



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CAMPUS DE SOBRAL**  
**PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VÍRNIA PONTE ALCÂNTARA**

**PROBLEMATIZANDO O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DOS  
DOCUMENTOS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL: UMA  
ANÁLISE CRÍTICA DE DISCURSO**

**SOBRAL**

**2019**

VÍRNIA PONTE ALCÂNTARA

PROBLEMATIZANDO O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DOS  
DOCUMENTOS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL: UMA ANÁLISE  
CRÍTICA DE DISCURSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dra. Camilla Araújo Lopes  
Vieira

SOBRAL

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- A321p Alcântara, Vírnia Ponte.  
Problematizando o conceito de saúde mental a partir dos documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil : uma análise crítica de discurso / Vírnia Ponte Alcântara. – 2019.  
74 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.  
Orientação: Profa. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.
1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Transtornos Mentais. 4. Sofrimento Psíquico. 5. Análise Crítica do Discurso. I. Título.

CDD 610

---

VÍRNIA PONTE ALCÂNTARA

PROBLEMATIZANDO O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL A PARTIR DOS  
DOCUMENTOS OFICIAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL: UMA ANÁLISE  
CRÍTICA DE DISCURSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 12/12/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Luís Achilles Rodrigues Furtado  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Ceará – UFC e ao Mestrado em Saúde da Família pela oportunidade de estudar de forma gratuita e com qualidade.

À minha orientadora, a Professora Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira, pela confiança em meu trabalho, pelos valiosos ensinamentos, pelo pensamento crítico e pelas ricas possibilidades de aprendizado a mim oferecidas.

Aos professores da banca de defesa, ao professor Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado e professor Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé, pelo tempo concedido e pelas preciosas contribuições e sugestões.

À minha família, Mauro, Ivanete, Lia e Laio e ao meu companheiro Levy, pelo apoio, incentivo e carinho.

Aos colegas de mestrado: Samara, Elis, Roberta, David, Larissa, Karol, Josiany, Thamires, Luís e Leandro pelas angústias, discussões e risadas compartilhadas.

“Tal como noutros períodos de transição, difíceis de entender e de percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade”. (SANTOS, 2008, p.15)

## RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi discutir o conceito de saúde mental, a partir dos documentos institucionais publicados pelo ministério da saúde, entre 2001 e 2019, na perspectiva da Análise Crítica do Discurso, identificando que paradigmas sustentavam os discursos sobre a saúde mental e analisando como esses discursos se articulavam com as práticas sociais. A pesquisa foi qualitativa, metodologicamente estruturada pela Análise Crítica de Discurso, e se deu em três etapas. A primeira etapa consistiu na categorização das publicações em três categorias: a) documentos relativos à política e às legislações em saúde mental; b) textos destinados aos profissionais, como guias e manuais; e c) produções artísticas, ou de mídia, como mostras, catálogos e acervos. Na segunda etapa, houve a leitura crítica do material orientada pelo o eixo temático principal que são os aspectos conceituais, teóricos e epistemológicos em saúde mental. Na terceira etapa foi realizada a análise discursiva, em que foram analisados os elementos textuais e os aspectos não discursivos envolvidos no problema: ideologias, conjunturas, relações de poder, dentre outros. Para a análise textual foi estabelecido um diálogo teórico-metodológico entre o texto e as categorias analíticas: discurso, gênero e estilo. A busca final resultou em 15 trabalhos que foram selecionados para a análise discursiva. Cinco pertenciam à primeira categoria; nove pertenciam à segunda categoria e um à terceira. O conceito de saúde mental foi discutido pela sua positividade, enquanto campo da saúde, e pela sua negatividade, enquanto adoecimento mental. Conclui-se que o sofrimento psíquico, os transtornos mentais e as deficiências são três estratégias possíveis para se aproximar de uma definição da saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Transtornos Mentais; Sofrimento Psíquico; Análise Crítica do Discurso.

## ABSTRACT

The purpose of this research was to discuss the concept of mental health, from the institutional documents published by the Ministry of Health, between 2001 and 2019, from the perspective of critical discourse analysis, identifying which paradigms supported the discourses on mental health and analyzing how these discourses articulated with social practices. The research was qualitative, methodologically structured by Critical Discourse Analysis, and took place in three stages. The first stage was the categorization of publications into three categories: a) documents related to mental health policy and legislation; b) texts intended for professionals, such as guides and manuals; and c) artistic or media productions, such as exhibitions, catalogs and collections. In the second stage, there was a critical reading of the material oriented by the main thematic axis which are the conceptual, theoretical and epistemological aspects in mental health. In the third stage, the discursive analysis was performed, in which the textual elements and non-discursive aspects involved in the problem were analyzed: ideologies, conjunctures, power relations, among others. For the textual analysis a theoretical-methodological dialogue was established between the text and the analytical categories: discourse, gender and style. The final search found in 15 papers that were selected for discursive analysis. Five belonged to the first category; nine belonged to the second and one to the third. The concept of mental health was discussed by its positivity as a health field and its negativity as mental illness. It is concluded that psychic suffering, mental disorders and disabilities are three possible strategies to approach a definition of mental health.

**Keywords:** Mental Health; Psychiatric Reform; Mental Disorders; Psychic Suffering; Critical Discourse Analysis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Etapas da pesquisa. ....	42
Figura 2	Artigos selecionados para análise após critérios de inclusão e exclusão. ....	43

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Caracterização dos documentos estudados. ....	44
----------	---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Análise Crítica do Discurso
APA	Associação Psiquiátrica Norte-Americana
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Básica
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CRPD	United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECT	Eletroconvulsoterapia
ICIDH	International Classification of Functioning, Disability and Health
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPHM	Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PROFAE	Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1.1</b>	<b>Contextualização</b> .....	12
<b>1.2</b>	<b>Revisão de literatura</b> .....	15
<b>1.3</b>	<b>Recorte do objeto de pesquisa</b> .....	18
<b>1.4</b>	<b>Relevância e justificativa</b> .....	19
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
<b>2.1</b>	<b>Paradigma da Psiquiatria Clássica</b> .....	22
<b>2.2</b>	<b>Paradigma das Reformas Psiquiátricas</b> .....	26
<b>2.3</b>	<b>Paradigma da Saúde Mental Global e da Psiquiatria Neurocientífica</b> .....	30
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	34
<b>3.1</b>	<b>Características da pesquisa</b> .....	37
<b>3.2</b>	<b>Etapas da pesquisa</b> .....	38
<b>3.3</b>	<b>Análise discursiva</b> .....	39
<b>3.3.1</b>	<i>Análise dos discursos e representações</i> .....	39
<b>3.3.2</b>	<i>Análise dos gêneros e ações</i> .....	40
<b>3.3.3</b>	<i>Análise dos estilos e das identidades</i> .....	41
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	43
<b>4.1</b>	<b>1º Etapa – Sistematização dos eixos em categorias</b> .....	44
<b>4.2</b>	<b>2º Etapa – Leitura crítica</b> .....	45
<b>4.3</b>	<b>3º Etapa – Análise discursiva</b> .....	46
<b>4.3.1</b>	<i>Documentos relativos às políticas e às legislações em saúde mental</i> .....	46
<b>4.3.2</b>	<i>Guias ou manuais destinados aos profissionais</i> .....	48
<b>4.3.3</b>	<i>Catálogos ou acervos referentes às produções artísticas</i> .....	51
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	52
<b>5.1</b>	<b>O que é saúde mental?</b> .....	53
<b>5.1.1</b>	<i>O sofrimento psíquico/sofrimento mental</i> .....	55
<b>5.1.2</b>	<i>Os transtornos mentais/transtornos psiquiátricos</i> .....	56
<b>5.1.3</b>	<i>As deficiências/desabilidades</i> .....	59
<b>5.2</b>	<b>A quem se destina a saúde mental</b> .....	60
<b>5.3</b>	<b>O cuidado em saúde mental</b> .....	62
<b>5.3.1</b>	<i>Os serviços de assistência em saúde mental</i> .....	62

5.3.2	<i>A clínica em saúde mental</i> .....	63
6	<b>CONCLUSÃO</b> .....	67
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização

Saúde mental é uma palavra bastante utilizada nos mais variados âmbitos sociais. Ela está presente nas legislações e políticas públicas governamentais, é utilizada para nomear ações e serviços de saúde, aparece em manuais, em livros, em artigos de revistas científicas, assim como é discutida nos canais de mídia, sendo citada em programas de rádio e televisão, tendo destaque também em artigos e vídeos postados na internet, sendo assim uma palavra conhecida pela sociedade em geral. Muitos conseguem dizer que a saúde mental é importante e deve ser amplamente debatida, mas poucos conseguem dar uma definição precisa do que o termo significa.

Apesar de ser uma palavra muito utilizada, já gasta em tantas repetições, sua conceituação é bastante imprecisa. O que percebemos, em um primeiro momento, é que “saúde mental” é um termo em construção. Hoje ele dá conta de nomear fenômenos que, no passado, foram nomeados de outras formas, partindo de perspectivas políticas, teóricas e epistemológicas distintas.

Os serviços e ações que hoje são intitulados de saúde mental já foram nomeados como de “higiene mental”. Os fenômenos antes compreendidos como “loucura” ou “alienação”, foram sendo percebidos como “doenças mentais”, “doenças nervosas”, “transtornos mentais” e recentemente como “sofrimento psíquico”. Até mesmo os serviços que oferecem cuidados para pessoas nessa condição tiveram suas nomenclaturas transformadas ao longo de um tempo, o que antes era chamado de “asilo”, “manicômio” ou “hospício” também passou por transformações que culminaram em novas formas de nomeação como os “hospitais psiquiátricos” ou serviços de “atenção psicossocial”.

Para contextualizar melhor, os hospitais para tratar os ditos insanos já existiam desde o século XII, no oriente médio, em cidades como Bagdá e Cairo. Eram nomeados como “*lunatic Asylum*” (asilo para lunáticos – ou manicômio para lunáticos, dependendo da tradução). Na Europa surgem durante o século XV. Na Espanha, o hospital de Valência abriu em 1409; Saragoça em 1425; Sevilha em 1436; Toledo em 1483; Valladolid em 1489. Em toda Europa começam a abrir instituições destinadas aos ditos loucos. Na Alemanha havia o *Narrhäuslein* de Nuremberg e também em Frankfurt, construído em 1477. Lugares “famosos” como o *Hôtel-Dieu*, *Bethleem*, *Bicêtre* e *Salpêtrière* vão abrigar os lunáticos, imbecis,

alienados, fracos de espírito, insensatos, furiosos ou homens com mente infantil (FOUCAULT, 2010) – tais as palavras usadas para descrever o que hoje seriam nomeados como pessoas com transtornos mentais.

Mais evidências históricas sugerem que asilos foram abertos em Metz na França; em Milão na Itália; e em Ghent em Flandres, durante o século XII. No século XIV, foram abertos em Bergamo, na Itália; em Elbing, na Alemanha; em Londres, na Inglaterra; e em Florença, na Itália. No século XV, abriram em Bruges, Mons e Antuérpia, em Flandres. Somente no século XVIII foram abertos na Escandinávia. As evidências para criação de asilos na América apontam primeiro para o México, em meados de 1500. Na América do Norte, a primeira instituição hospitalar a oferecer serviços do tipo foi o Hospital da Pensilvânia, na Filadélfia e o primeiro manicômio foi inaugurado em 1773, na Colônia de Virgínia (COHEN; PATEL; MINAS, 2014).

A era vitoriana viu a transformação dos asilos em manicômios e depois, em hospitais psiquiátricos. A história da loucura está estreitamente atrelada ao seu processo de institucionalização e sua relação com a patologia. É a loucura, entendida agora como doença mental, que faz nascer a psiquiatria. Os *med-doctors* (médicos de loucos) se tornaram alienistas e depois psiquiatras (COHEN; PATEL; MINAS, 2014). Logo, não é possível compreender a saúde mental sem fazer um retorno à história da loucura.

Foucault, em seu livro “História da Loucura na idade clássica” (2010), aponta como do século XV ao XVIII, a loucura foi definida pelo contrário da razão, a desrazão. Antes associada à compreensão religiosa ou mágica dos fenômenos, seja relacionada à possessão demoníaca ou à bruxaria, e logo depois percebida como um processo de exclusão e confinamento da loucura. Seja em naus, trens, asilos ou hospitais, houve uma institucionalização, em uma perspectiva de higienização e normalização do corpo social, vinda da necessidade da sociedade de se manter afastada da loucura.

É justamente a partir do confinamento e da institucionalização que há o deslocamento da loucura para doença mental, quando a psiquiatria assume o cuidado dos loucos e desenvolve seu saber sobre a alienação. No século XIX, a loucura passa a ser vista como objeto de estudo da ciência, atravessadas por disciplinas como a medicina, a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia. Nomes como Esquirol e Bleuler se destacaram no trabalho psiquiátrico. Doença mental não é mais tida como o contrário da razão, mas como uma incapacidade jurídica e moral, uma alteração da norma, passível de tratamento:

A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força"; [...]. E entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não nos esqueçamos — que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos "libertado". A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural (FOUCAULT, 1972/2010, p.55).

Percebemos que existiu uma mudança evidente nas formas de nomear a loucura, as pessoas tidas como loucas, as modalidades de tratamento, assim como as políticas e legislações relacionadas. Para ilustrar essas transformações nos modos de nomeação, além dos exemplos dos asilos e hospitais na Europa que já citamos, temos o caso dos Estados Unidos. Lá, um ativista chamado Clifford W. Beers fundou, em 1908, a *Connecticut Society for Mental Hygiene* (Sociedade de Connecticut para Higiene Mental). Um ano depois o mesmo ativista, juntamente com o filósofo William James e o psiquiatra Adof Meyer, criaram o *National Committee for Mental Hygiene* (Comitê Nacional de Higiene Mental). Em 1946, a *National Mental Health Act* (Lei Nacional de Saúde Mental) criou o *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Saúde Mental). Em 1963, o Congresso americano aprovou a “Community Mental Health Centers Act” (“Lei dos Centros de Saúde Mental Comunitária”), promulgada e assinada pelo Presidente Kennedy, que permitia concessões para construção de centros comunitários de saúde mental (MHA, 2018). Percebemos aqui como a expressão higiene mental foi sendo substituída por saúde mental.

Outro exemplo dessas transformações pode ser vista aqui no Brasil que, seguindo os exemplos da Europa e da América do Norte, também vai oficializando formas diferentes de se referir ao termo em questão. Vejamos, no ano de 1830, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro percebe os ditos loucos da cidade e estes passam a serem considerados “doentes mentais”, logo a junta médica orienta que o tratamento deva ser realizado em espaço para reclusão. Sendo assim, em 1852 é inaugurado o Hospício Pedro II. Já em 1881, é promulgado o Decreto nº 8.024, que cria a cadeira de Doenças Nervosas e Mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Em 1903 é criada a Lei de assistência aos alienados. Em 1923 é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental. Em 1927 é Criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal (na época a capital ainda era o Rio de Janeiro). Já em 1956, é criado o Departamento Nacional de Saúde Mental e em 1987 é realiza a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que lutava pelo fim dos manicômios, em um movimento que vai culminar com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS – e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (CCS, 2019).

Essas transformações são frutos de uma conjuntura das ciências, dos saberes e das próprias ideologias prevalentes que vão dando nomes às coisas, isto é, existem mudanças de paradigmas que vão fazendo com que nomenclaturas sejam consideradas obsoletas em detrimento de outras mais modernas, humanizadas e livres de preconceito. Todas essas mudanças discursivas com relação à loucura, todas essas diferentes nomeações vêm a partir de perspectivas diversas que, em determinado momento, vão se tornando hegemônicas. Dessa forma, investigar conceitos é também perceber em que discursos estão fundamentados seus saberes e práticas.

Sendo assim, fica claro para nós que a temática dessa pesquisa não é apenas buscar definir um conceito de saúde mental, é primeiramente necessário entender qual perspectiva discursiva, qual paradigma científico e quais condições históricas e políticas permitiram ou possibilitaram que o termo saúde mental fosse compreendido desta ou de outra forma.

## **1.2 Revisão de literatura**

Em uma revisão da literatura prévia, pudemos ter acesso a alguns trabalhos produzidos acerca da conceituação da saúde mental. Almeida Filho *et al* (1999), em sua tentativa de estudar esse conceito, apontaram uma polissemia envolvendo o termo. Os autores descreveram o desenvolvimento de mais de um modelo teórico para definir a saúde mental e distinguiram duas formas de definição. A definição de primeiro nível, que se desdobra em duas vertentes: a vertente narrativa, que descreve a retórica popular ou a etnografia; e a vertente interpretativa, que é uma maneira de uma comunidade identificar e interpretar suas práticas partindo de elementos sociais, econômicos, políticos, culturais, familiares ou individuais. E a interpretação de segundo que nível seria aquela que tenta traduzir a linguagem científica, que tende à universalidade, enquanto que é produzida e produtora de saberes e práticas (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Já as autoras Silveira e Braga (2005) trabalharam não o conceito de saúde mental, mas o conceito de loucura, a partir de um resgate histórico: “loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal” (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 592). Tomando por base as compreensões da loucura em determinados tempos distintos, as autoras

identificaram as compreensões da loucura na Grécia Antiga, na Antiguidade Clássica, na Idade Média, no século XVIII e no momento do Pós-Guerra, com os movimentos de reforma.

