estratégia biopolítica* (1a ed., Cap. 7, pp. 97–114). São Paulo: LiberArs.

- Cardona, M. G., Cordeiro, R. M. & Brasilino, J. (2014). Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em Psicologia Social. In M. J. Spink (Org.), *A produção da informação em pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 123-148). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Cooper, D. (1982). *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Costa, P. H. A. (2017). *Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/5793>
- Costa, P. H. A., & Paiva, F. S.. (2016). Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 1009-1031. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300015>
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2018). No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3233-3245. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>
- Cruz, O. S, & Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais. *Toxicodependências*, 16(2), 39-47. Recuperado em 25 de abril de 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087448902010000200005&lng=pt&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087448902010000200005&lng=pt&tlng=es).
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G.. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117. Epub July 15, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43–63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x>
- Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas e revoga o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)
- Duarte, A. & César, M. R. A. (2019). Crítica e coalizão: repensar a resistência com Foucault e Butler. *Revista de Filosofia Aurora*, 31(52). doi: <http://dx.doi.org/10.7213/1980.5934.31.052.DS02>
- Ferreira, I., Silva Feitosa, C., & Amorim, A. (2020). Gestão Autônoma de Medicação (GAM) como dispositivo grupal: uma experiência de pesquisa-intervenção. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 205-226. doi:<https://doi.org/10.22456/2238-152X.103567>

- Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., S., Adelle C. N., Oliveira, D. L. de, & Gomes, L. B. (2017). Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373-384. Epub October 24, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
- Fonseca, T. M. G., & Jaeger, R. L. (2015). A psiquiatrização da vida: Arranjos da loucura hoje. In Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, *Saúde Mental: Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf).
- Foucault, M. (2000). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (L. M. P. Vassalo, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2013). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Galindo, D., Martins, M., & Rodrigues, R. (2014) Jogos de armar: narrativas como modo de articulação de múltiplas fontes no cotidiano da pesquisa. In: M. J. Spink, et al. (Org.), *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Recuperado em [http://www.bvce.org/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK\\_A\\_producao\\_de\\_informacao.pdf](http://www.bvce.org/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_A_producao_de_informacao.pdf).
- Gergen, K. J. (2009) O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1): 299-325.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Goffman, E. (2017) *Manicômios, prisões e conventos*. (D. Moreira, Trad.). São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goffman, E. (2017). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Campos, R. T. O., Passos, E., Palombini, A. A., Gonçalves, L. L. M, Santos, D. V. D. Melo, S. S. J. et al. (2014). *Gestão autônoma da medicação: Guia de apoio a moderadores*. Campinas, SP: Unicamp. Recuperado de <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas.

- Ignácio, V. T. G., & Nardi, H. C. (2007). A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 88-95. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000300013>
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. (3º ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jorge, M. S. B., Campos, R. O., Pinto, A. G. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(4), 1543-1561. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400015>
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Karam, M. L. (2000). Legislação brasileira sobre drogas: História recente – a criminalização da diferença. In: G. Acselrad (Org.), *Avessos do prazer: Drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Kinker, Fernando Sfair. (2017). Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 189-198. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0163>
- Meihy, J. C. S. B. (2005). *Manual de história oral*. (5a ed). São Paulo: Edições Loyola.
- Merhy, E.E. & Feuerwerker, L.C.M. (2009) Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: A. C. S. Mandarino, E. Gomberg (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS.
- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Méllo, R. P., Silva, A. A., Lima, M. L. C., & Di Paolo, A. F. (2007). Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 26-32.
- Méllo, R. P. (2016). As drogas cotidianas em tempos de sobrevivência. In L. L. F. Vieira, L. F. Rios & T. N. A Queiroz. (Orgs.). *A problemática das drogas: contextos e dispositivos de enfrentamento* (pp. 20-31). Recife: Editora UFPE.
- Méllo, R. P. (2018). *Cuidar? De Quem? De Quê? A Ética que nos Conduz*. Curitiba: Appris Editora.