Elas identificaram que a loucura - antes percebida como um misticismo - passou a se estruturar em torno de práticas de exclusão e confinamento institucional. Assim, a medicina se apropria do fenômeno da loucura criando uma nova especialidade. É o nascimento da psiquiatria. A partir daí, a loucura passa a ser caracterizada como doença mental, passível de vigilância, tratamento, cura, tutela, sendo até mesmo motivo para perda de direitos e cidadania. Com os movimentos reformistas, abrem-se espaço para os questionamentos acerca do modelo hospitalocêntrico e para a defesa da desinstitucionalização. Logo, a loucura passa a ser compreendida não mais como doença, mas como “existência-sofrimento” do sujeito (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Deste modo, as autoras citadas tomam a loucura sob o ponto de vista do sofrimento psíquico, como objeto das intervenções do campo médico e do campo “PSI”. Esse sofrimento psíquico ainda é tratado como doença mental, inserido na noção de adaptação, ou não, ao mundo e suas práticas:

A sociedade ocidental contemporânea produz e naturaliza uma visão do sofrimento psíquico como objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de outras práticas “psi”. Nesse paradigma, o sofrimento psíquico recebe o rótulo de “doença mental”, com quadros nosológicos claramente delimitados. O objetivo final, ou seja, a cura, pode até ser conceituado de maneiras diferentes, mas, raramente, escapa à noção de (re)adaptação a um mundo do qual ele não faz parte ou ao qual se mostra estranho (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 592).

Já a tese de Lima (2012) buscou as contribuições do filósofo Espinosa para o conceito de saúde mental. Em seu trabalho, apontou como a filosofia ocidental constituiu, ao longo de anos, uma noção de saúde e doença bastante aproximada da noção de equilíbrio e da interdependência do homem com o mundo. O autor aponta que com o advento da modernidade, o pensamento de Descartes foi dominante, inclusive no campo médico. A divisão cartesiana dualista entre corpo e mente apontava também para um modelo causal explicativo que permitia entender a relação com a saúde e a doença.

Lima (2012) demonstra que o filósofo Espinosa conseguiu superar o dualismo cartesiano, quando afirma haver uma só substância com atributos específicos para caracterizar as coisas existentes. Espinosa, em seu constructo teórico, valorizava a autonomia do ser humano frente às forças externas que o incapacitavam, assim como o adoecimento. Desse modo, o autor aponta para um conceito da saúde mental sob os aspectos da filosofia de Espinosa, discutindo como a institucionalização da loucura impossibilitou a potência de ser e

agir dos indivíduos e como os movimentos de reforma foram positivos por colocarem a doença entre parêntesis e não os sujeitos. Aqui se intercala a teoria de Espinosa sobre a existência afetiva e o conceito de saúde mental trabalhado nas reformas como sofrimento/existência humana, além do conceito de saúde mental trabalhado pela Organização mundial de Saúde – OMS (LIMA, 2012).

Em meados dos anos 2000, a OMS começou a disseminar em seus relatórios anuais um conceito de saúde mental concebido como “(...) um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2001, p.1), coadunando com o conceito de saúde defendido pela própria OMS, como completo bem-estar físico, psíquico e social, entendendo que não existe saúde sem saúde mental.

Outro autor que discute o conceito de saúde mental proposto pela OMS, é a tese de Pinheiro (2018), que articula o conceito de saúde mental com o conceito de capital mental, associando ao mundo do trabalho e das organizações. Saúde mental aqui é definida como uma condição voltada aos problemas mentais, que tanto podem se referir aos transtornos mentais, como também ao abuso de álcool e outras drogas, às condições de vulnerabilidade social e vulnerabilidade econômica.

Em seu trabalho, o autor coloca como a posição ontológica que fundamenta a OMS é contraditória aos princípios e diretrizes organizacionais, pois a Organização de saúde visa o respeito aos indivíduos e atribui valor a sua humanidade por si mesma, enquanto que a lógica organizacional visa o lucro financeiro e atribui valor apenas ao trabalho e a produtividade do indivíduo. Além disso, a OMS defende que problemas de saúde mental possivelmente estão relacionados às condições adversas de trabalho, enquanto que a lógica organizacional considera o adoecimento mental como um fator externo às empresas, responsabilizando o próprio indivíduo pela sua condição (PINHEIRO, 2018).

Refletindo as pesquisas já realizadas em torno do conceito de saúde mental, percebemos que os deslocamentos nos modos de compreender o tema não são apenas semânticos, na verdade eles apontam para transformações políticas, científicas, econômicas, ideológicas e culturais que influenciaram práticas de nomeação e exclusão da loucura durante séculos, circunscrevendo um campo de reformas e lutas pelos direitos humanos, incursões científicas e implementação de políticas, que hoje é divulgado como o campo da saúde mental.

A psiquiatria do século XVII percebeu a loucura como doença mental, na tentativa de neutralizar os efeitos negativos da institucionalização hospitalar, desenvolvendo saberes e práticas que definiram as concepções sociais em torno do tema. Com os movimentos de Reforma Psiquiátrica o foco muda da doença mental para o sujeito que está adoecido, passando a se falar em sofrimento existencial. Outros fatores, ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, como a escrita da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a fundação da Organização Mundial da Saúde defenderam a saúde e a saúde mental como um direito de todos. Por outro lado, a descoberta dos antipsicóticos, nos anos 1950, reanimou o fôlego da psiquiatria e da neurobiologia para investigações referentes aos marcadores biológicos da saúde e doença mental.

Logo, o fenômeno da saúde mental, tal como é conhecido e pesquisado no momento atual, não deve ser compreendido de forma isolada, mas como produto dessas mudanças, advindas de processos históricos e políticos que desencadearam essas transformações, tanto nas palavras, quanto nas práticas em saúde, como será discutido posteriormente.

### **1.3 Recorte do objeto de pesquisa**

Dada a dificuldade de conceituar saúde mental, a multiplicidade de paradigmas que sustentam os discursos relativos ao tema e a complexidade de empreender uma pesquisa ampla que consiga abarcar um contexto geral, optamos por realizar um recorte no objeto da nossa pesquisa. Resolvemos pesquisar o conceito de saúde mental no contexto brasileiro, a partir dos documentos oficiais publicados pelo ministério da saúde, no período em que entrou em vigor a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2001, até os dias atuais, em 2019.

Os documentos institucionais do Ministério da Saúde são as principais fontes de orientação para a constituição das políticas de saúde governamentais, instituições de ensino e pesquisa, para a atuação de gestores, profissionais, representantes e usuários da saúde como um todo. Desde 2001, a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS está disponível na internet. Ela é o principal canal de acesso às informações bibliográficas produzidas e publicadas pelo Ministério da Saúde, além de trabalhos gerais na área de ciências da saúde.

A Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou Lei nº 10.216, de seis de abril de 2001, é o dispositivo normativo que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, instituindo novos

modelos de atendimento às pessoas com transtorno mental no Brasil. O projeto dessa lei foi proposto em 1989, pelo deputado Paulo Delgado – do Partido dos Trabalhadores do Estado de Minas Gerais – e tramitou por doze anos no congresso brasileiro, por tratar de questões espinhosas, que envolviam disputas de poder.

Essas disputas ocorriam entre os grupos de proprietários e gestores de grandes hospitais psiquiátricos contra os movimentos populares, de trabalhadores e usuários, que insistiam em uma Reforma Psiquiátrica brasileira a partir da desinstitucionalização antimanicomial. A disputa pelo poder econômico, político e cultural dificultou e atrasou a extinção dos manicômios do país. A aprovação da Lei, em abril de 2001, demarca e extensa luta e conquista no campo político e legislativo.

Desse modo, o objetivo geral da nossa pesquisa é discutir o conceito de saúde mental, a partir dos documentos institucionais publicados pelo ministério da saúde, entre seis de abril de 2001 e seis de abril de 2019, na perspectiva da análise crítica do discurso. E os objetivos específicos são: identificar que paradigmas sustentam os discursos sobre a saúde mental e analisar os discursos sobre saúde mental e como esses articulam com as práticas sociais.

#### **1.4 Relevância e Justificativa**

Inicialmente, o tema para este estudo surgiu quando a pesquisadora, que tem formação em psicologia, atuava em alguns Centros de Saúde da Família na cidade de Sobral, Ceará. A atuação como psicóloga se dava pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Nessa experiência, foi possível perceber como as categorias “psis” - como psicólogos e psiquiatras - se responsabilizavam pela atenção no campo da saúde mental, enquanto que outras categorias profissionais demonstravam certas dificuldades de assumir esse tipo de cuidado, alegando até mesmo medo de se aproximarem de alguns usuários, reportando que não possuíam conhecimento ou habilidades necessárias.

Esse fato fez a pesquisadora questionar se, de fato, outras categorias profissionais tinham acesso ao conhecimento na área de saúde mental. Desse modo, ela se propôs a conduzir alguns momentos de educação permanente com as equipes das quais fazia parte. Foi aí, tentando construir e compartilhar esse conhecimento, que ela percebeu que havia uma lacuna, pois nem ela soube conceituar, ao certo, o que seria saúde mental. Ao iniciar o mestrado acadêmico em saúde da família, a questão não estava clara e perpassava ainda pela

dificuldade dos profissionais. Após a orientação com a professora Dra. Camilla Vieira, o tema se delineou com clareza e a proposta da pesquisa de estudar a definição de saúde mental se consolidou.

A pesquisa é importante porque, mesmo que existam inúmeros estudos acerca da saúde mental, poucos trabalhos discutem sua definição de um ponto de vista teórico-filosófico, como vimos na revisão de literatura. Logo, esse estudo poderá contribuir com o debate acerca do conceito de saúde mental e poderá dar mais visibilidade a questão.

Do mesmo modo, este estudo poderá contribuir com as investigações da comunidade científica e dos grupos de pesquisa que já produzem estudos sobre saúde mental, pois poderá despertar novos questionamentos e novas reflexões para a produção de saber, trazendo para o debate a questão de como esses conceitos configuram ideologias nesse campo.

As análises realizadas acerca dos discursos, paradigmas e práticas sociais em saúde mental também poderão contribuir com o fazer daqueles que compunham a rede de saúde mental, sejam trabalhadores, gestores ou formuladores de políticas públicas. Portanto, esses atores sociais também poderão ampliar sua compreensão sobre saúde mental, além de refletir as formas de produzi-la em suas práticas e serviços.

Além disso, essa pesquisa está sendo realizada em um mestrado acadêmico em saúde da família, de modo que ela também se constitui para contribuir com esse programa institucional, cujo objetivo é produzir conhecimentos importantes para a Estratégia Saúde da Família, para a Atenção Básica em saúde e para o Sistema Único de Saúde – SUS, de modo geral. Sendo assim, vem somar com essa proposta de elaborar conhecimento teórico acerca das práticas em saúde. Espera-se que, após a publicação deste estudo, os futuros momentos de educação permanente em saúde tenham mais ferramentas para embasar discussões e debates.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para complementar o estudo, trazemos uma breve abordagem sobre o estado da arte, no que diz respeito aos paradigmas em saúde mental. Para isso, definimos quatro perspectivas importantes para serem discutidas: o paradigma da psiquiatria clássica; o paradigma das Reformas Psiquiátricas; e o paradigma da saúde mental global e da psiquiatria neurocientífica. Embora nosso recorte temporal seja no período pós-reforma, consideramos interessante ilustrar o cenário anterior à reforma, para contextualizar que mudanças estavam sendo reclamadas.

Paradigma, de acordo com Thomas Khun (2000), são realizações científicas que são reconhecidas universalmente pela comunidade científica. Essas realizações fornecem os métodos, as hipóteses e as soluções para problemas estudados pelos praticantes de uma ciência, em determinado tempo. É um acordo declarado sobre pontos fundamentais que irá basear estudos e práticas dos cientistas, até que o paradigma vigente entre em crise, não conseguindo mais explicar ou resolver fenômenos, e os cientistas precisem elaborar outro que venha assumir o lugar. Além disso, alguns desses paradigmas não são demarcados exclusivamente pela temporalidade, de modo que podem coexistir ao mesmo tempo. Para o autor, o caminho da ciência é cheio de revoluções e rupturas, e não continuidade e progresso como previam os positivistas (KHUN, 2000).

Michel Foucault (2017), ao falar sobre a construção do saber, coloca como este se articula e se efetiva em uma perspectiva histórica. O autor diz que o saber não é inato, nem é essencial ou imaterial, não existe a priori, nem é uma verdade secreta que espera ser revelada pelos grandes sábios e gênios. O saber é produzido por movimentos que se demarcam na história, em que é possível identificar seus atores, suas forças e fraquezas, seus momentos alternativos, suas discontinuidades e suas resistências, que muitas vezes nem aparecem na história oficial. O saber é uma constante disputa de poder e de forças, como dizia o autor “é que o saber não é feito para compreender, ele é feito para cortar” (FOUCAULT, 2017, p.18).

Indo ao encontro, Bachelard (2005) empreendeu uma crítica ao pensamento linear da ciência. O autor afirma que depois do pensamento de Einstein em 1905, da mecânica quântica, da física das matrizes de Heisenberg, dentre outros, foram possíveis novas possibilidades de experiências que inauguraram o novo espírito científico. Para ele, as transformações no pensamento científico se dão pela superação dos obstáculos epistemológicos, ou seja, para conhecer algo novo, a ciência precisa destruir ou ir contra um

pensamento anterior já estabelecido. Em culturas complexas não é possível fazer ciência a partir do zero. Quando um novo pensamento desponta na ciência, esse se deu a partir de uma crise que reorganizou um sistema de saber. O espírito científico é a busca de respostas para novos conhecimentos que não estavam evidentes, não eram gratuitos e vão sendo construídos pela derrubada dos obstáculos pré-estabelecidos (BACHELARD, 2005).

Mais recentemente, Bruno Latour (1997; 2000), antropólogo da ciência, descreve todas as condicionalidades que são necessárias para desenvolver uma ciência ou tecnologia. O autor coloca questões como a aquisição de recursos; o financiamento de pesquisas; o acesso a laboratórios; o cotidiano repetitivo de muitos cientistas; a escrita e circulação de artigos; a influência e o suporte dos orientadores e da rede de pesquisa; o apoio governamental ou de mercado; além de disputas entre pesquisas, que estudam o mesmo objeto, e que são realizadas ao mesmo tempo, dentre muitas outras questões que ilustram o cenário da ciência atualmente. Latour reflete como esse caminho é permeado por incertezas, concorrências e controvérsias (LATOURE, 2000).

Deste modo, percebe-se como esse caminho da ciência e do saber, entendido como dotado de superioridade e de verdade, na realidade é uma construção histórica, política e cultural que vai sendo produzida na medida em que os atores e as forças sociais se coadunam em torno de objetivos comuns, de disputas de poder e da defesa de determinadas questões. Criticamos a noção de que a ciência e os saberes institucionalizados estão irrevogavelmente associados a uma busca pela verdade e pelo bem, e que estão progredindo linearmente no tempo, rumo às condições melhores. Os saberes têm se transformado e promovido inúmeras mudanças e o que move essas revoluções não é o “progresso”, e sim as constantes disputas de interesses, sejam eles econômicos, morais ou ideológicos.

Assim, com o campo da saúde mental não seria diferente. Como veremos a seguir, as mudanças e reformas realizadas se basearam em saberes e práticas que foram empreendidos por circunstâncias e pretextos de interesses diversos.

## **2.1 Paradigma da Psiquiatria Clássica**

A psiquiatria, no século XIX, assume para si a intervenção da loucura a partir do tratamento da doença mental. As condições de possibilidade que permitiram a consolidação desse saber têm estreitas relações com o processo de institucionalização da loucura nos hospitais e manicômios. O olhar científico da psiquiatria se consolidou a partir do

aprisionamento da loucura. Esse encarceramento é um processo iniciado bem antes, nos séculos XVII e XVIII, influenciado por mentalidades ainda mais antigas, advindas ainda da Idade Média, que associavam o desatino ao obscurantismo e ao misticismo (FOUCAULT, 2010).

Foi justamente essa herança de uma visão obscura da loucura que inspirou a psiquiatria clássica a levar a luz da verdade científica. Com o reconhecido psiquiatra Pinel, nasce um ramo da medicina que intenciona, pela primeira vez, tratar o louco como um humano. Ele e seus contemporâneos irão associar a ciência a uma piedade filantrópica, para consolidarem um movimento de reforma dos primeiros asilos de loucos, cujas condições eram tão degradantes quanto desumanas. Considerar a loucura um desvio moral, era negar seu caráter mágico ou demoníaco.

Tudo está em seu lugar, de um século a outro: primeiro o internamento, do qual procedem os primeiros asilos de loucos; daí nasce essa curiosidade, logo transformada em piedade, depois em humanitarismo e solicitude social — que permitirá a existência de Pinel e Tuke, os quais por sua vez provocarão o grande movimento de reforma — inquéritos dos comissários, constituição dos grandes hospitais, os quais finalmente dão início à época de Esquirol e à felicidade de uma ciência médica da loucura. A linha é reta, o progresso é cômodo. O Charenton da irmandade de São João de Deus permite prever o Charenton de Esquirol, e a Salpêtrière, sem dúvida, tinha apenas um destino, o que Charcot lhe atribuiu (FOUCAULT, 2010, p. 433).

Seguir nomes como Pinel, Tuke, Esquirol e Charcot é perceber também como o surgimento do saber psiquiátrico, no século XIX, esteve fortemente associado a dois movimentos: o de conservar a institucionalização asilar e o de produzir um saber sobre a doença mental. Mesmo que esses psiquiatras tenham questionado o tratamento e a visão que era atribuída aos internados, eles não questionaram a hospitalização da loucura, na verdade ela foi reforçada e o manicômio continuava sendo o lugar prioritário para o destino das pessoas tidas como loucas. Não só isso, mas também como lugar prioritário para o exercício da psiquiatria.

Por isso, é possível falar que a internação não era apenas uma decisão médica, mas também uma interdição jurídica, pois assim como o criminoso, o louco era alienado de sua liberdade, reconhecido como incapaz, irresponsável e até mesmo perigoso. A psiquiatria positiva é uma “experiência social, normativa e dicotômica da loucura” (FOUCAULT, 2010, p.148), é dicotômica, pois pensa em termos de positivo ou negativo, perigoso ou inofensivo, julgando qualitativamente os sujeitos.

Também a psicopatologia do século XIX é um saber que se organizou em torno da observação, descrição e classificação. Um conhecimento elaborado quase que de forma

enciclopédica, no qual as formas essenciais eram hierarquizadas e ordenadas. A psiquiatria “positiva” afirmou seu saber adotando como referência um ideal de normalidade, um estado humano essencial anterior a qualquer adoecimento. A origem do saber psiquiátrico está na observação e na classificação nosográfica de sinais e sintomas, divergentes do estado normal, nomeados com vocabulários estranhos, que se consolidam e se especificam ainda mais no século XX.

Pinel enumera, entre as vesânicas, a melancolia, a mania, a demência e o idiotismo — às quais acrescenta a hipocondria, o sonambulismo e a hidrofobia. Esquirol acrescenta apenas esta nova família da monomania à série agora tradicional: mania, melancolia, demência e imbecilidade. Os rostos já desenhados e reconhecidos da loucura não foram modificados pelas construções nosológicas; [...].Caberá a outro século descobrir a paralisia geral, dividir entre as neuroses e as psicoses, identificar a paranóia e a demência precoce; a outro ainda caberá delimitar a esquizofrenia. Esse paciente trabalho de observação não é conhecido dos séculos XVII e XVIII (FOUCAULT, 2010, p. 224).

Esses saberes convergiam para o espaço do hospital, este era o grande laboratório no qual se dava o espetáculo da doença mental estudada por grupos de intelectuais. No hospital, o adoecimento era comprovado e estudado por meio das repetições e das identidades formuladas. Foi justamente esse aparato de espetáculo, no campo da clínica, que fez com que esse conhecimento fosse validado e repassado pedagogicamente (MONTEIRO; JACÓ-VILELA, 2006).

Um desses grupos mais famosos foi o do médico Charcot, que ficou conhecido como Escola de Salpêtrière. Havia também outro grupo de médicos, ligados à Faculdade de Nancy, cujo líder era Hippolyte Berheim. O grupo de Nancy criticava o grupo de Charcot, pois consideravam que a hipnose e a histeria eram um fenômeno patológico associado. Eles afirmavam que os estudos de Charcot eram em decorrência do fenômeno de sugestão. O grupo de Nancy vai abandonar a hipnose para adotar a sugestão direta no estado de vigília, técnica que posteriormente vai culminar na psicoterapia (MONTEIRO; JACÓ-VILELA, 2006).

Mencionar essa disputa é importante, pois ela reflete no cenário brasileiro, já que Dom Pedro II, além de paciente de Charcot, era um de seus amigos íntimos. Em 1887 foi atendido e diagnosticado com astenia física e psíquica, hoje compreendida como depressão. No entanto, mesmo agradando o regente brasileiro, o grupo de Charcot não influencia a psiquiatria brasileira e sim a neurologia, por meio dos trabalhos desenvolvidos por Antônio Austregésilo, em 1912. Curiosamente, a influência da psiquiatria brasileira vem da Escola de Nancy (MONTEIRO; JACÓ-VILELA, 2006).

As práticas psicoterápicas francesas se revelam na emergente psiquiatria brasileira. Teixeira Brandão, considerado o primeiro psiquiatra brasileiro, formou-se no alienismo francês de Philippe Pinel (1745-1827). Critica a administração do Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852 e dirigido pela Santa Casa de Misericórdia e as irmãs de caridade. Assume a direção do Hospício em 1883, procurando introduzir a “terapêutica moral”, científica. Ardente republicano, apoia a mudança do nome do hospício para Hospital Nacional dos Alienados (1890) e a primeira lei a respeito do atendimento em saúde mental, a Lei de Assistência aos Psicopatas, de 1903. Deixa a direção do já Hospital dos Alienados em 1899. Seu principal substituto só ocupará a direção em 1903: Juliano Moreira (1873-1933), o grande nome da psiquiatria no Brasil, dirige o Hospital até 1930, introduzindo as ideias organicistas alemãs na psiquiatria brasileira (MONTEIRO; JACÓ-VILELA, 2006, p.156).

Logo, percebemos indícios das mudanças de nomeação já colocadas aqui anteriormente. Foi por conta de influências dos dirigentes dos hospitais que os nomes foram sendo trocados, e o Hospício Pedro II passa a ser Hospital Nacional dos Alienados. Com o tempo e com a troca de dirigentes, a influência francesa vai sendo substituída pela influência alemã. Essas diferentes orientações destacam a consolidação difusa desses saberes, que inicialmente advinham todos da medicina, e com o tempo vão se especializando em neurologia, psicologia ou psiquiatria, dependendo das influências de pensadores ou escolas de pensamento. Essa imprecisão do saber pode refletir, ainda hoje, na confusão que temos para nomear e compreender a saúde mental.

A própria psiquiatria brasileira sofre embates na sua emergência. Um deles se remete ao esforço da constituição do saber “oficial”, que antes era praticado por agentes da cultura popular, negros, mestiços e índios, que ofereciam serviços religiosos e espirituais de cura. Portanto, o empenho era para garantir um saber científico e livre de “superstições” e para isso se cria a cadeira de Moléstias Nervosas e Mentais, do curso de Medicina. Essa cadeira inaugura e oficializa o ensino de psiquiatria no Brasil em 1886. Outra luta da psiquiatria emergente foi no campo das disputas de poder, com relação à administração do hospício, que era confiada a uma instituição religiosa, no intuito de torná-la laica (MONTEIRO; JACÓ-VILELA, 2006). Atualmente, existem várias críticas a esse embate que condenou o saber popular em detrimento de uma ciência positivista.

De todo modo, um dos maiores representantes da psiquiatria brasileira foi Juliano Moreira, que atuou tanto com assistência médica, como com assistência jurídica aos doentes mentais. Sua influência vinha do alemão Emil Kraepelin, cujo pensamento defendia que o distúrbio mental deveria ser explicado por problemas no funcionamento orgânico. Em decorrência desse organicismo, foram cometidas várias violações contra os corpos das pessoas loucas, como terapias cirúrgicas, intervenções ginecológicas, castrações, dentre

outras. Além do mais, essa visão corporal da doença mental pode ter fortalecido um posicionamento eugênico no país, devido às preocupações pela hereditariedade da doença mental. Pauta defendida, inclusive, pela Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos 1930 (MONTEIRO; JACÓ-VILELA, 2006).

Esse cenário aponta para internações, hospitalizações e espetacularizações de pessoas consideradas doentes mentais. Embora o desejo aparente da ciência “positiva” fosse proporcionar melhores condições para essas pessoas, a busca pelo saber, pela cura e pela verdade absoluta fez com que homens e mulheres fossem submetidos a tratamentos desumanos e a condições de vida precárias. Uma ciência visionária para seu próprio destino, mas cega para o destino daqueles que dela necessitaram. Foi justamente por essas circunstâncias que vários movimentos sociais se ergueram para exigir uma Reforma Psiquiátrica tanto no restante do mundo, quanto no Brasil.

## **2.2 Paradigma das Reformas Psiquiátricas**

Nos séculos XIX e XX, a sociedade europeia teve grande influência na sociedade brasileira. O primeiro hospício brasileiro, Pedro II, reproduzia os similares franceses. João Carlos Teixeira Brandão, primeiro diretor geral do Hospício Nacional de Alienados, era considerado o “Pinel brasileiro”. Acontece que em toda Europa, e também no Brasil, os hospícios se caracterizaram por situações similares, marcadas pela superlotação, pelas constantes denúncias de maus tratos e pela violência. E não para por aí, além dos asilos, foram difundidas outras modalidades de internamento, como as colônias de alienados. Uma ideia que se espalhou por toda Europa e chegou ao Brasil. O objetivo era fazer com que os internos se recuperassem pelo trabalho e pelo contato com a vida campestre. Logo após a Proclamação da República, já havia as colônias de São Bento e de Conde Mesquita, no Rio de Janeiro. Pouco depois, com o apoio de Juliano Moreira, a ideia se espalhou por todo Brasil, tanto que uma colônia, em São Paulo, chegou a ter 16 mil internos. Com o tempo, percebeu-se que o padrão de segregação e violência institucional dos hospícios continuava se repetindo (AMARANTE, 2007).

Com o fim das duas grandes Guerras Mundiais, e os horrores cometidos contra os seres humanos nos campos de concentração, surgiram movimentos que começaram a questionar se os manicômios não eram reprodutores dessa desumanização (AMARANTE, 2007). Esses pensamentos culminaram em movimentos de reforma que se iniciaram em vários

países, principalmente na França, Itália, Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, sendo esses movimentos bem distintos uns dos outros.

Entre 1945 e 1947, psiquiatras franceses realizaram Jornadas Nacionais de Psiquiatria para rediscutirem o atendimento e as internações asilares. Estima-se que, antes do genocídio dos judeus na Grande Guerra, cerca de 40% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos franceses foram exterminados junto com idosos e doentes incuráveis. Desse modo, as jornadas francesas propuseram a psiquiatria de setor, em que foram adotados princípios de organização sanitária, com relação à territorialização da assistência e uma aproximação com os usuários. A partir daí, dos anos 1952 a 1959 várias experiências já teriam sido realizadas na França tendo em vista essa setorização. Em 1960, já havia uma Diretoria de Saúde Mental que, por meio do ministro da saúde pública – Bernard Chenot, assinou uma circular relativa ao Programa de Organização e Equipamento dos Departamentos em Matéria de Luta contra as Doenças Mentais, dando reconhecimento governamental a esse movimento que iniciam as reformas no pós-guerra (DESVIAT, 2015).

No Reino Unido, uma comissão foi organizada em 1954 para estudar a legislação acerca da doença mental e do retardo mental. Em 1959, foi instituída a *Mental Health Act* (lei da Saúde Mental). A lei recomendava que os doentes mentais recebessem o mesmo tratamento empregado ao demais pacientes, tanto com relação às formas de tratamento, como também em relação ao tempo de internação, que deveria ser mais curto. Acredita-se que essa medida aproximou o adoecimento mental do campo da saúde e o distanciou do campo moral. Em 1981, a quantidade de internações psiquiátricas tinha diminuído para mais da metade, em comparação com os anos 1950 (DESVIAT, 2015). Nos Estados Unidos o movimento de Higiene Mental iniciou em 1908, com o ativista Clifford W. Beers, no entanto, mudanças mais palpáveis só foram vistas em 1963, quando o presidente Kennedy promoveu um novo programa de saúde mental comunitária e assinou a Lei dos Centros de Saúde Mental Comunitários, que ofereciam serviços mais especializados e aproximados da realidade da população. Com o tempo, foram sendo ofertados serviços de psiquiatria infantil, gerontologia psiquiátrica e serviços destinados a usuários de álcool e drogas (DESVIAT, 2015).

Países como a Espanha e o Brasil levaram mais tempo para iniciar processos de reformas psiquiátricas, de modo que aqui as discussões só se iniciam na década de 1970, ainda durante o período da ditadura militar, em um processo de luta pela redemocratização do país, juntamente com a reforma sanitária. No Brasil, a reforma foi protagonizada por um movimento social que ficou conhecido como Luta Antimanicomial. Esse era composto tanto

por trabalhadores, como por usuários, por familiares, por políticos e por artistas envolvidos com a reforma. Após os horrores e torturas ocorridas no período da ditadura, os movimentos sociais passaram a reivindicar o fim dos manicômios, lugares em que eram cometidas grandes violações dos direitos humanos (ANDRADE; MALUF, 2017).

Do ponto de vista teórico ou epistemológico, existiram vários movimentos e grupos, em países distintos, que se posicionaram por um ou outro tipo de reforma. Alguns autores apontam que a psicanálise foi a principal teoria que agenciou mudanças paradigmáticas no entendimento e tratamento da loucura. A psicanálise possibilitou que esses movimentos reformistas fossem pensados, principalmente através da análise institucional, que propôs uma escuta analítica das instituições (DESVIAT, 2015).

Movimentos como a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, ficaram conhecidas por defenderem diferentes e semelhantes projetos de assistência às pessoas tratadas nos hospitais e manicômios. A Psiquiatria Democrática italiana, cujo representante foi Franco Basaglia, foi aquela que sobremaneira influenciou a reforma brasileira, consolidada em 2001 com a Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

O referencial epistêmico da Psiquiatria Democrática questiona as definições de alienação, doença mental, anormalidade, isolamento, terapêutica e cura que vinham sendo difundidos pela psiquiatria clássica. Para isso, trabalha dois importantes conceitos, que são: a desinstitucionalização, em suas dimensões técnico-assistencial, jurídico-política e cultural; e a complexidade, enquanto paradigma científico, que possibilita pensar o processo saúde/doença e o lugar da clínica do sujeito (AMARANTE, 2009).

Pensar a desinstitucionalização, na tradição de Basaglia, é negar o isolamento terapêutico e o tratamento moral como estratégias clínicas. É tomar o sujeito que faz a experiência da loucura a partir da produção de sociabilidades, possibilidades e subjetividades. Essas pessoas, que antes estavam excluídas de direitos, privadas de liberdade e de cidadania, sendo consideradas como objeto de um saber, passam a serem vistas como sujeitos que sabem. A desinstitucionalização ocorre em uma dimensão técnico-assistencial, pois repensa a instituição como lugar do tratamento moral, da disciplina, da reeducação pedagógica e da vigilância. Ocorre numa dimensão jurídico-política, pois afirma o sujeito como detentor de direitos humanos, de direitos e deveres civis, capaz de estabelecer relações sociais plenas. Ocorre também em uma dimensão cultural, pois seu maior objetivo é transformar o lugar social da loucura, que separa e segrega pela divergência (AMARANTE, 2009).

Por sua vez, pensar a complexidade enquanto paradigma epistêmico é considerar que não é possível “descobrir” verdades científicas ou soluções definitivas para problemas gerais. É questionar a neutralidade da ciência, o lugar do pesquisador e as implicações históricas e políticas de teorias científicas. Logo, trata-se de uma abertura para as dúvidas, para a singularidade dos problemas e para a complexificação da realidade, de modo que não é uma nova teoria, e sim uma abertura às teorias possíveis.

Finalmente, a noção de complexidade teria como objetivo pôr em cena e problematizar a posição do sujeito que coloca as questões nas ciências. Os mitos da neutralidade, do distanciamento crítico, da autonomia da ciência, são assim colocados em discussão no questionamento das relações entre ciência e poder, na medida em que, a impressão de que as ciências têm uma identidade é, em si mesma, um efeito de poder, assim como é um efeito de poder a aceitação do fato de que as ciências sejam uma construção neutra não associada à história (AMARANTE, 2009, p.4)

Nesse paradigma, pensar o processo de saúde e enfermidade é questionar o ideal de normalidade. A Psiquiatria Democrática reorientou o foco, antes na doença, para o sujeito, tomando como referência a ideia de redução analógica de Edmund Husserl. Enquanto que a psiquiatria clássica colocou o sujeito entre parêntesis e olhou para a doença mental, a intenção da reforma foi fazer o contrário, colocar a doença entre parêntesis e se ocupar da experiência do sujeito, sua dor, mal-estar e sofrimento. Da mesma forma, a clínica como instrumento empírico de rigorosos testes, observações sistemáticas, descrições e classificações contínuas também é criticada. Essa é desconstruída e repensada de forma estrutural. Ela se torna o lugar do sujeito, de suas experiências e sofrimentos, portanto um espaço que também é estético e político (AMARANTE, 2009).

Destarte, o paradigma da Reforma Psiquiátrica muda o foco do diagnóstico e da doença mental para o sofrimento existencial do sujeito. Esse paradigma repensa os modelos assistenciais e os orienta pela Atenção Psicossocial, que tenta fortalecer os vínculos sociais e comunitários, em vez de optar pela segregação e hospitalização. Além disso, abre o campo de trabalho para uma atuação transdisciplinar, antes restrita a poucos especialistas, agora composta por diversos olhares profissionais, de modo que se forma um coletivo de agentes do cuidado, descentralizando a figura do médico. Assim como o lugar do cuidado muda do hospital para uma rede intersetorial, as práticas predominantemente biologiscistas se tornam mais inventivas e diversas, marcadas por uma perspectiva de solidariedade e inclusão (YASUI, 2006).