- Méllo, R., Sampaio, J., Barros, N., de Lima, T., & e Veras, C. (2020). Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes. *Revista Polis e Psique*, 10(2), 227-246. doi:<https://doi.org/10.22456/2238-152X.103875>
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec.
- Moraes, M. (2005). *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: Percepções de usuários, acompanhantes e profissionais* (Dissertação de mestrado). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Recife, Pernambuco, Brasil.
- Nascimento, V. L. V., Tavanti, R. M., Pereira, C. Q. (2014). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: M. J. Spink et al. (Org.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas* (pp. 247-272). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Nery Filho, A. (2010). Por que os humanos usam drogas? In: A. Nery Filho, & A. R. Valério (Orgs.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD.
- Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Petuco, D. (2016). *O pomo da discórdia? A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
- Pillon, S. C., & Luís, M. A. V. (2004). Modelos Explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12(4), 676-82.
- Pinheiro, O. G. (2013). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 183-124). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Portelli, A. (1997). O que faz a história oral diferente. Projeto História. São Paulo.
- Queiroz, M. I. P. de. (1988). Relatos orais: do indizível ao dizível. In *Experimentos Com Historias de Vida: Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice/Ed Revista dos Tribunais.
- Ribeiro, M. C., & Machado, A. L. (2014). O uso do método história oral nas pesquisas qualitativas: contribuições para a temática do cuidado em saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 578-591. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180842812014000200011&lng=es&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200011&lng=es&tlng=pt)

- Rigotto, R. M. (1998). As Técnicas de Relatos Oraís e o Estudo das Representações Sociais em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1), 116-130. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812319983100292014>
- Rodriguez, L.; Perron, N.; Ouellette, J.N. (2008). Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: R. Onocko Campos et al. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec.
- Rosa, P. O. (2010). Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 1(1), 27-32. <https://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000100005>
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização* (2a ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Saback, A. (2012). Drogas, ideologias e discursos: reflexões a partir da mídia eletrônica. In: Nery F., A., MacRae, E., & Tavares, L. T., Nuñez, M. E., & Rego, M. (Orgs.). *As Drogas na Contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador, BA: EDUFAB.
- Santos, C.E., Yasui, S. (2016). Muito Além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. In: Souza A.C.; Souza L.F., Souza, E.O., Abrahão, E.L. (Org.), *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil* (p. 70-87). São Paulo: Hucitec.
- Silva, L. M., & Canavêz, F. (2017). Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, 17(3), 117-129. <https://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.5813>
- Silva, M. L. (2015). *Drogas: da medicina à repressão policial: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945*. Rio de Janeiro: Outras Letras.
- Silva, F. F. (2016). Por uma clínica menor com pessoas que usam drogas: atalhos e desvios na contemporaneidade. In: Souza A.C.; Souza L.F., Souza, E.O., Abrahão, E.L. (Org.), *Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil*. (p. 107-128). São Paulo: Hucitec; 2016.
- Silva, C. M. (2018). *Com quantas pílulas se (re)ergue um manicômio? A medicalização nas conferências nacionais de "saúde mental"* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Campina Grande, PB, Brasil.
- Simas, M. L. B. (2018). *Esquizofrenia: seus fenômenos perceptivos e cognitivos na primeira pessoa*. Curitiba: Appris.
- Souza, T. P. (2007). *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

- Spindola, T.; Santos, R. S. (2003). Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo: v. 37, n. 2, p.119-126.
- Spink, M. J. (Org.). (2010a). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (3a ed.). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2010b). *Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Recuperado de <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>
- Spink, M. J. P., & Gimenez, M. G. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 149-171. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200008>.
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 17-43). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>
- Spink, P. K. (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, 20 (spe), 70-77. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000400010>
- Tabet, L. P., Martins, V. C. S, Romano, A. C. L., Sá, N. M. de, & Garrafa, V. (2017). Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. *Saúde em Debate*, 41(115), 1187-1198. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711516>
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

## APÊNDICE

### Apêndice A – Registros de instantes vividos no CAPSad nos anos de 2019 e 2020.



Detalhes do portão de entrada e da arquitetura da casa onde está instalado o CAPSad.



Portão de entrada visto de dentro do Serviço.



A varanda ventilada e a poltrona onde as pessoas costumam descansar após o almoço e/ou nos intervalos das oficinas.



O banco antigo que fica na parte externa do CAPSad.



A janela de uma das salas de acolhimento.



A janela da antessala onde ocorrem algumas atividades do Serviço.

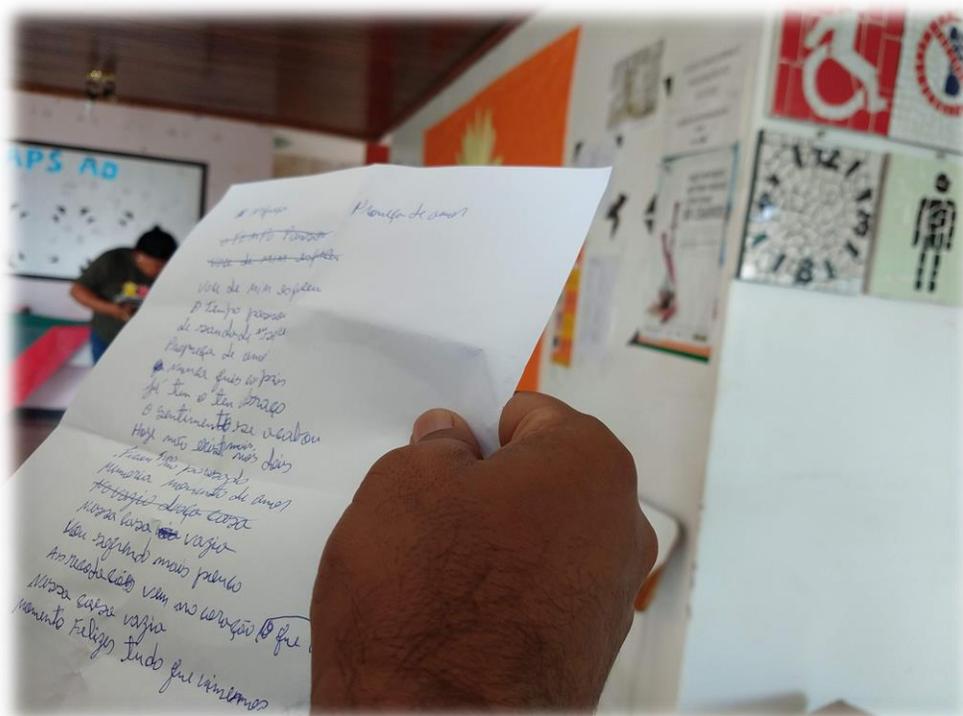


Sala principal. Espaço onde acontecem algumas oficinas. Na parede, colagem feita por usuários e usuárias.



Sala principal. Espaço onde acontecem algumas oficinas. Na parede, ladrilhos feitos por usuários e usuárias.

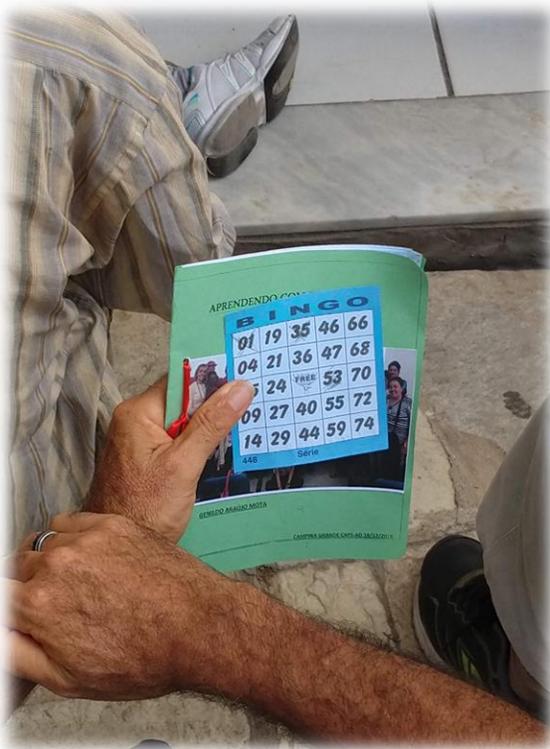
Alguns dos cordéis produzidos no decorrer da oficina de artes e o pandeiro que costuma acompanhar as vozes que (en)cantam durante estas oficinas.



A mão de um usuário segurando o poema que havia sido levado para a oficina de artes.



Um usuário 'preenchendo' suas palavras cruzadas à espera da oficina.



As mãos de um usuário sustentando o desejo de ganhar um brinde no bingo.



Um usuário fotografando a confraternização de final de ano.



Os pés de um usuário que batia um papo e aguardava, na varanda, o início da oficina.



Dois usuários transformando o Serviço em música no dia da confraternização de fim de ano.