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica é mais que uma reorganização técnica dos serviços de saúde, dos lugares e técnicas de cuidado ou da gestão dos serviços. Ela é uma

superação do paradigma psiquiátrico vigente até então. Superar esse paradigma é descontinuar as práticas manicomiais, é questionar o saber da psiquiatria e é questionar o saber do especialista, psiquiatra ou psicólogo, com relação à sua apropriação social e histórica da loucura (YASUI, 2006).

Denotamos, pois, acerca dessa ruptura com o modelo asilar, que se faz ao questionar os fundamentos das práticas formadas pela racionalidade científica, em vista da construção de um novo paradigma científico, estéticos, ético e político.

### **2.3 Paradigma da Saúde Mental Global e da Psiquiatria Neurocientífica**

O período do pós-guerra não impactou apenas nos movimentos de reforma vistos anteriormente. As pessoas perceberam que aquelas violações cometidas contra outros seres humanos deveriam ser evitadas e para isso algumas providências foram tomadas. Uma dessas medidas consistiu na criação da Organização das Nações Unidas – ONU e também na promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada em 1948, que trata da proteção universal dos direitos humanos. Esse mesmo período também foi marcado por relevantes descobertas em muitas áreas da ciência, incluindo a neurologia e a psicofarmacologia. No final dos anos 1950, havia uma grande explosão na venda e uso de medicamentos psicotrópicos.

Um dos interesses que fizeram com que diplomáticos de vários países se organizassem em uma entidade como ONU, em 1945, foi justamente a possibilidade de fundarem uma organização, de nível mundial, dedicada a cuidar da saúde a esse nível. Desse modo, em sete de abril de 1948, nasce a Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2016). Inclusive, foi de autoria dos delegados brasileiros, a proposta de criação da Organização de saúde, eles propuseram um organismo internacional, e de alcance mundial, para tratar da saúde pública das populações (PINHEIRO, 2018).

Atualmente, a OMS possui escritórios em 150 países, com sede em Genebra, na Suíça. Seu financiamento advém da combinação de contribuições fixas e contribuições voluntárias. As contribuições fixas são por parte de seus 194 Estados-membros, de acordo com a possibilidade de cada país. E as contribuições voluntárias vêm também dos Estados-Membros e de outros parceiros, como organizações não governamentais, indústrias farmacêuticas e fundações filantrópicas. Em 2019, mais de 80% do financiamento voluntário foi doado pela Fundação Bill e Melinda Gates (WHO, 2019).

A definição de saúde proposta pela OMS é aquela mais difundida e aceita no mundo inteiro. Ela entende saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2000, p.5). Desse modo, saúde é mais do que não estar doente, podendo a saúde e a doença coexistirem em uma mesma situação.

Da mesma forma, a saúde mental vai além do adoecimento mental. Ela é descrita como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera, e seja capaz de fazer uma contribuição para a sua comunidade” (WHO, 2000, p.5). Logo, a saúde mental é mais do que a simples ausência de doença mental, está associada à saúde física e ao comportamento dos indivíduos (PINHEIRO, 2018).

Para a OMS, a saúde mental envolve não apenas os transtornos mentais, mas também os transtornos de personalidade, as deficiências mentais, o uso abusivo de substâncias psicoativas e os problemas de saúde mental, que envolvem condições de desemprego, péssimas condições de trabalho, baixas renda e educação, discriminações de gênero e violações nos direitos humanos (PINHEIRO, 2018).

Para ajudar na identificação dessas condições a OMS publica regularmente uma classificação médica que é a “Classificação Estatística Internacional de Doenças” – CID. De modo mais específico, a Associação Psiquiátrica Norte-Americana – APA – publica o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” – DSM. Ambos são modelos de identificação e classificação que repercutem no mundo todo, inclusive na saúde pública brasileira. Tanto a OMS quanto a APA se opõem ao uso do termo “doença mental”, pois alegam que o termo doença reafirma a dominação do modelo médico. Na tentativa de superarem esse modelo, utilizam o termo “transtorno mental”. Há dúvidas se uma medida como essa garante uma transformação real.

Transtorno mental implica uma definição ampla que agrega um conjunto de sinais e sintomas identificados de forma clínica ou comportamental. Pode se referir a uma enfermidade mental, retardamento mental, invalidez mental, incapacidade intelectual, transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Essas classificações são um pouco controversas, já que alguns países adotam essa definição em seus manuais e outros não. Por exemplo, os transtornos de personalidade nem sempre são considerados um transtorno mental. Alguns países não os consideram, pois existem aspectos de seu diagnóstico que são tidos

como não confiáveis ou não passíveis de tratamento. Também a dependência de substâncias nem sempre é considerada um transtorno mental (PINHEIRO, 2018).

Para dar conta desse aspecto polêmico, alguns manuais apresentam o conceito de “deficiência mental” como um termo mais abrangente que englobe todas as condições e debilidades:

Uma alternativa a “transtorno mental” é o conceito de “deficiência mental”. A *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2)* define deficiência como um termo abrangente para debilidades, limitações de atividade e restrições na participação social. Denota os aspectos negativos na interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e fatores contextuais desse indivíduo (ambientais e pessoais). Deficiência mental não é sinônimo de transtorno mental, mas inclui pessoas que o possuem. Pessoas que se recuperaram de um transtorno mental podem continuar a ter deficiências específicas e muitas pessoas com transtorno mental em curso podem também ter deficiência devido a isso (PINHEIRO, 2018, p.19).

No entanto o termo deficiência tem a desvantagem de ser muito amplo e impopular, por isso, alguns serviços preferem o termo deficiência psicossocial, por acreditarem que ambos os termos “mental”, e não apenas “doença”, se referem à esfera médica. A discussão também se estende entre escolher uma definição mais estreita ou mais ampla. Geralmente, quando abrange atenção e tratamento, os serviços de saúde costumam ser mais criteriosos acerca da admissão, no entanto quando se refere à proteção dos direitos, à discriminação e à proteção contra abusos, as definições são mais abrangentes (PINHEIRO, 2018)

Destaca-se, portanto, o uso do termo Saúde Mental Global. O termo foi citado pela primeira vez em 2001, pelo até então, cirurgião-geral dos Estados Unidos, David Satcher, para designar índices de estresse em uma população, atrelado a um campo da saúde pública, antecipando a publicação do Relatório Mundial de Saúde da OMS, também em 2001. Em 2007, a revista *The Lancet* popularizou o termo quando o utilizou em uma série de suas publicações e em 2010 a Saúde Mental Global foi declarada um campo na área da saúde global (COHEN; PATEL; MINAS, 2014).

O campo da denominada Saúde Mental Global desponta comprometido com a mudança e melhoria dos serviços e cuidados em saúde mental, tratando tanto do acesso aos serviços, como também dos abusos cometidos em relação às pessoas com transtornos mentais. Entretanto, várias críticas já foram tecidas ao campo, por parte da Psiquiatria Transcultural e das Ciências Sociais, que pautam a questão da medicalização, entendida como um movimento que toma como médicos, os fenômenos pertencentes a outros campos, até então compreendidos como problemas consequentes dos enfrentamentos da vida cotidiana e que

passam a ser tratados pelo viés da medicina e de embasamentos biológicos. Esses embasamentos se pautam em estudos sobre fatores genéticos e sua relação com os riscos ambientais; com a plasticidade do desenvolvimento cerebral; e com fatores puramente ambientais que podem se desdobrar em patologias (ASSAD; ORTEGA, 2016).

Do ponto de vista dos paradigmas em ciência, a psicanálise era a teoria mais difundida até o fim da Segunda Guerra, na Europa e principalmente nos Estados Unidos, com relação aos diagnósticos e tratamentos empregados em psiquiatria. Por volta dos anos 1970, a APA juntamente com companhias farmacêuticas, com o campo médico e com agências governamentais iniciaram discussões sobre a viabilidade e eficácia dos medicamentos psicotrópicos e sobre as teorias que embasavam os diagnósticos para o uso desses medicamentos. Inseridos na APA, um grupo de psiquiatras biológicos - associados à Universidade de Washington em St. Louis - orquestraram o abandono da psicanálise e a busca de um novo constructo teórico que pudesse dar conta de uma psiquiatria biológica (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

Esse fato culminou com a publicação da terceira versão do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” – DSM III em 1980. Esse manual, diferente dos anteriores, se apoiava em um projeto de psiquiatria que buscava um retorno às ideias de Emil Kraepelin, que defendia uma classificação diagnóstica pautada na observação empírica dos fenômenos clínicos para, partindo daí, encontrarem uma etiologia das doenças psiquiátricas. Nesse sentido, as doenças psiquiátricas deveriam ser entendidas da mesma forma que as doenças físicas (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

Assim como os medicamentos psicotrópicos tinham efeitos biológicos reais no corpo, melhorando o quadro dos pacientes, a intenção dos psiquiatras biológicos era investigar a etiologia das doenças mentais, utilizando os mesmos padrões da ampla medicina. Logo, o DSM III e os manuais posteriores, se mostraram uma classificação diagnóstica com embasamento empírico, ateórico quanto à etiologia dos distúrbios psiquiátricos, descritivo com relação aos sinais e sintomas e baseado em critérios objetivos, para que fosse considerado confiável e válido no mundo inteiro, servindo como apoio para pesquisas futuras que objetivassem encontrar a base biológica da etiologia dos distúrbios mentais.

Vale dizer que até o presente momento, apesar dos inúmeros investimentos em pesquisas por partes de grandes empresas interessadas, ainda não foi possível encontrar marcadores biológicos que conseguissem provar cientificamente a origem dos distúrbios psiquiátricos (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

### 3 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, documental, metodologicamente estruturada pela Análise Crítica de Discurso – ACD. A pesquisa qualitativa se preocupa em estudar um universo, cujo nível de realidade não pode ser quantificado. Em vista disso, busca significados, valores, crenças e sentidos que identifiquem, de maneira mais aprofundada, as relações e os processos dos fenômenos explorados. Logo, dá-se em uma dimensão que vai para além das variáveis numéricas, como é o caso da pesquisa quantitativa. Neste sentido, a pesquisa qualitativa não se configura como o oposto da pesquisa quantitativa, mas opera em outra dimensão. Nessa, os resultados não podem ser atingidos numericamente, visto que o mais importante da investigação é o significado compreendido a partir dos processos pesquisados (MINAYO, 2016).

A Análise Crítica de Discurso, além de uma perspectiva teórica, é também uma abordagem metodológica que permite mapear as relações entre os recursos linguísticos utilizados pelos grupos e atores sociais e correlacionar com os aspectos da rede de práticas sociais (RESENDE; RAMALHO, 2006). A ACD se insere no paradigma interpretativo crítico da pesquisa qualitativa, pois oferece suporte científico para realização de estudos que apontem sobre as formas de contribuição do discurso para instaurar ou sustentar problemas sociais ou projetos de dominação e exploração (RAMALHO, 2010).

A ACD é um modelo de análise que serve ao tratamento de diversas práticas da vida social. Essa abordagem foi desenvolvida por Norman Fairclough, mas também recebe influência de autores como Bakhtin, Foucault, dentre outros, por trabalhar com conceitos da Linguística e das Ciências Sociais. Os principais conceitos dessa perspectiva são o de *discurso* e *prática social* (RESENDE; RAMALHO, 2006). A ACD também se associada ao Realismo Crítico, como perspectiva ontológica. Essa perspectiva aponta para a relação dialética entre a sociedade e a linguagem, isto é, a relação entre as práticas sociais e o potencial semiótico dos eventos discursivos (RESENDE, 2009).

Percebemos a influência de Bakhtin – filósofo marxista que estudava linguagem – na ACD quando ele defende a língua, não apenas pelo arranjo dos sistemas linguísticos, mas principalmente no *processo social de interação verbal*. De modo que segue preceitos do materialismo histórico, pois tem a enunciação da linguagem como estrutura sócio ideológica. A consciência só existe mediante a ação dos signos utilizados no processo de interação social. Logo, observa não apenas a ação da linguagem, mas a relação dessa com os sujeitos, enquanto

espaço de luta hegemônica. Em uma luta de classes, cada uma que passa a dominar no lugar da anterior, torna seus pensamentos universais e os representa como os únicos válidos e plausíveis. Outro autor que contribui para a Teoria Social do discurso é Foucault. Para o autor, os discursos e as formações discursivas são importantes em sua perspectiva política, social e histórica. Fica evidente quando o filósofo trata da natureza política do discurso e da discursividade das mudanças sociais, além da natureza discursiva do poder e de seus aspectos constitutivos do discurso (RESENDE; RAMALHO, 2006).

Mas afinal, o que podemos entender por práticas sociais e por ordem de discurso? As *práticas sociais* são compreendidas como estrutura e como ação. Como estrutura, pois uma prática é um modo permanente de agir em sociedade e se determina por uma posição dentro dessa rede. E como ação, pois interage dentro da estrutura, podendo engendrar transformações. Todas as práticas sociais, de estrutura ou de ação, são arenas onde a vida social é produzida (FAIRCLOUGH, 2012).

A *ordem social* é constituída a partir das inúmeras práticas sociais inter-relacionadas. O aspecto semiótico – simbólico – da ordem social é o que se entende por *ordem de discurso*, que relaciona os diversos discursos e gêneros. A ordem de discurso estrutura a diferença semiótica entre as linguagens discursivas dominantes e aquelas consideradas alternativas, marginais ou subversivas. Quando uma ordem de discurso se torna parte do senso comum, legitimando relações de dominação, podemos falar em *hegemonia*. Mas dado que a ordem de discurso é um sistema aberto, afetado por interações reais, até mesmo os discursos hegemônicos podem entrar em crise e serem contestados. No campo da semiótica, são observadas as mudanças entre gêneros, estilos e discursos e o modo como se articulam e interagem entre si. Um discurso é ideológico quando contribui para que relações de poder e dominação sejam mantidas ou contestadas (FAIRCLOUGH, 2012).

A *semiose* atua de três formas. A primeira é como parte da atividade social inserida em uma prática, constituindo *gêneros* discursivos, como uma conversa cotidiana, uma reunião governamental entre políticos ou uma crítica literária. Dependendo da posição de um ator social, mudam suas representações e seus discursos. A segunda forma de atuação da semiose é como *representação*. Ocorre quando os atores sociais produzem representações das práticas nas quais se inserem, podendo produzir representações diferentes a depender da posição que ocupam dentro de uma mesma prática. Essas representações moldam e adentram os processos e práticas sociais. A terceira forma de atuação da semiose é como desempenho de posições. O desempenho dessas posições distintas na sociedade (diferentes classes,

nacionalidades, etnias) constituem *estilos*. Estilos são identidades, modos de ser, construídos a partir de aspectos intrínsecos ao desempenho de diferentes posições, em seu aspecto semiótico (FAIRCLOUGH, 2012).

É importante perceber que as *práticas sociais* são um *sistema aberto*, com variados mecanismos agindo em simultâneo, logo, mesmo que as atividades sejam restringidas pelas estruturas materiais ou estruturas simbólicas, ainda há possibilidades para a transformação social. As práticas sociais são conceituadas como discurso, relação social, fenômeno mental e atividade material. Essas envolvem crenças, valores, desejos ou ideologias. Já os processos discursivos são contextualizados nas práticas sociais, estão localizados com relação às pessoas, relações sociais e mundo material (RESENDE, 2009).

É isso o que justifica a perspectiva de relação dialética entre linguagem e sociedade, reivindicada pela ADC e nem sempre claramente formulada. Por um lado, aspectos discursivos de práticas sociais podem ter efeitos causais na sociedade; podem, por exemplo, legitimar certos modos de ação ou ser utilizadas como base para construções identitárias. Por outro lado, a colonização de diferentes práticas sociais, por certas representações discursivas e sua presença em diferentes tipos de texto e a configuração de ordens do discurso em práticas particulares são também resultados de poderes causais, no sentido de que a organização dos elementos discursivos em práticas é socialmente estruturada (RESENDE, 2009, p.135).

Logo, entende-se que a prática teórica pode ter resultados com relação a superação de questões problemáticas, por isso se fala em uma *prática teórica crítica*. Há possibilidades para mudança social, epistemologicamente, é possível pensar em projetos de pesquisa emancipatórios.

Desse modo, essa abordagem busca investigar como os sistemas linguísticos funcionam, como constroem, representam, reafirmam ou contestam eventos, relações sociais e discursos inseridos em disputas hegemônicas. Por isso, é necessário entender de gramática, para entender como funcionam as estruturas linguísticas (RESENDE; RAMALHO, 2006); (PINHO; KANTORSKI; HERNÁNDEZ, 2010). Sendo assim, é uma perspectiva que possibilita a realização de uma análise das relações dialéticas entre as práticas sociais e as semioses, se preocupando com as mudanças na vida social contemporânea, principalmente aquelas que acontecem em decorrência da linguagem e suas produções de sentido, e dessa relação com a rede de práticas sociais (FAIRCLOUGH, 2012).