## ANEXOS

## Anexo A – Recomendações para Serviços de Saúde Mental no Estado



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

## RECOMENDAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO

Toda situação social que acarreta em medidas de reclusão como forma de contenção de disseminação de epidemias, gera intensos desconfortos mentais a toda população. Aumentam os números de busca de atenção psicossocial e se faz necessário cuidar e reforçar as equipes de saúde mental para um suporte a mais na atenção e cuidados de nossos usuários e da população. Cientes que gestores municipais têm autonomia para organizar o atendimento nos serviços, seguem algumas recomendações importantes para manterem os serviços ativos e preparados para assistência em saúde mental:

- Dar ao corpo de funcionários, trabalhadores, usuários e familiares as orientações necessárias à mobilização de todos para as ações de higiene e prevenção no espaço de atenção;
- Intensificar atividades educativas juntos aos usuários e familiares sobre higiene de mãos e etiqueta respiratória (conjunto de medidas comportamentais que devem ser tomadas ao tossir ou espirrar), estimulando também o exercício do não contato físico neste período, e mínimo distanciamento nos atendimentos e na circulação nos ambientes;
- Estimular a higienização das mãos com água e sabão e/ou álcool 70%;
- Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies das salas de atendimento e demais espaços dos serviços (salas, cadeiras, mesas, aparelhos, bebedouros e equipamentos de educação física) após o uso. Preconiza-se a limpeza das superfícies, com detergente neutro, seguida de desinfecção (álcool 70% ou hipoclorito de sódio);
- Evitar compartilhamento de copos, vasilhas e objetos de uso íntimo;
- Estimular o uso de recipientes individuais para o consumo de água, evitando o contato direto da boca com as torneiras dos bebedouros;
- Utilizar ambientes arejados por ventilação natural para atendimento (com portas e janelas abertas);
- Manter atividades com pequenos grupos, evitando grandes aglomerações em ambientes fechados;
- Manter a atenção para indivíduos (trabalhadores, usuários e familiares) que apresentem febre e sintomas respiratórios (tosse, coriza etc.), orientando a procura por atendimento em serviço específico de saúde;
- Manter em atenção domiciliar grupo de risco, como, idosos, aqueles com histórico de diabetes, hipertensão e de baixa imunidade, além daqueles que apresentem sintomas respiratórios.

## Anexo B – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AFASTA DE MIM ESSE CALE-SE:  
A MEDICALIZAÇÃO NA VIDA DE PESSOAS USUÁRIAS DE UM CAPS AD

**Pesquisador:** Camilla de Melo Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21542919.3.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.600.366

#### Apresentação do Projeto:

A história das drogas atravessou um longo percurso até assumir a atual configuração e hoje elas são percebidas como fenômeno social. O “mal da humanidade”, como já foram declaradas – em se tratando, claro, das ilícitas – é visto como grave problema de saúde pública e um constante desafio político e social – ainda que não seja novidade que existam lentes outras que são utilizadas para enxergar tal questão: lentes da moralidade, lentes da religiosidade, lentes da criminalidade... Lentes estas que encontram no discurso de “guerra às drogas” um lugar confortável para viabilizar práticas que, não sem violência, legitimam um regime de ódio que viola direitos, mina modos de existência e gera entraves nas possibilidades de cuidado e acolhimento, uma vez que o discurso não está afastado das práticas do cotidiano. No Brasil, a partir da Luta Antimanicomial, os avanços da Reforma Psiquiátrica e a aprovação da lei 10.216/2001, é redirecionado o modelo assistencial em saúde mental e, paulatinamente, são criados os serviços substitutivos. Desse modo, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), conforme consta nos documentos oficiais, devem oferecer atendimento diário para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, construindo planos de acolhimento terapêuticos singulares e pautados, até pouco tempo, na Redução de Danos enquanto estratégia de cuidado. Contudo, apesar do que está descrito e proposto, os serviços substitutivos ainda lidam com o desafio de ultrapassar as estratégias terapêuticas advindas do modelo hospitalocêntrico – sendo o tratamento baseado em

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.600.366

psicofármacos (medicamentação) o mais utilizado em tais locais. Assim, a medicamentação, parte constituinte do dito “fenômeno da medicalização”, se apresenta enquanto estratégia de contenção que em muito reforça práticas engessadas e institucionalizadas. A partir disso, inquieta-nos o fato de que a medicalização e a medicamentação ainda se apresentem como sendo as principais estratégias adotadas nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dessa maneira, parece-nos pertinente Compreender, a partir da análise de relatos de histórias de vida, como a medicalização se inscreve na trajetória das pessoas usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad II), de Campina Grande (PB) – CAPSad II. Os objetivos específicos são: Analisar como os usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si mesmos no decorrer dos relatos e como esses posicionamentos estão articulados com a medicalização; entender o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II; e identificar, a partir da análise das narrativas de usuários e usuárias do CAPSad II, quais são os sentidos produzidos sobre a medicalização. Para que seja possível navegar no amplo oceano onde está inserida a pesquisa científica e para atender aos objetivos propostos, nos embasaremos, teórica e metodologicamente, no estudo da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas e da linguagem em uso, perperspectiva construcionista que defende que a linguagem constrói versões de mundo e produz realidades. No que diz respeito ao processo metodológico, pretendemos trabalhar com a metodologia qualitativa da história oral. Assim, encontramos na história de vida, enquanto ferramenta metodológica, uma potente facilitadora (e mediadora) de diálogo e troca com as pessoas que estarão protagonizando o trabalho aqui proposto. A escolha das pessoas participantes será feito a partir do critério de acessibilidade. O número de entrevistas será determinado pelo critério do ponto de saturação. Estaremos adotando enquanto instrumentos de pesquisa, além das entrevistas de história de vida, a observação participante das/nas atividades realizadas dentro do serviço e o registro em diários de campo. Por fim, optamos por fazer uso dos mapas dialógicos enquanto ferramentas de análise das narrativas de história de vida.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender, a partir da análise de relatos de histórias de vida, como a medicalização se inscreve na trajetória das pessoas usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad II), de Campina Grande (PB).

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.600.366

**Objetivo Secundário:**

- Analisar como os usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si mesmos no decorrer dos relatos e como esses posicionamentos estão articulados com a medicalização;
- Entender o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II;
- Identificar, a partir da análise das narrativas de usuários e usuárias do CAPSad II, quais são os sentidos produzidos sobre a medicalização.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa representa riscos mínimos para as pessoas participantes. O que pode ser previsto é um risco de possível desconforto no momento da entrevista, sendo esse não maior do que os desconfortos vivenciados no cotidiano. Esse risco é aceitável em relação aos benefícios da pesquisa e ao conhecimento que será gerado; todavia, nos comprometemos a minimizá-lo oferecendo a possibilidade de escuta qualificada posterior à entrevista, visto que a pesquisadora é também psicóloga.

**Benefícios:**

O possível benefício direto da participação na pesquisa diz respeito a uma suposta avaliação e uma possível ressignificação das práticas de cuidado não apenas por parte das pessoas usuárias, mas também daquelas que estão envolvidas em seus processos terapêuticos – tais quais profissionais do serviço e familiares e/ou acompanhantes – uma vez que entendemos que estas compõem a rede de cuidado que é tecida na caminhada terapêutica. Desejamos que a sociedade se beneficie da realização desse estudo, especialmente a população usuária do CAPS AD de Campina Grande/PB.

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.600.366

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O "Projeto de Pesquisa" e o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (TCLE) apresentam, de forma clara e objetiva, uma definição dos benefícios da pesquisa ao participante e das precauções que serão tomadas em vista de minimizar qualquer potencial risco associado ao estudo. Assim, ao assinalar que a pesquisa tem potencial mínimo de risco, os autores asseguram que "esse risco é aceitável em relação aos benefícios da pesquisa e ao conhecimento que será gerado; todavia, nos comprometemos a minimizá-lo oferecendo a possibilidade de escuta qualificada posterior à entrevista, visto que a pesquisadora é também psicóloga". Cabe ressaltar que todo TCLE e Projeto de Pesquisa, incluindo o que é desenvolvido na área de ciências humanas e sociais, devem ter os benefícios e potenciais riscos descritos explicitamente, sem subestimá-los (cf. pendências/lista de inadequações).

Atentos a estas recomendações no campo da ética os autores explicitam que a própria metodologia utilizada afasta qualquer risco para os participantes, do ponto de vista da continuidade do seu tratamento, pois afirmam "acreditamos que, enquanto desfecho primário, será possível (e necessário) compreender, a partir da análise de relatos de histórias de vida, como a medicalização se inscreve na trajetória das pessoas usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad II), de Campina Grande (PB)", assim não apresenta qualquer risco que posteriormente pudesse decorrer da pesquisa.