Quando falamos que a análise de discurso se dá em uma *relação dialética*, nos referimos a uma dialética materialista, movida pela relação das pessoas com a natureza através do trabalho. Por isso, a ACD é um dispositivo importante para dar relevância ao papel da linguagem no processo de formação das relações sociais, pois a linguagem também é

entendida como um modo de compreender e transformar as práticas e cotidiano dos sujeitos (PINHO; KANTORSKI; HERNÁNDEZ, 2010). Dado que essa é uma perspectiva dialética e relacional, irá se preocupar com os efeitos potenciais dos discursos nas lutas hegemônicas e nas relações de dominação. Os efeitos dos discursos enunciados são ideológicos, estão nos sentidos dos textos e têm relação sobre as pessoas, interações, mundo material (RAMALHO, 2010).

Essa abordagem também trabalha com a estratificação social que diferencia a realidade, seja potencial ou realizada, daquilo que é empírico. A realidade, nesta visão, é construída tanto pelo curso dos eventos realizados e das experiências, como também pelos poderes, estruturas, mecanismos e tendências. Já aquilo que é empírico pode ser entendido pelo que é observável das experiências, dos objetos sociais, dos efeitos de seus poderes, configurações e estruturas. Logo, a realidade é uma categoria ontológica, enquanto que o empírico é uma categoria epistemológica. Isso implica que realidade não pode ser reduzida ao conhecimento que se têm sobre ela, pois esse conhecimento é parcial, contingente e mutável, do mesmo modo, a construção discursiva empírica acerca da realidade não corresponde a ela, entretanto a observação pode ensinar sobre o que se realiza e pode transformar o que poderia se realizar (RESENDE, 2009).

Por conseguinte, mais que um método, a ACD é também uma perspectiva teórica sobre a semiose e sobre a linguagem, seja ela visual, corporal, falada ou escrita. Destarte, preocupa-se com a análise semiótica inserida em reflexões acerca do processo social - análise semiótica é uma investigação acerca da produção de sentidos e significados. Já o processo social, por sua vez, ocorre em rede e envolve práticas de diversos tipos, sejam econômicas, culturais, políticas, cotidianas, ademais (FAIRCLOUGH, 2012).

### **3.1 Características da pesquisa**

Para a ACD, qualquer estrutura de análise deve dar ênfase em um problema social com aspecto discursivo semiótico, deve identificar obstáculos para resolução do tal problema e procurar formas de superação, tecendo sobre ele uma análise crítica (FAIRCLOUGH, 2012). Assim, nossa proposta foi discutir o conceito de saúde mental a partir dos documentos institucionais publicados pelo ministério da saúde, identificando os paradigmas que sustentam os discursos e analisando como esses discursos se articulam com as práticas sociais. Desse modo, a Análise Crítica do Discurso se mostrou, não apenas um referencial teórico

importante, mas também um instrumento metodológico potente para dar conta da problemática da pesquisa.

Para discutir o conceito proposto, optamos por uma análise discursiva dos documentos institucionais que tratem da saúde mental, publicados pelo ministério da saúde no período da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira - entre seis de abril de 2001 até seis de abril de 2019 - totalizando 18 anos como série histórica para o estudo. A pesquisa documental é um tipo de pesquisa bibliográfica, que busca tanto os “documentos de primeira mão”, que ainda não receberam tratamento analítico, como arquivos públicos, de sindicatos, de partidos políticos, assim como cartas, diários, fotografias, ademais. Busca também os “documentos de segunda mão” que já foram analisados, como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, dentre outros (GIL, 2002).

Assim, a busca se deu por documentos contidos na base de dados do ministério da saúde, a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Foram incluídos os arquivos bibliográficos que contenham o descritor “Saúde Mental” na sessão título e “Ministério da Saúde” na sessão autor; publicados em português; compreendidos no período entre abril de 2001 a abril de 2019; arquivados na coleção de saúde mental. Foram excluídos os arquivos repetidos, aqueles que não estavam disponíveis para leitura integral e aqueles arquivos que unicamente fizeram referências aos materiais não bibliográficos, como notificações sobre mostras fotográficas ou filmes documentários, por exemplo. Os trabalhos selecionados foram submetidos a uma análise discursiva, a partir do objetivo de identificar os paradigmas que sustentam os discursos e a análise de como esses discursos se articulam com as práticas sociais.

### **3.2 Etapas da Pesquisa**

A pesquisa se deu em três etapas. A primeira etapa foi de categorização. Os textos coletados foram sistematizados de acordo com seu propósito e divididos em três categorias, com relação ao objetivo do texto. A primeira categoria sistematizou os documentos relativos à política e às legislações em saúde mental, além dos relatórios de fóruns, conferências e reuniões. A segunda categoria reuniu os textos destinados aos profissionais, como guias e manuais, além dos cadernos e instrumentos de avaliação pensados para fortalecer os serviços de atenção à saúde mental. E a terceira categoria reuniu os arquivos relativos às produções artísticas, ou de mídia, como mostras, catálogos e acervos, conforme figura 1.

Na segunda etapa, houve a leitura crítica do material selecionado. A leitura foi orientada pelo o eixo temático principal que são os aspectos conceituais, teóricos e epistemológicos em saúde mental. Foram observadas palavras que apontassem para os paradigmas e discursos que pudessem fundamentar os textos lidos, conforme figura 1. A partir da leitura, foram selecionados os trechos importantes para a etapa da análise discursiva.

Na terceira etapa foi realizada a análise discursiva, em que foram analisados não apenas os elementos textuais dos arquivos pesquisados, mas também aspectos não discursivos envolvidos no problema: ideologias, conjunturas, relações de poder, dentre outros. Para a análise textual foi estabelecido um diálogo teórico-metodológico entre o texto e as categorias analíticas da ACD: discurso, gênero e estilo. As categorias comparam a retórica dos textos com os recursos discursivos da linguagem. A construção de repertórios linguísticos, fundamental para compreensão das práticas discursivas, foi identificada a partir dos elementos, termos e figuras de linguagem que demarcam as construções de sentido, conforme figura 1.

### **3.3 Análise Discursiva**

Os dados coletados foram examinados através de uma análise discursiva. A análise tratou de uma intermediação entre o texto e seu contexto social. A análise discursiva é uma investigação de quais gêneros, discursos e estilos são utilizados e articulados nos textos. Discursos estão atrelados aos significados representacionais. Os discursos se concretizam através dos gêneros, que estão atrelados aos sentidos acionais, das ações. Eles se manifestam por meio do estilo, que guarda o significado identificacional. Assim, os gêneros e estilos (as ações e as identidades) estão representadas em discursos (RESENDE; RAMALHO, 2006).

#### ***3.3.1 Análise dos Discursos e Representações***

Baseando-nos em Resende e Ramalho (2006), analisamos os discursos por meio de cinco subcategorias: *representação*; *intertextualidade*; *representatividade*; *interdiscursividade* e *representação de atores sociais*. A representação é o primeiro recurso que pode dizer sobre o significado de um discurso. Diferentes discursos são diferentes representações do mundo. São diferentes perspectivas, modos de se posicionar no mundo e se relacionar com ele ou com outras pessoas. Essa relação pode ser de cooperação, de

competição ou de dominação. Identificar um discurso é perceber seus temas centrais e as perspectivas particulares representadas no texto. Essas perspectivas particulares são notadas por meio de traços linguísticos que lexicalizam diferentes vocabulários.

Já a intertextualidade diz sobre as vozes que compõe o discurso, mais precisamente quando a voz do enunciado se articula com outras vozes por meio da citação. Isto é, quando o texto traz elementos atualizados de outras fontes. A citação pode ser direta, indireta, resumida ou parafraseada. Seja para incorporar os elementos de outros textos, seja para a eles se opor. Representatividade, por sua vez, é uma categoria que observa quais vozes são incluídas ou não no discurso. A representatividade não é apenas uma questão de gramática, é na verdade um processo ideológico. Saber quais vozes são valorizadas e quais são depreciadas diz do engajamento do autor com o enunciado, se ele concorda, discorda ou polemiza outras falas citadas. A interdiscursividade trata da articulação de discursos heterogêneos no texto e o modo como ocorre. Por fim, a representação de atores sociais indica posicionamentos ideológicos em relação a esses autores. Observa se os personagens foram nomeados ou não, pois a nomeação indica valorização. O modo como foram designados, sendo este um processo dotado de sentido ideológico e político, filiado a determinado discurso. Observa também se os atores foram impersonalizados, por exemplo: “o manual afirmou”, em vez de “O profissional afirmou”. Ou se foram agregados em quantificações estatísticas, para produzir consenso (RESENDE; RAMALHO, 2006).

### 3.3.2 *Análise dos gêneros e ações*

Ainda com o pensamento de Resende e Ramalho (2006), temos a análise dos gêneros. Gêneros se articulam tal qual as práticas sociais, de modo que mudanças nas práticas ocasionam mudanças nos gêneros. Gêneros articulam a ordem e a configuração do discurso, regulando-o, mas não são uma estrutura fixa, ao contrário, são um potencial mutável e criativo. Essas mudanças são apontamentos de lutas hegemônicas.

A análise do gênero observa como o texto contribui para os eventos sociais, em interação com esses. Gêneros podem ter propriedades locais ou globais. Podem ter padrões de composição flexíveis ou rigorosos, podendo variar também o nível de abstração. Gêneros se dividem em *pré-gêneros e gêneros situados*. Os pré-gêneros são identificados como categorias mais abstratas que participam da composição dos gêneros situados, como por exemplo, a narração, descrição, argumentação, conversação, dentre outros. Os gêneros

situados são as categorias concretas de uma rede de práticas, a linguagem usada em sua performance, por exemplo, as reportagens ou a literatura de cordel. Os gêneros situados incorporam alguns pré-gêneros (RESENDE; RAMALHO, 2006).

### 3.3.3 *Análise dos estilos e das identidades*

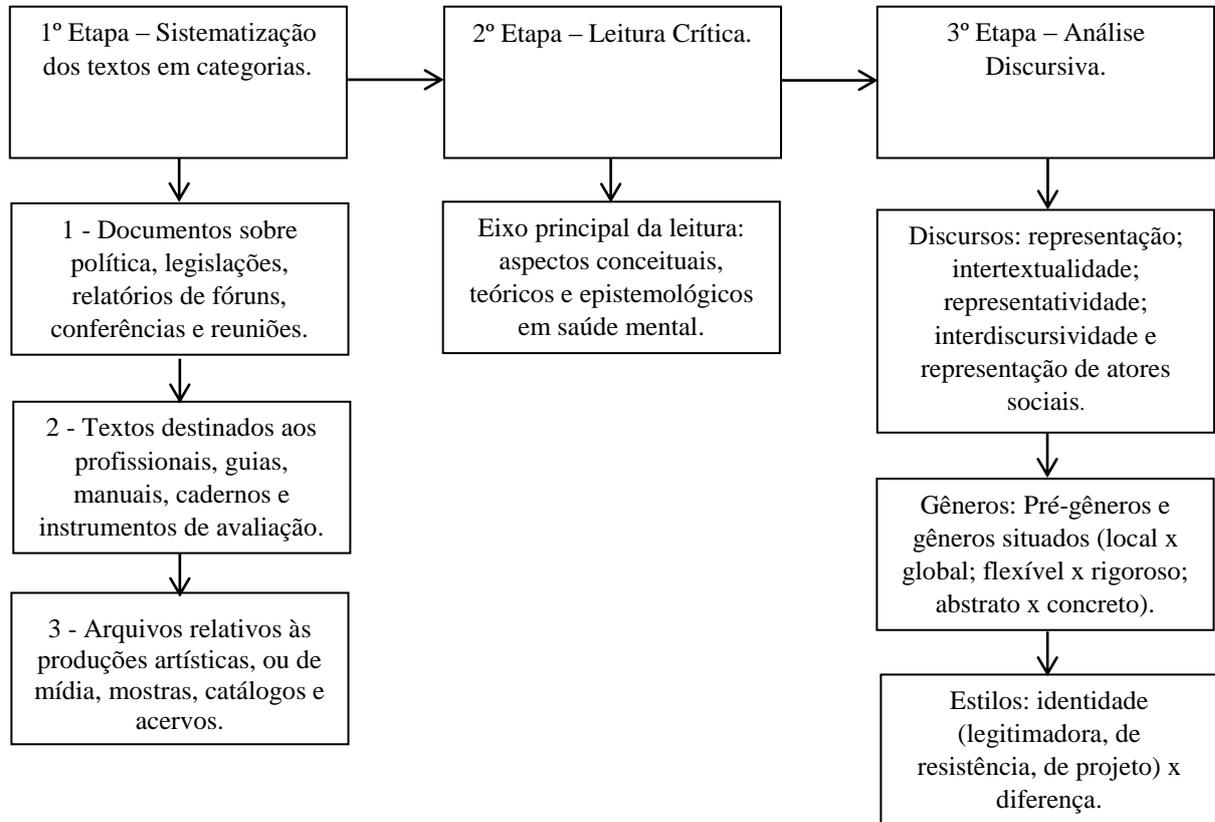
O significado do estilo no texto está associado à identidade, isto é, está relacionado à identificação dos atores sociais na produção discursiva. Esse processo de identificação engloba os efeitos constitutivos do discurso e deve ser entendida também como um processo dialético, uma vez que os discursos e as identidades estão conectados. Identidades, sejam quais forem, são construídas e determinam um conteúdo simbólico. Para compreender melhor o que seria *identidade*, é possível resgatar o conceito de *diferença*, pois ambos são determinados mutuamente, uma vez que são atos de criação linguística do mundo social, produzidas no discurso. Tanto a identidade quanto a diferença são construções simbólicas, inseridas em um campo de lutas e relações de poder, traduzindo conflitos entre grupos e legitimando sistemas que lhe dão suporte. Essa classificação ocorre baseada em um processo de valoração (RESENDE; RAMALHO, 2006).

Uma questão importante é investigar sobre o embate discursivo entre identidades. Essas podem ser pensadas através de três modalidades: legitimadora; de resistência; e de projeto. A identidade legitimadora é aquela em que determinadas instituições legitimam um tipo de dominação. A identidade de resistência aponta para aquela em que atores desprivilegiados resistem à dominação. E identidade de projeto em que os atores sociais lutam para redefinirem sua posição social, implicando uma mudança. Pode haver fluxo discursivo com relação aos tipos de identidade. Desse modo, é necessário observar as construções identitárias, sua estabilização ou subversão (RESENDE; RAMALHO, 2006).

Na pesquisa, Resende e Ramalho (2006) sugerem que a avaliação da identidade e da diferença, devem ser associadas a um processo valorativo – aquilo que é desejável, ou não, relevante, ou não. Desse modo, serão observados os atributos, adjetivos, advérbios, verbos, sinais de exclamação, além da intensidade desses, se são ruins, bons, excelentes e se tem alta ou baixa afinidade, se são transparentes no texto ou se estão em um nível mais profundo – se são presumidos, observando, inclusive, as formações discursivas afetivas, por exemplo: “ele odeia você”. Outro aspecto a ser observado na pesquisa é com relação ao engajamento do autor com a modalidade do texto, se ele se compromete com suas proposições, ou se o autor

não deixa explícito seu comprometimento subjetivo, defendendo perspectivas universais ou parciais.

Figura 1 – Etapas da pesquisa.

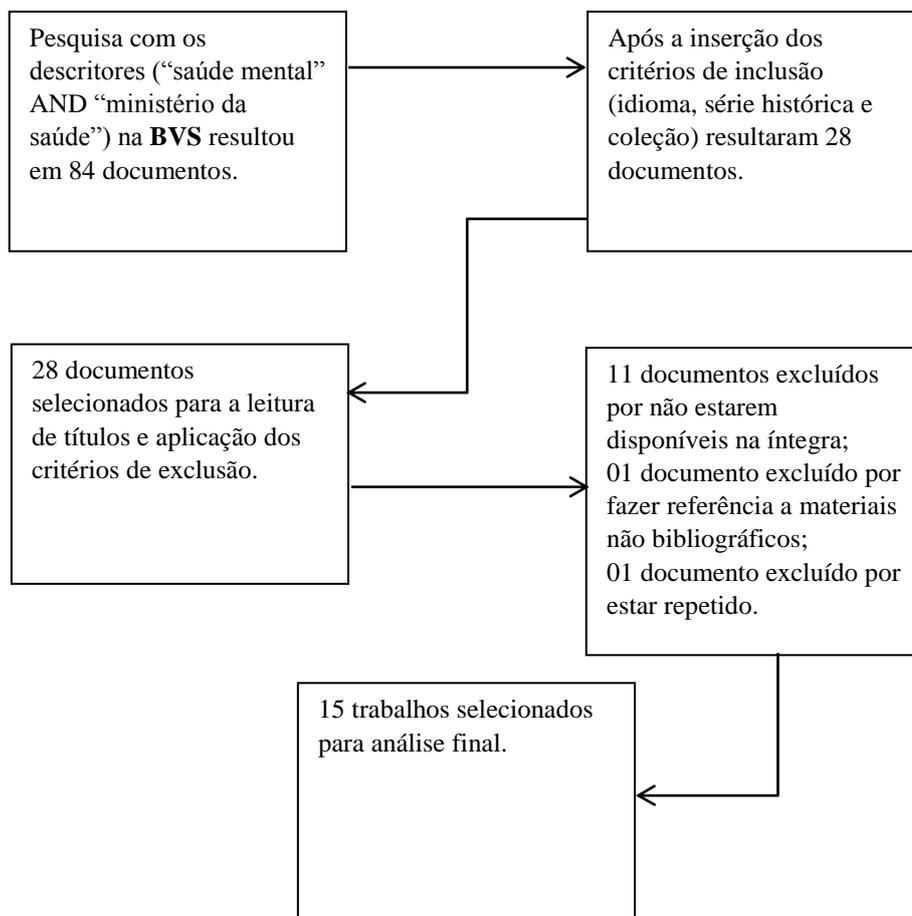


Fonte: autores.