O projeto é construído em sintonia com as exigências do CEP/CONEP, dessa forma a pesquisa será efetuada em consonância com às preocupações éticas e poderá alcançar com sucesso os resultados esperados no seu desfecho, beneficiando participantes e comunidade envolvida, pois pode conduzir "a uma suposta avaliação e uma possível resignificação das práticas de cuidado não apenas por parte das pessoas usuárias, mas também daquelas que estão envolvidas em seus processos terapêuticos – tais quais profissionais do serviço e familiares e/ou acompanhantes – uma vez que entendemos que estas compõem a rede de cuidado que é tecida na caminhada terapêutica".

Além do mais, a pesquisa eticamente conduzida terá um afeito social relevante, pois os autores afirmam que "de acordo com o guia da Gestão Autônoma da Medicação (Campos et al., 2014), o tratamento baseado em psicofármacos (medicamentação) ainda é o mais utilizado nestes espaços de substituição aos manicômios e espaços asilares, colocando em segundo plano outras formas de pensar o cuidado das (e com as) pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação – entendidas como práticas eficazes no diálogo com os sujeitos e tecnologias leves de cuidado (Merhy & Feuerwerker, 2009)". Portanto, gerar um debate sobre modelos alternativos

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.600.366

de se lidar com esta realidade é um dos propósitos das autoras da pesquisa.

Nada na pesquisa, seja do ponto de vista metodológico ou teórico, aponta para qualquer consequência ética indesejável que exigisse que este CEP indicasse procedimentos para sanar já na origem posturas éticas indevidas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados, estão devidamente assinados e apresentam as informações de modo claro e objetivo, tal como determina a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, bem como suas complementares. Portanto, resta assinalar que o Projeto de Pesquisa foi construído dialogando com todas as exigências do CEP/CONEP e, quanto a estas exigências, está apto a ser desenvolvido.

**Recomendações:**

Não há recomendações a fazer, pois o projeto está em acordo com todas as exigências do CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresenta com clareza a sua metodologia, critérios de inclusão e exclusão, riscos e benefícios da pesquisa, informando sobre sua viabilidade e relevância social. Declara seu compromisso com a responsabilidade em relação aos dados obtidos, à liberdade dos participantes de aderirem à pesquisa, pois afirma no TCLE que o participante "não estará exposto a nenhum tipo de risco", como prevê a Resolução CNS 466/12/ CNS/MS. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de acordo com esta manifestação de responsabilidade.

Conclui-se que o Projeto de Pesquisa conta com todas as condições de realização, pois é construído em clara sintonia com as exigências teóricas, metodológicas e éticas, "tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos". Além do mais, apresenta benefícios diretos para os participantes envolvidos e para comunidade como um todo nos seus desfechos primários e secundários.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.600.366

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1429816.pdf	20/09/2019 12:37:45		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	20/09/2019 12:37:00	Camilla de Melo Silva	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_PESQUISADORA.pdf	20/09/2019 11:33:00	Camilla de Melo Silva	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_PARA_GRAVACAO_DE_VOZ.pdf	20/09/2019 11:21:31	Camilla de Melo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/09/2019 11:20:49	Camilla de Melo Silva	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	20/09/2019 11:20:34	Camilla de Melo Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VERSAO_FINAL_PARA_SUBMISSAO_AO_COMITE_DE_ETICA.pdf	20/09/2019 11:19:56	Camilla de Melo Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA_COM_O_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	20/09/2019 11:19:11	Camilla de Melo Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/09/2019 11:18:52	Camilla de Melo Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 25 de Setembro de 2019

Assinado por:

**Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

### **Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Prezado (a),

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Afasta de mim esse cale-se: a medicalização na vida de pessoas usuárias de um CAPSad”, sob a responsabilidade de Camilla de Melo Silva e da orientadora Thelma Maria Grisi Velôso, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

**Justificativa:** Dentre as inquietações que nos levam a querer dialogar com pessoas que transitam e ocupam o CAPSad II, de Campina Grande/PB, vale destacar a que diz de uma experiência prévia vivenciada através de atividades de extensão acadêmica neste espaço. Durante os trabalhos realizados, as pessoas usuárias do serviço, a partir de rodas de conversas e oficinas de criatividade, traziam para o debate, em diferentes momentos, questões sobre seus processos terapêuticos e apontavam o uso de psicofármacos como sendo uma estratégia central de cuidado. Para além disso, foram mencionadas relações – dentro e fora do serviço – que só se apresentavam como possíveis a partir do uso prévio de um medicamento, assim como um acompanhamento médico de rotina.