## 4 RESULTADOS

Realizada em julho de 2019, a busca através dos descritores “Saúde Mental” e “Ministério da Saúde” na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS resultou em 84 documentos. Foram selecionados apenas os que estavam disponíveis em português, publicados entre abril de 2001 a abril de 2019, arquivados na coleção de saúde mental. Da inclusão desses critérios, resultaram 28 documentos. Foram excluídas 11 obras que não estavam disponíveis para leitura integral, uma obra que fez referências a materiais não bibliográficos e outra que se repetia. Dessa forma, 15 trabalhos foram selecionados para a análise discursiva, conforme figura 2.

Figura 2 - Artigos selecionados para análise após critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: Autores

#### 4.1 1º Etapa – Sistematização dos eixos em categorias

Dos 15 trabalhos selecionados, cinco pertenciam à primeira categoria: documentos relativos à política e às legislações em saúde mental, como relatórios de fóruns, conferências e reuniões. Na segunda categoria, foram reunidos nove trabalhos que eram destinados aos profissionais, como guias e manuais, cadernos e instrumentos de avaliação. E na terceira, apenas um trabalho estava voltado para produções artísticas, como catálogos e acervos.

Quadro 1 – Caracterização dos documentos estudados

Nr o.	Nome do Arquivo	Ano de Publicação	Autores	Categorização
01	Legislação em saúde mental 1999-2001 – 2. ed. revista e atualizada.	2001	Centro Cultural da Saúde, em parceria com o Instituto Franco Basaglia e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério Saúde	1 - Documentos relativos às políticas e às legislações em saúde mental.
02	Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.	2005	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	1 - Documentos relativos às políticas e às legislações em saúde mental.
03	Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.	2007	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	1 - Documentos relativos às políticas e às legislações em saúde mental.
04	Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.	2010	Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.	1 - Documentos relativos às políticas e às legislações em saúde mental.
05	Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: recomendações de 2005 a 2012.	2014	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática.	1 - Documentos relativos às políticas e às legislações em saúde mental.
06	Guia para Profissionais de Saúde Mental/Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva.	2002	Cláudio Gruber Mann, Suely Brochado de Oliveira e Cláudia Simone dos Santos Oliveira.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.

07	Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental.	2003	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
08	Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.	2004	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
09	Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.	2005	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
10	Cadernos de Atenção Básica, nº34 – Saúde Mental.	2013	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
11	Cadernos Humaniza SUS – volume 5 – saúde mental.	2015	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
12	Direito é Qualidade - Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.	2015	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
13	Direito é Qualidade - Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social - Ferramenta para entrevistas.	2015	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
14	Direito é Qualidade - Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social - Ferramenta de análise de documentação e observação.	2015	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.	2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais.
15	Exposição Fotográfica Saúde Mental: Novo Cenário, Novas Imagens – Programa de Volta para Casa. Cartilha de Monitoria.	2009	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.	3 - Catálogos ou acervos referentes às produções artísticas.

Fonte: Autores

#### 4.2 2º Etapa – Leitura crítica

A Leitura crítica do material ocorreu no período de agosto a outubro de 2019. Durante a leitura, realizamos fichamento e anotações referentes ao material abordado para compor as análises discursivas.

### 4.3 3º Etapa – Análise discursiva

#### 4.3.1 Documentos relativos às políticas e às legislações em saúde mental.

O primeiro texto estudado foi o documento intitulado: “Legislação em Saúde Mental - 1999 – 2001” (BRASIL, 2001). O arquivo traz diversas leis federais e estaduais, além de portarias do Ministério da Saúde, dentre outros. São publicações percussoras da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que dão um sentido histórico para as transformações políticas em saúde mental e como elas eram representadas pelas legislações. Com relação à intertextualidade, os temas centrais abordados são históricos, políticos e legislativos. A maioria versa sobre assistência em saúde mental, seu financiamento e formas de concretização. Por se tratarem de leis e decretos, não há citações. A representatividade é marcada pelas vozes de políticos ou instâncias políticas, já que são assinados por presidentes, governadores, ministros da saúde, dentre outros personagens associados a cargos de gestão. A interdiscursividade dos textos se relaciona com o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, esse material é considerado percussor da Lei 10.216/2001. Os atores representados são os entes que compõe a rede de assistência em saúde mental, como gestores, usuários, familiares e profissionais. O gênero situado é composto por leis, decretos e textos legislativos, enquanto que os pré-gêneros podem ser entendidos como descritivos. O documento apresenta uma identidade de projeto, já que os textos trazem mudanças a serem implementadas.

O segundo documento foi: “Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (BRASIL, 2005b). O texto faz um grande apanhado histórico sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, levando em consideração a política de saúde mental construída no Sistema Único de Saúde - SUS, o processo de desinstitucionalização e a construção de uma rede de atenção em saúde mental pública e comunitária. O tema central do arquivo é trazer a representação da perspectiva histórica da Reforma Psiquiátrica brasileira e sua articulação com o SUS. Com relação à intertextualidade, o documento cita muitos dados e informações de órgão considerados relevantes, como o Ministério da Saúde ou do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. É escrito de forma impessoal e técnica. O gênero é de relatório e os pré-gêneros podem ser percebidos como históricos, informativos ou descritivos. O relatório faz referência a determinados atores políticos, como Luís Inácio Lula da Silva, à época presidente.

O terceiro documento é intitulado de: “Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção - Relatório de Gestão 2003-2006” (BRASIL, 2007). O texto traz os avanços e as dificuldades da implantação da política de assistência à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, seguindo as determinações da lei 10.216/2001 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, além de outras conferências nacionais de saúde, no período entre 2003 e 2006. O discurso é histórico e traz como principal pauta as ações do Ministério da Saúde, os investimentos realizados para a mudança do modelo de atenção e as ações e estratégias implementadas. São citadas algumas instâncias políticas e de controle social que compunham o colegiado de Coordenadores de Saúde Mental, assim como são citados dados do Ministério da Saúde e das coordenações de Saúde Mental. Também é citado o governo do presidente Lula como apoiador de estratégias como os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, dentre outras articulações. O gênero é de relatório e os pré-gêneros são históricos, descritivos e informativos.

O quarto arquivo é nomeado de: “Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental” (SUS, 2010). Trata-se de um relatório das deliberações ocorridas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em julho de 2010, cujo tema foi “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O documento é dividido em três eixos, que espelham os eixos de discussão e debates do evento: “Eixo I - Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais”; “Eixo II - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais”; e “Eixo III - Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial”. O documento foi escrito pelo coletivo de pessoas que fizeram parte da conferência nacional e das conferências regionais e municipais prévias. Logo, tem a voz de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde mental. Há a estimativa de que 46.000 pessoas tenham participado das três etapas do processo, consolidando a participação popular e a representação democrática do documento. Esse traz inúmeras pautas e reivindicações acerca da política de saúde mental, seus serviços, estratégias, responsabilidades e desafios. O texto tem por gênero situado o relatório, mas em sua leitura se percebe o caráter de pauta e de debate através dos aforismos pelo qual é composto. Por ser muito amplo, acaba se repetindo em alguns pontos, além de citar muitos personagens. O principal discurso encontrado é o de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O quinto documento estudado foi o “Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil – Recomendações de 2005 a 2012” (BRASIL, 2014). Esse arquivo traz uma

coletânea de textos que compõe algumas recomendações, declarações de reuniões e cartas dos fóruns de saúde mental infantojuvenil realizado entre 2005 e 2012, nas cidades de Curitiba, Salvador, Brasília e Rio de Janeiro. O discurso proposto vem dos representantes do fórum, instituições governamentais e não governamentais que escreveram sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. O documento faz citações indiretas e impessoalizadas a documentos como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – e a Organizações não governamentais relacionadas à infância e à saúde mental. O gênero situado é de relatório, os pré-gêneros são de carta e recomendações.

#### ***4.3.2 - Guias ou manuais destinados aos profissionais***

O sexto documento é intitulado: “Guia para Profissionais de Saúde Mental - Sexualidade e DST/Aids: Discutindo o Subjetivo de Forma Objetiva” (MANN; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2002). Trata-se de um guia sobre sexualidade e Aids destinado a profissionais de Saúde Mental, publicado em uma parceria do Instituto Franco Basaglia com o Ministério da Saúde. O guia traz diversas orientações para profissionais de saúde mental na lida com usuários com Aids e outras infecções. Algumas nomenclaturas representadas pelo texto estão atualmente em desuso, como Doenças sexualmente transmissíveis – DST, agora entendidas pela comunidade técnico-científica da área da saúde como Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST. Também faz referências aos portadores de transtornos psiquiátricos ou portadores do vírus HIV. A palavra “portador” vem sendo questionada, fato que aponta para o desenvolvimento da linguagem e suas formas de representação. O texto tem muitas referências filosóficas e científicas sobre temas afins como saúde mental, sexualidade, dentre outros. A linguagem é informativa e reflexiva. O pré-gênero é a dissertação e o gênero situado é o formato de guia. O estilo do texto aponta para uma identificação com a Reforma Psiquiátrica brasileira e a prática clínica.

O sétimo texto se refere ao Caderno do Aluno de Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem, intitulado: “Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental” (BRASIL, 2003). Esse é um instrumento pedagógico formulado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que fez parte do Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, em 2003. O caderno foi destinado aos profissionais de enfermagem, em especial os profissionais técnicos de enfermagem. O conteúdo faz parte de

uma iniciativa do Ministério da Saúde para desenvolvimento dos profissionais, fortalecendo o debate sobre as relações entre ensino, serviço e gestão do SUS na proposta de educação permanente. O texto de apresentação foi assinado, pelo então Ministro de Estado Humberto Costa. O texto é representativo do Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz. O conteúdo técnico-científico e informativo e traz importantes pontuações sobre o campo epistemológico da saúde mental e referencia outros textos da área. O gênero pode ser entendido como livro didático.

O oitavo documento é nomeado de “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004). É um manual explicativo sobre os CAPS, destinado a gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS. Traz informações a cerca da origem dos CAPS, de como se deu seu desenvolvimento no Brasil, sobre como ocorre a participação dos usuários e familiares, além de outros tópicos técnicos sobre os tipos de CAPS, a quantidade e especificidade de trabalhadores, a assistência farmacêutica, da relação com a rede de saúde, dentre outros. O texto coloca o dispositivo como um equipamento substitutivo, agenciador da Reforma Psiquiátrica brasileira. Também tem sua apresentação assinada pelo então Ministro Humberto Costa. Os pré-gêneros podem ser interpretados como informativo e o gênero situado como manual. Não traz citações diretas de autores específicos, apenas dados numéricos fornecidos pelas Coordenadorias de Saúde Mental.

O nono arquivo se chama “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005a). Na BVS há duas edições desse texto com formatações diferentes, porém não interferindo no conteúdo escrito que permanece o mesmo. Esse é um documento referente ao Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil. Poderia ter sido classificado como um documento de legislação, mas por trazer também textos reflexivos e discursivos, assinados por autores específicos, achamos de melhor tom avaliá-lo como um documento de instrução e não apenas como um relatório. O texto traz interessantes abordagens históricas acerca do desenvolvimento nos modos de compreensão da saúde mental infantojuvenil, problematizando as formas de atenção e cuidado a esse público. Alguns textos foram escritos por autores como Luciano Elia, Neli Maria Castro de Almeida, Irene Rizzini, entre outros. Também há muitas citações de autores distintos. Seu gênero é misto, traz aspectos de diretrizes e políticas, além de textos argumentativos.

O décimo texto são os “Cadernos de Atenção Básica, nº 34 - Saúde Mental” (BRASIL, 2013). Esse é um manual bastante complexo que traz diversas questões acerca da abordagem dos profissionais da atenção básica com relação à saúde mental. Em uma

perspectiva didática e reflexiva, aborda ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas. Seu objetivo é compartilhar conhecimento através de histórias que são problematizadas, fazendo com que o leitor pense a respeito das questões discutidas. É um material voltado especialmente para profissionais, construído por outros profissionais. Tem pré-gêneros narrativos, argumentativos e de instrução e tem o gênero situado de livro didático. Cita diversos autores e personagens, testes e formulários de diagnóstico. Seu discurso traz aspectos valorativos sobre a atuação desejada para profissionais de saúde.

O décimo primeiro documento, intitulado de: “Cadernos HumanizaSUS – saúde mental”, em seu 5º volume (BRASIL, 2015a) é um conjunto de artigos, relatos de pesquisa e experiências em debate que correlacionam a Política Nacional de Humanização – PNH – e a reforma psiquiátrica brasileira, na tentativa de sistematizar experiências e debates relevantes no contexto da saúde pública e do SUS e da construção da rede de atenção psicossocial. O discurso representado é múltiplo e composto pelos vários autores que construíram e vivenciaram experiências em saúde mental, a partir de ações de resistência e enfrentamento para consolidação do modelo. Por se tratar de muitos textos, escritos por autores diversos, o arquivo tem uma rica intertextualidade, citando muitas referências. Com relação à representatividade, há uma riqueza de vozes plurais narrando experiências e pensamentos interdiscursivos. Muitos atores sociais são representados, há textos escritos por autores de vários estados brasileiros, há inclusive artigos dando visibilidade a saúde mental de povos indígenas, geralmente não representados em suas especificidades. Em geral, narração, descrição e argumentação são os pré-gêneros recorrentes, enquanto que o formato de divulgação científica é o gênero situado. O texto é bastante identificado com a proposta da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental como responsabilidade do SUS no Brasil.

O décimo segundo, décimo terceiro e décimo quarto documentos são uma coletânea denominada de “Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social” (BRASIL, 2015b), distribuídos em três volumes. O primeiro volume faz uma introdução ao Kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS, quem pode utilizá-lo, como as avaliações podem ser realizadas e explica a prática da saúde mental orientada para Recovery, uma prerrogativa da OMS para assistência em saúde mental baseada na recuperação da saúde e da cidadania. O segundo volume é intitulado “Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social - Ferramenta para entrevistas” (BRASIL, 2015c) e o terceiro se chama “Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da

qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social - Ferramenta de análise de documentação e observação” (BRASIL, 2015d). Os três volumes trazem diversas ferramentas para avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental, há ferramentas para conduzir entrevistas com usuários do serviço, familiares, cuidadores e profissionais. Há também ferramentas para analisar a documentação e observação dos serviços e ferramentas para auxiliar as equipes de avaliação na consolidação e apresentação de seus resultados, conclusões e recomendações. As publicações são uma parceria do Ministério da Saúde com a OMS. O discurso representado pela OMS é o da recuperação – *recovery* – em saúde mental como uma oportunidade de acesso aos serviços. Traz uma interdiscursividade com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O pré-gênero é de argumentação e de instrução e o gênero situado é o de ferramenta metodológica.

#### ***4.3.3 Catálogos ou acervos referentes às produções artísticas***

O décimo quinto documento se chama “Exposição Fotográfica Saúde Mental: Novo Cenário, Novas Imagens - Programa De Volta para Casa - Cartilha de Monitoria” (BRASIL, 2009). Esse texto é uma coletânea de fotografias e textos que narram a história da saúde mental no Brasil, recontando como ocorria antes o tratamento no hospital psiquiátrico de Barbacena e como se deram as iniciativas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em especial o Programa De Volta para Casa, que impactou a vida de mais de 2.500 usuários. A exposição denominada “Da Casa da Loucura” retrata a vida dos ex-moradores do hospital, advindos de longas internações psiquiátricas, que foram atendidos pelo Programa De Volta para Casa para reintegração social. O discurso central é a defesa do Programa De Volta para Casa e as estratégias da Reforma Psiquiátrica brasileira. A voz do narrador compõe o discurso recontando as histórias de ex-internos, trazendo-as em terceira pessoa. Os personagens são nomeados e valorizados. O pré-gênero narrativo e fotográfico compõe o gênero de acervo. Há um rico conteúdo simbólico que aponta para melhorias na vida dos personagens.

## 5 DISCUSSÃO

A pergunta “o que é?” é uma questão do campo da metafísica. A metafísica se pergunta se uma coisa ou ideia podem mudar e ainda assim permanecerem as mesmas, qual seria a essência e o princípio imutável de um ser. Esse campo filosófico se pergunta se é possível existir um conceito primordial que permaneça inalterado com as transformações do tempo e da história. Vem do filósofo grego Platão o pensamento de que uma ideia é uma forma inteligível, imaterial, que constitui o mundo verdadeiro em detrimento ao mundo das coisas que é falso e enganador. Uma ideia é o que é, ela existe como um conjunto de qualidades imutáveis, essenciais. O verbo “ser” ou se refere à propriedade de existir ou se refere a uma qualidade do ente. A ontologia é o campo responsável por estudar o ente, o ser que existe. É papel da filosofia conhecer que ideias são, que existem e conhecer também suas qualidades ou propriedades essenciais (CHAUÍ, 2008).

Quando nos propomos questionar o conceito de saúde mental, de certa forma, nos propomos um problema metafísico. Entender uma ideia a partir daquilo que nela permanece é um embate filosófico. Causa estranheza juntar as palavras “saúde” e “mental” justamente por isso, por que se referem a conceitos metafísicos distintos. Saúde diz respeito ao corpo, ao palpável e mental diz respeito ao subjetivo, ao etéreo. Nessa linha de raciocínio, seria impossível palpar o pensamento ou as ideias. Descartes foi um pensador fundamental na consolidação da divisão entre corpo e mente, com sua formulação “*cogito ergo sum*” – “penso, logo existo”, fundamentando a racionalidade científica do método filosófico (CHAUÍ, 2008).

Diferentes pensadores contribuíram para a produção desse modo de ver o homem e para a produção desse dualismo mente/corpo que não nos ajuda a intervir eficazmente no processo de saúde-doença. O filósofo Descartes, conhecido como o “fundador da filosofia moderna”, dizia que mente e corpo se tratavam de duas substâncias diferentes. Platão, muito antes, separava o mundo da matéria, onde tudo é mutável, imperfeito e perecível, do mundo das ideias, que são eternas, perfeitas e imutáveis. E hoje, esse tipo de visão de mundo se manifesta quando dizemos que “fulano não tem nada, é psicológico”. Logo, não é de se surpreender que exista uma enorme dificuldade para que a relação entre estes dois campos se configure em um campo de produção conjunta. Na prática, quem lida com um não lida com o outro. (BRASIL, 2013, p. 29).

Por outro lado, Foucault (2017) tece uma crítica à busca da metafísica por encontrar a identidade primeira das coisas, seu segredo essencial. Para o autor, a genealogia é a estratégia que investiga a história entendendo que não há verdade absoluta ou princípio imaterial guiando os fatos e acontecimentos, não há uma razão ou finalidade na história, apenas os episódios, os disparates e as disputas pelo poder. Nessa linha de raciocínio, o

conceito de saúde mental sofre as intempéries e transformações históricas, políticas e científicas, tornando impossível chegar a uma verdade universal sobre um conceito.

Apesar disso, percebemos, de forma conflituosa, esses distintos modos de compreensão filosófica na nossa tentativa de conceituar saúde mental. Formular um conceito é uma operação metafísica, desconstruí-lo é uma operação genealógica. Como se chegar a algo palpável, lógico, utilitarista, quando existem diversas disputas políticas em torno de sua constituição ao longo da história? Sendo assim, as discussões aqui empreendidas se dão também no campo da problematização dialética. Trabalhamos a partir dessa dissonância para debater as “essências construídas” acerca do nosso objeto de estudo a partir dos documentos estudados.

### **5.1 O que é Saúde mental?**

Alguns dos documentos analisados tentaram definir saúde mental, todavia, outros a julgaram como uma ideia dada, que não necessita explicação. Tomamos aqui, algumas das publicações que trouxeram elaborações acerca do tema. O texto intitulado: “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (BRASIL, 2005b) e o texto “Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010” (BRASIL, 2010) afirmaram a relação entre o campo da saúde com o campo da saúde mental:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2005b, p. 33).

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (BRASIL, 2010, p. 9).

As propostas assinalam a indissociabilidade entre saúde e saúde mental, assim como reconhecem especificidades de cada campo e as determinações sociais de ambas (BRASIL, 2010, p. 57).

Logo, qualquer tipo de adoecimento também é do campo da saúde mental, mas os problemas de saúde mental são de muitos campos, ultrapassando a esfera da saúde e se

associando a outras áreas como a justiça, a educação, a assistência social, dentre outros. O campo da saúde mental é percebido como algo amplo, está no campo da saúde, mas o ultrapassa, sendo multideterminado.

A obra “Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental” (BRASIL, 2003) faz uma reflexão sobre a troca do termo “enfermagem psiquiátrica” por “saúde mental”. Aqui, saúde mental é descrita como uma área do conhecimento associada não apenas ao adoecimento mental, mas à prevenção, promoção e reabilitação em saúde.

Falar em Saúde Mental é muito mais do que uma troca de termos; inclui uma diferença de critérios, da doença – foco central da Psiquiatria – para a saúde. [...] O termo Saúde Mental se justifica, assim, por ser uma área de conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde, preocupando-se em reabilitar e reincluir o paciente em seu contexto social (BRASIL, 2003, p. 14)

Notamos aqui uma elaboração sobre o conceito de saúde mental como um campo do conhecimento, associada à prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, em detrimento da doença.

Aprofundando o tema, o artigo “A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje” (FONSECA; JAEGER, 2015) contidos nos “Cadernos Humaniza SUS - volume 5 - saúde mental” (BRASIL, 2015a) fala sobre o processo de psiquiatrização do devir humano, como uma produção que cria conceitos filosóficos, funções científicas, e situações estéticas de percepções e afetos que justificam os agenciamentos das doenças mentais. As autoras colocam que o poder psiquiátrico, anteriormente, era apenas do campo da medicina, mas com o advento da saúde mental, se transforma e se difunde não só no campo da saúde, como em outras esferas do saber.

Até pouco tempo, o poder psiquiátrico parecia ter um domínio próprio, território pronto onde era permitido dizer quem era louco e não louco. O campo da saúde mental vai desterritorializar este domínio e reterritorializá-lo, de modo ampliado, a novos domínios da prevenção, da promoção, da reportação à doença mental em nome de uma saúde mental. Os procedimentos psiquiátricos passam a fazer parte de vários domínios do conhecimento: da educação, da justiça, do trabalho... (FONSECA; JAEGER *In* BRASIL 2015a, p. 30).

Todavia, mesmo encontrando algumas afirmações positivas sobre a saúde mental, a maioria dos textos ainda a define pelo seu negativo, pela sua ausência ou pelo adoecimento. Encontramos muitas palavras e expressões utilizadas para descrever o adoecimento mental, aqui estão alguns dos que mais se repetiram: sofrimento psíquico; transtorno mental (transtornos da saúde mental; transtornos psíquicos; transtornos mentais severos e persistentes; transtornos mentais comuns; transtornos psicossociais; transtornos

comportamentais; transtornos em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.); além do termo deficiência. A publicação “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” traz um glossário no qual define “transtornos mentais = doença mental, sofrimento psíquico” (BRASIL, 2004, p. 49) entendendo-os como sinônimos. Outros títulos, no entanto, trouxeram diferenciações.

### ***5.1.1 O sofrimento psíquico/sofrimento mental***

Os “Cadernos de Atenção Básica, nº34 – Saúde Mental” (BRASIL, 2013) concebem uma definição acerca do sofrimento psíquico/sofrimento mental. No texto há uma crítica à visão científica e biomédica da saúde, aqui o sofrimento é tido como subjetivo e não fisiopatológico. Pessoas sofrem e não apenas seus corpos: “Saúde Mental, portanto, não será abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas [...]” (BRASIL, 2013, p. 14). Desse modo, o sofrimento psíquico é algo mais amplo, não está necessariamente associado a um determinado diagnóstico ou doença mental, mas se dá de forma singular, sistêmica e multidimensional, é uma ameaça da ruptura da integridade e identidade da pessoa.

[...] existem pessoas que sofrem e não estão doentes (ou enfermas), e muitas podem estar gravemente doentes (e enfermas) e mesmo assim não sofrer. [...] o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área de Saúde (BRASIL, 2013, p. 29).

Nessa perspectiva, sofrimento psíquico não se iguala a doença, mas pode contê-la. Os Cadernos de Atenção Básica de Saúde Mental defendem que não há uma definição clara sobre o que é patológico, considerando como incertas as categorias diagnósticas e apontando a ausência de marcadores biológicos com utilidade clínica. Nesse caso, considerar uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) e nomeá-la a partir de um transtorno mental pode aumentar o sofrimento das pessoas por conta do estigma e do preconceito.

Primeiro erro, doença mental faz pensar em causa genética, hereditária, que determina e limita as possibilidades da vida para a pessoa. Isso simplesmente não é verdade para as formas mais frequentes de sofrimento mental (...). [...]. Segundo erro, associar a ideia de doença a um julgamento moral sobre a pessoa. Muitos dizem que o deprimido, ou o alcoólatra, é no fundo um fraco. Ou, no sentido inverso, é comum taxar um criminoso violento de doente mental (esquizofrênico, drogado) (BRASIL, 2013, p. 90).

A concepção teórica que permite perceber a pessoa e não o adoecimento é fruto do pensamento de Franco Basaglia e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propôs colocar a

doença entre parêntesis e perceber o sujeito que sofre, indo além dos preconceitos e estigmas que envolvem a condição da doença mental e da loucura.

Porém, compreendemos sobremaneira que o sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente (BRASIL, 2013, p. 15).

No entanto, mesmo considerando o aspecto subjetivo do sofrimento, os “Cadernos de Atenção Básica, nº34 – Saúde Mental” ainda se remetem a uma classificação diagnóstica, apontando a Classificação Internacional da Atenção Básica - Ciap-2 - e a Classificação Internacional das Doenças - CID-10, compreendendo o sofrimento mental comum pelos sinais de tristeza, ansiedade, medo, desânimo, irritabilidade, dificuldade de concentração, mudança no sono e apetite, alterações gástricas e intestinais, dores, cansaço, tontura, palpitações, entre outros, bastante conhecidos como sintomas depressivos, ansiosos e de somatização (BRASIL, 2013). Essa classificação de sinais e sintomas é uma prerrogativa daquilo que se entende por transtornos, como veremos a seguir.

### ***5.1.2 Os transtornos mentais/transtornos psiquiátricos***

O texto “Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental” (BRASIL, 2003) considera o termo transtorno mental partindo do CID-10 e usando como critério os sinais e sintomas de cada quadro. Esse modelo não se preocupa em explicar as causas dos transtornos. Segundo o documento, seu objetivo é uniformizar a linguagem dos profissionais, portanto usa o termo transtorno, entendendo que doença mental pode ser alvo de discriminação.

Nessa revisão, foi usado o termo transtorno ao invés de doença ou distúrbio, como antes aparecia, a fim de evitar os problemas inerentes a esses termos, tais como a discriminação. Transtorno é, assim, usado para definir um conjunto de sintomas que geralmente envolvem sofrimento pessoal e interferência nas funções que o indivíduo necessita exercer em sua vida. O transtorno mental precisa ser identificado para que possa receber tratamento adequado (BRASIL, 2003, p. 56).

Transtorno é, portanto, um conjunto de sinais e sintomas descritos a partir de um manual de classificação psiquiátrico. Aqui vale explorarmos um pouco mais a influência da psiquiatria no processo de constituição da doença mental.

Voltando ao artigo “A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje” (FONSECA; JAEGER, 2015), as autoras colocam como o poder psiquiátrico se constituiu a

partir da psiquiatrização da infância, em uma busca para demarcar evidências de anormalidade no desenvolvimento infantil. Esse processo se deu a partir de uma elaboração teórica sobre a idiotia, o atraso e a doença mental que agenciou o exame, não apenas as crianças com “desvios”, mas de todas as crianças. Todas elas foram examinadas na procura desses sinais de adoecimento, tomando o adulto como norma de desenvolvimento.

De modo similar, a publicação “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005a), nos “Textos da I reunião temática - Exortação às Mães: uma Breve Consideração Histórica sobre Saúde Mental Infantil no Brasil” de Schechtman (2005) há uma abordagem histórica acerca de como as instituições psiquiátricas se legitimaram como reguladoras do espaço social, a partir da construção de um saber psiquiátrico preventivo aplicado na infância. A higiene mental, enquanto moral universal, se propõe um trabalho educativo para orientar as famílias. Saúde mental é sinônimo de ajustamento e adequação social. O autor recupera o primeiro número dos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1925, para ilustrar o interesse nas questões de saúde mental infantil.

“Exortação às Mães”: “Estás certa de que teu filho não possui nenhuma predisposição nervosa? A criança normal é geralmente alegre, sorridente, ativa, chora pouco e gosta de brincar. Se o teu filho é tristonho e apático, ou excessivamente excitado e brigão, se chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma criança doente e infeliz (...) Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? É teimoso, pugnaz, exaltado? Cuidado com esses prenúncios de constituição nervosa. Teu filho tem defeitos na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber sua verdadeira causa. Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo. Teu filho é mentiroso ou tem o vício de furtar? Trata-o sem demora, se não quiseres possuir um descendente que te envergonha. Teu filho tem muitos tiques ou cacoetes? É um hiperativo. Procure evitar a desgraça futura do teu filho, que poderá ser candidato ao suicídio. Teu filho pouco progride nos estudos? Antes de culpar o professor, submete-o a um exame psicológico. Conhecerás então, o seu nível mental, o seu equilíbrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida. Lê e reflete. A felicidade do teu filho está em grande parte nas tuas próprias mãos. Não esperes, portanto, que o teu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental; submete-o quanto antes, a um exame especializado, a fim de que, amanhã, não te doa, nem de leve, a consciência (SCHECHTMAN *In* BRASIL 2005a, pp. 27-28).

Na época, a eufrenia era definida como a “ciência da boa formação do psiquismo” e se subdividia em genealógica e médico-pedagógica. A Clínica de Eufrenia atuaria na formação da mente infantil, atendendo crianças dos primeiros meses de vida até os 12 anos de idade (SCHECHTMAN, 2005).

Por isso Fonseca e Jaeger (2015), influenciadas pelo pensamento de Foucault, chamam atenção para o fato de que a psiquiatria não busca uma cura ou tratamento, mas se

fixa em classificar e controlar os comportamentos anormais em nome da medicalização e da proteção da sociedade.

Ao se dar o direito de desconsiderar a doença e de relacionar o estado de anormalidade a uma degeneração, a Psiquiatria não mais se atribui a exigência de curar. Efetua simplesmente a função de proteção e de ordem contra os degenerados [...]. Todo um maquinismo 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. A Psiquiatria (a educação, o trabalho, o lazer...) assume a função de defesa da sociedade contra seus perigos (FONSECA; JAEGER *In* BRASIL 2015a, p. 32).

Sendo assim, para as autoras citadas, tanto o uso do termo sofrimento psíquico ou do termo saúde mental implicam em uma normalização disciplinar em que há o risco de dominação e controle sobre a vida das pessoas.

Da mesma forma, ao utilizarmos palavras como controle social, sofrimento psíquico, humanização dos tratamentos, incapacidade laboral, saúde mental, desestigmatização da doença de forma generalizada, corremos o risco de nos inscrevermos cada vez mais no maquinismo da ordem estatal dos poderes intercalados de soberania, de normalização disciplinar e segurança e de controle. Por intermédio de uma rede de cuidados estatais, somos capazes de alcançar os mais íntimos espaços para dominar, controlar e decidir questões sobre a vida das pessoas (FONSECA; JAEGER *In* BRASIL 2015a, pp. 31-32).

Por outro lado, o arquivo “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005a), mais especificamente o texto “A rede da atenção na Saúde Mental – articulações entre CAPS e ambulatórios” (ELIA, 2005), discute sobre como foram positivas as transformações operadas pelos CAPS, enquanto serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. No entanto, passado um tempo de todas as transformações estruturais, foi necessário reconhecer que a doença mental existe enquanto positividade e que não é apenas fruto do estigma e da exclusão. Com isso, o tratamento não significa apenas assegurar a cidadania dos usuários, mas perceber seu funcionamento próprio.

Tal situação, contudo, não poderia durar muito tempo. A lua-de-mel acabou, e, passado algum tempo, verifica-se duramente que não é bem assim, que a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural, que não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão. Tratar, portanto, não será simplesmente incluir e resgatar a cidadania perdida dos ditos usuários, porquanto esses começarão a fazer valer a positividade de sua posição subjetiva, digamos corajosa e não preconceituosamente louca. Utilizo aqui a categoria de positividade no sentido de Foucault: há uma positividade na loucura, ela é uma posição discursiva. Utilizo também a referência psicanalítica à estrutura, que não tem a mesma base do pensamento de Foucault (e até a ele se opõe em alguns aspectos), mas que não lhe é tão antitética quanto muitas vezes se quer fazer crer. Na perspectiva da estrutura, a loucura não se reduz a mero efeito da exclusão social, ela se sustenta como um funcionamento próprio, irredutível a outros. Uma das conclusões a que podemos

chegar é que a doença mental tem que ser reconhecida como tal, com sua positividade e com sua estrutura, que definem seu estatuto como fenômeno. Não se trata de mero efeito de exclusão social, histórica e política (ELIA *In* BRASIL 2005a, pp. 58-59).

O autor faz essa defesa do ambulatório psiquiátrico, “demonizado” pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica no Brasil, mas que segundo seu pensamento é importante e deve se equilibrar com as ações de cidadania, considerando a complexidade dessa relação.

Percebemos discussões bem distintas com relação à psiquiatria e seus modos de perceber e tratar o adoecimento, ressaltando como são complexos os processos envolvendo o saber sobre saúde mental.

### **5.1.3 As deficiências/desabilidades**

Por fim, temos a compreensão sobre as deficiências em saúde mental trabalhadas pela OMS nas publicações “Direito é Qualidade - Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social” (BRASIL, 2015b; 2015c; 2015d). Baseados na “*United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*” - CRPD e traduzida como “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” que foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006.