Além disso, cabe-nos mencionar que, através de um levantamento bibliográfico sobre a temática, pudemos constatar a escassez de pesquisas realizadas, com a temática aqui proposta, neste dispositivo da saúde mental. Quando encontradas, trazem apenas uma perspectiva do medicamento e sua adesão por usuários e usuárias, mas no contexto de outros dispositivos e não de Álcool e outras Drogas. Também no contexto local, não foram encontradas pesquisas realizadas no CAPSad II de Campina Grande/PB que se dispusessem a trabalhar, pontualmente, a medicalização enquanto fenômeno produtor de sentidos que se mostra presente no serviço em questão. Assim, nos parece que as pessoas em contexto de uso problemático de drogas, e a experiência com a medicalização, são colocadas à margem também nos debates dos ditos espaços “científicos”.

A partir disso, a presente proposta de trabalho se mostra pertinente por buscar ouvir as pessoas usuárias e o que elas têm a nos dizer – e, claro, o que querem nos contar. Serão histórias narradas por quem as vivem cotidianamente.

**Objetivos:****Geral**

- Compreender, a partir da análise de relatos de histórias de vida, como a medicalização se inscreve na trajetória das pessoas usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad II), de Campina Grande (PB).

**Específicos**

- Analisar como os usuários e usuárias constroem posicionamentos identitários de si mesmos no decorrer dos relatos e como esses posicionamentos estão articulados com a medicalização;

- Entender o lugar que a medicamentação ocupa nos processos de cuidado dos usuários e usuárias do CAPSad II;

- Identificar, a partir da análise das narrativas de usuários e usuárias do CAPSad II, quais são os sentidos produzidos sobre a medicalização.

**Procedimentos:** Inicialmente, estaremos no CAPSad conhecendo o funcionamento do serviço e as pessoas que estão enquanto usuárias do mesmo, a partir da observação participante das/nas atividades e dos momentos informais. Enquanto ferramenta metodológica, adotamos a História de Vida. Serão realizadas entrevistas individuais – dentro e fora do serviço – para conhecer as pessoas que se dispuseram a colaborar com a pesquisa. Ainda sobre as entrevistas, cabe informar que estas serão compostas por questões abertas que contemplem os objetivos propostos.

A pesquisa representa riscos mínimos para as pessoas participantes. O que pode ser previsto é um risco de possível desconforto no momento da entrevista, sendo esse não maior do que os desconfortos vivenciados no cotidiano. Esse risco é aceitável em relação aos benefícios da pesquisa e ao conhecimento que será gerado; todavia, nos comprometemos a minimizá-lo oferecendo a possibilidade de escuta qualificada posterior à entrevista, visto que a pesquisadora é também psicóloga.

O possível benefício direto da participação na pesquisa diz respeito a uma suposta avaliação e uma possível resignificação das práticas de cuidado não apenas por parte das pessoas usuárias, mas também daquelas que estão envolvidas em seus processos terapêuticos – tais quais profissionais do serviço e familiares e/ou acompanhantes – uma vez que entendemos que estas compõem a rede de cuidado que é tecida na caminhada terapêutica.

Desejamos que a sociedade se beneficie da realização desse estudo, especialmente a população usuária do CAPS AD de Campina Grande/PB.

Depois de sua participação, será garantida a privacidade do participante antes, durante e após a finalização do estudo, e seu nome se manterá em caráter confidencial, em total sigilo. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome também não será revelado em momento algum. O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, sem que haja qualquer penalização ou prejuízo para ele, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Desta forma, garante-se que todos os encargos financeiros, se houverem, ficarão sob responsabilidade do pesquisador (Res. 466/12 IV 3.g e h).

Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Camilla de Melo Silva, através do telefone (83) 98719-7769 ou através do e-mail [camillameloslv@gmail.com](mailto:camillameloslv@gmail.com), ou do endereço: Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde: R. Baraúnas, 351 - Universitário, Campina Grande - PB, 58429-500.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pela pesquisadora ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).

## **CONSENTIMENTO**

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “Afasta de mim esse cale-se: a medicalização na vida de pessoas usuárias de um CAPSad” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

### **Anexo D – Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV)**

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Afasta de mim esse cale-se: a medicalização na vida de pessoas usuárias de um CAPSad” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, as pesquisadoras Camilla de Melo Silva e Thelma Maria Grisi Velôso a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso das pesquisadoras acima citadas em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa Camilla de Melo Silva, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