Aqui a palavra “*disability*” tem um significado mais amplo que a palavra deficiência em português brasileiro. “*Disability*” ou “desabilidades mentais” inclui pessoas que são tradicionalmente reconhecidas como deficientes (por exemplo: crianças com paralisia cerebral, usuários de cadeiras de rodas, pessoas cegas ou surdas) e inclui também as pessoas com deficiência intelectual e com transtornos mentais (BRASIL, 2015b)

No Brasil, no entanto, “deficiência mental” muitas vezes é entendida apenas como “deficiência intelectual”, isto é, “funcionamento intelectual significativamente inferior à média” (Decreto Nº 3298/99, alterado pelo Decreto nº 5.296/04). Diante disso, na tradução para o português de “*mental disabilities*” optamos pela expressão “desabilidades mentais”, num esforço de contextualização à realidade brasileira (BRASIL, 2015b, p.1).

Logo, o termo engloba tanto as pessoas com transtornos mentais, como aquelas com deficiências intelectuais, deficiências neurológicas e com sofrimento mental e também aquelas pessoas com necessidades advindas do uso de substâncias psicoativas, sejam crianças, adultos ou idosos. De todo modo, é um termo mais amplo para se referir àqueles que buscam

assistência em saúde mental. Nesse conceito, destacam-se as condições de exclusão, marginalização e rejeição social e também o pensamento associado à incapacidade de autocuidado, trabalho e independência (BRASIL, 2015b). Já associamos à OMS, anteriormente, o pensamento que liga saúde à produtividade.

## 5.2 A quem se destina a saúde mental

Também percebemos mudanças com relação à nomenclatura para designar as pessoas com adoecimento mental. Encontramos vários termos, principalmente nos textos relacionados à legislação, que se referiam a essas formas de nomeação. Entre as mais comuns, estavam aquelas relacionadas aos transtornos mentais ou psíquicos, como: “portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010); “cidadão portador de transtorno psíquico” (BRASIL, 2001); “clientela com transtornos mentais” (BRASIL, 2001); “pessoas acometidas de transtorno mental” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005b); “crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos”, dentre outros.

Aparece muitas vezes ainda a caracterização a partir do sofrimento mental ou psíquico, como “portador de sofrimento mental” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010); “pessoa portadora de sofrimento mental” (BRASIL, 2001); “pessoas que padecem de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2001) e assim por diante. A nomenclatura apontando para deficiências apareceu bem pouco, referindo-se aos “deficientes psíquicos e mentais” (BRASIL, 2001). Outra nomenclatura muito comum nos documentos referentes à legislação diz respeito à caracterização do adoecimento a partir da institucionalização do cuidado e da atenção, por exemplo: “pacientes psiquiátricos” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010) ou “usuário dos serviços de saúde mental” (BRASIL, 2001).

Nos demais textos, como guias e manuais, existem compreensões mais aprofundadas acerca do doente mental. No documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005a) há uma caracterização da atenção para crianças e adolescentes que sofrem de transtornos mentais, identificados tanto pelos transtornos propriamente ditos, assim como pelas as deficiências, pelo o autismo, pelos casos de suicídio e pelo uso de substâncias psicoativas.

Estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose

infantil, os transtornos de ansiedade. Observamos, também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes. (BRASIL, 2005a, p. 5).

No mesmo texto, Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil, há uma concepção da criança assistida como “deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinqüente)” tomando deficiência como uma carência (BRASIL, 2005a, p. 8) e no texto escrito por Almeida (2005), há a definição do doente mental como um excluído da sociedade e da humanidade, a partir dos processos de institucionalização e desumanização.

O doente mental é “doente” sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo. [...] Do ponto de vista prático, negamos a desumanização do doente como resultado último da doença, atribuindo o grau de destruição à violência do asilo, da instituição, de suas mortificações, desmandos e imposições, que derivam da violência, dos abusos e das mortificações que são o esteio de nosso sistema social. (ALMEIDA *In* BRASIL 2005a, p.40).

Já a publicação “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004) se referem às pessoas atendidas nos CAPS como aquelas que passam por sofrimento psíquico intenso, entendidos como transtornos mentais severos ou persistentes. Aqui transtorno é entendido como um agravo ao sofrimento psíquico, algo mais intenso.

[...] pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. (BRASIL, 2004, p. 15).

O que nos parece é que há em voga uma compreensão do sofrimento psíquico como uma dimensão mais ampla, de caráter subjetivo, enquanto que os transtornos mentais são uma dimensão mais objetiva, um agravamento das condições de adoecimento, que aparece em uma linguagem compartilhada por profissionais. Paralelo a isso, as deficiências nos parece ser um quadro de adoecimento ainda mais crônico, que aponta para uma incapacidade de longo prazo.

Associado a isso, há um reconhecimento de grupos que são mais propensos ao adoecimento mental, como pessoas em situação de desigualdade, questões relacionadas à raça, etnia, gênero, orientação sexual, assim como trabalhadores do sexo, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade, indígenas, quilombolas, dentre outros (BRASIL, 2015a). Em um contexto ainda mais amplo, há a questão da inclusão social e da cidadania oferecida e oportunizada a todas essas pessoas.

### 5.3 O cuidado em saúde mental

#### 5.3.1 Os serviços de assistência em saúde mental

Ficam mais evidentes as disputas, no campo político, entre o poder psiquiátrico e os movimentos de Reforma Psiquiátrica brasileiros, na relação com a nomenclatura dos serviços de assistência e atenção à saúde mental.

Termos como “hospitais psiquiátricos”; “assistência psiquiátrica”; “leitos psiquiátricos em hospitais gerais”; “unidades psiquiátricas” aparecem ou em um sentido de crítica à atenção psiquiátrica ou apontando para cuidados médicos mais intensivos, geralmente envolvendo crises. Por outro lado, termos como “serviços substitutivos”; “atenção psicossocial”; “serviços comunitários” se remetem aos modelos propostos a partir das intervenções dos movimentos de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Pauloné *et al*, nos “Cadernos HumanizaSUS – Saúde Mental” (2015a), afirma:

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da Reforma Psiquiátrica (...) e a Portaria MS/GM nº 2048, 5 de novembro de 2002 (...), determinam que a atenção às urgências psiquiátricas seja responsabilidade dos serviços de urgência e emergência dos hospitais gerais. Com base nelas e como fruto de um longo processo de mudanças culturais, políticas e técnicas que são afirmadas e viabilizadas pelas transformações operadas pela Reforma Sanitária brasileira, fez-se necessária a criação de dispositivos de atenção diferenciados, que funcionassem em rede e subsidiassem o direcionamento para um modelo de atenção no campo da Saúde Mental. Esse novo modelo – cujo modo de operar não mais estaria centrado na lógica manicomial – é denominado por alguns autores como atenção psicossocial, em contraposição ao modelo tutelar/asilar (...), e deve dar conta da singularidade de cada demanda surgida em situações de adoecimento psíquico – entre as quais as situações de crise assumem especial importância. (PAULONÉ *et al* In BRASIL 2015a, p. 279).

A expressão “psicossocial” parece contrapor à expressão “psiquiátrica” em termos de serviços de assistência. Enquanto que a primeira aponta para os aspectos psicológicos e sociais da saúde mental, a última aponta para uma disciplina do campo médico. A atenção psicossocial é multiprofissional, a atenção psiquiátrica é uniprofissional. A atenção comunitária se dá no território e a atenção psiquiátrica se dá no hospital.

Ainda assim, percebemos que o modelo psicossocial de atenção à saúde mental, embora tenha a tendência de substituir o hospital e as práticas psiquiátricas por serviços de base comunitária, possui em sua rede de assistência serviços mistos, que admitem processos de institucionalização. Por mais que os manicômios tenham sido fechados, ainda ocorrem críticas à lógica manicomial, que sobrevive nos serviços de atenção psicossocial, como

destacam Silveira e Nunes e também Quintas *et al*, nos “Cadernos HumanizaSUS – Saúde Mental” (2015a).

À medida que a lógica manicomial hospitalocêntrica se presentifica nos serviços substitutivos e se espalha pelas cidades, escancara modos de subjetivação contemporâneos eivados por “desejos de manicômios” (...), que capturam e mortificam a loucura (...). (SILVEIRA; NUNES *In* BRASIL 2015a, p. 175).

[...] os perigos dos serviços substitutivos que ao invés de superar a demanda de internação reafirmam-na, dentro de um sistema fragmentado e operado sobre o que Costa-Rosa (2011) denomina Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que tem como uma das características o modo taylorista de produção e organização do processo de trabalho. Neste sentido, os Caps e outros serviços substitutivos podem ainda atuar dentro de uma lógica manicomial, considerando o conceito manicomial como expressão de anulação das subjetividades, que segrega, aliena e promove a morte dos indivíduos, mesmo em vida, atributo não mais exclusivo dos hospitais psiquiátricos (...). (QUINTAS *et al* *In* BRASIL 2015a, p. 393).

Portanto, o embate de forças ainda permanece, demarcando as disputas e contendas que caracterizam processos de mudança e reafirmação de paradigmas.

### 5.3.2 A clínica em saúde mental

Ao analisarmos os textos, nos preocupamos em perceber como se dava os cuidados em saúde mental, não apenas onde se davam, mas como. Encontramos algumas pistas ao longo dos documentos estudados que vão ampliando nossa compreensão. O material “Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental” (BRASIL, 2003) aponta três “Formas de tratamento de transtornos mentais”: a terapia medicamentosa; as terapias psicossociais e a eletroconvulsoterapia ou eletrochoque. O texto traz as críticas, vantagens e desvantagens de cada abordagem de tratamento. No que diz respeito às terapias psicossociais, aponta as seguintes modalidades: terapia cognitivo-comportamental; psicanálise; psicodrama; terapias interpessoais; terapias pela atividade; terapia ocupacional e terapia recreativa.

Já o “Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010” tem um capítulo intitulado “Práticas clínicas no território” em que defende, como estratégia antimanicomial, as ações de promoção, proteção e cuidado em saúde mental a partir da implementação de políticas públicas de cultura, educação, lazer, esportes e geração de renda, além de ações intersetoriais, envolvendo os equipamentos sociais e as práticas populares de saúde do território (BRASIL, 2010).

Esse relatório (BRASIL, 2010) foi escrito com ampla participação popular. Os diversos autores envolvidos apontaram o trabalho multiprofissional, a atuação transdisciplinar, o trabalho em rede no território, a humanização do cuidado, a educação permanente, a articulação com a comunidade e o saber popular como estratégias para fortalecer o cuidado. De modo mais específico, as práticas clínicas se referem: ao apoio matricial da Atenção Básica e dos dispositivos intersetoriais; à Terapia Comunitária; às oficinas terapêuticas; às Práticas Integrativas e Complementares; às atividades culturais e esportivas; à redução de danos e ao acompanhamento terapêutico em detrimento do uso indiscriminado de medicação psicotrópica.

Criar estratégias para modificar o uso contínuo e indiscriminado de medicamentos, fortalecendo os espaços de escuta e expressão no território, utilizando terapia comunitária, rodas de conversa, oficinas terapêuticas, grupos de dança, arte-terapia, trabalho direcionado à valorização das potencialidades dos usuários no esporte, artesanatos, artes (plásticas, musical, cênicas). Implementar e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na rede de serviços de saúde e saúde mental de forma integrada no território, tais como, a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, as práticas psico-corporais, dentre outras. Incentivar, fortalecer e ampliar o financiamento de ações no território como o Acompanhamento Terapêutico, as ações/estratégias de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo às suas particularidades e necessidades específicas. Apoiar o trabalho com oficinas terapêuticas na atenção em saúde mental, visando à promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde dos usuários. (BRASIL, 2010. p. 68)

Além dessas modalidades, outras medidas são importantes, segundo o texto, como a articulação intersetorial, o cuidado em saúde bucal, dentre outros. O relatório condena práticas consideradas cruéis, como “lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia (ECT), contenções físicas e químicas permanentes, internações prolongadas e maus tratos físicos contra pessoas em sofrimento psíquico” (BRASIL, 2010, p.104), além de “cárcere privado e morte de pessoas em sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento, e unidades prisionais e domicílios” (BRASIL, 2010, p.104). Aqui há uma condenação da eletroconvulsoterapia – ECT, que foi colocada como prática comum pelo arquivo “Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental” (BRASIL, 2003).

Os “Cadernos de Atenção Básica, nº34 – Saúde Mental” (BRASIL, 2013) apontam as ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica, que podem ser realizadas por qualquer profissional:

Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; Exercer boa comunicação; Exercitar a habilidade da empatia; Lembrar-se de escutar o que o

usuário precisa dizer; Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; Reconhecer os modelos de entendimento do usuário (BRASIL, 2013, pp. 22-23).

O texto diz que o profissional atua como um interlocutor, que escuta o usuário e possibilita que o usuário também escute a si próprio, dando devolutivas sobre aquilo que ouviu por meio da construção de um vínculo entre os dois.

Por vezes o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. Ter o profissional de Saúde da Atenção Básica como um interlocutor pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. Outras vezes, caberá ao profissional de Saúde, a partir daquilo que ouviu ou percebeu, devolver ao paciente algumas ofertas para lidar com situações que aumentam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo (BRASIL, 2013, p.24).

Além dessa escuta, o texto traz a noção de clínica ampliada, a partir da noção de Projeto Terapêutico Singular - PTS e da Redução de Danos “de maneira a deslocar-se do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto em que estes aparecem” (BRASIL, 2013, p. 55). Elenca também o prontuário familiar, as reuniões de equipe, o acolhimento, a educação permanente, o apoio matricial, a responsabilização dos profissionais e a corresponsabilização das famílias pela sua saúde como recursos transversais ao cuidado em saúde mental. Além disso, também aponta para a abordagem familiar e para as técnicas da entrevista, genograma e ecomapa como estratégias de cuidado.

Por outro lado, Luciano Elia, na publicação “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, mais especificamente no texto “A rede da atenção na Saúde Mental – articulações entre CAPS e ambulatorios” (ELIA, 2005), coloca como a prática clínica, durante um tempo, foi negligenciada em detrimento das práticas de reinserção social da pessoa considerada doente mental. O autor fala que nos CAPS, a lógica do acolhimento e inclusão tinha mais importância do que a lógica do tratamento e que essa primazia por determinado modelo pode ter esvaziado os serviços.

Paralelamente à queda do sonho do ideal de uma reabilitação sem tratamento, começaram a surgir perplexidades em vários níveis. As equipes perceberam que não adiantava mais praticar um cuidado desclinizado, exclusivamente baseado na lógica da inclusão, que não era possível acolher sem tratar: foi preciso admitir a

dimensão da clínica, foi preciso trabalhar sem medo de ser um clínico. As equipes, atônitas, não entendem por que as situações de crise e violência sem recurso ou manejo eficaz assolam os CAPS, onde tudo é tão socialmente inclusivo. Ou ficam perplexas com o abandono dos CAPS pelos pacientes, o esvaziamento do projeto político-institucional dos CAPS. A dimensão clínica das práticas de cuidado foram, esta sim, reabilitadas, a ponto de hoje falarmos em clínica ampliada, escuta do sujeito, dentre outros dizeres de cunho fundamentalmente clínico. [...] O ambulatório começa a ressurgir de suas injustas cinzas como uma alternativa primordial. Recupera-se a imagem e o vigor do ambulatório, excessivamente “demonizado” segundo alguns. No efeito gangorra, o CAPS desce do pedestal, o ambulatório sobe. Há, nisso, alguns grandes equívocos (ELIA *In* BRASIL 2005a, p.59).

O autor faz uma crítica a esse pensamento que diz que o CAPS perdeu seu lugar de primazia, tendo cumprido seu papel histórico, e que agora é tempo para outras práticas, antes renegadas. Para Elia (2005) o CAPS tem um mandato político e não deve recuar de seus objetivos, devendo se articular aos ambulatórios e afetá-los em seu processo de cuidado, defendendo que as práticas não são excludentes.

Percebemos, mais uma vez, como os diversos modelos teóricos e paradigmáticos coexistem em uma disputa de poder no campo da saúde mental. Com mais afinco, parecem disputar os paradigmas da Reforma Psiquiátrica brasileira e do saber médico psiquiátrico. Percebemos, na verdade, uma psiquiatrização da atenção psicossocial. Isso demonstra que a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, ainda é um campo de resistência e enfrentamento que luta por consolidação. Ambos modelos coexistem em um cenário de complexidade e embates. Como diria Foucault, o saber não é produzido para compreender, é sim, ele é feito para cortar (2017).

## 6 CONCLUSÃO

O conceito de saúde mental identificado nas publicações do Ministério da Saúde foi compreendido a partir da demarcação de um campo específico da saúde geral, em sua forma positiva, e também como adoecimento mental, em sua forma negativa – em sua ausência. O adoecimento mental se deu em três vieses: como “sofrimento psíquico” na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira; como “transtorno mental”, na perspectiva do saber psiquiátrico e como “desabilidade”, na perspectiva da Organização Mundial de Saúde.

Discutimos também sobre a pessoa que é considerada doente mental. Nas publicações elas são nomeadas tanto de pessoas acometidas de “transtorno mental”, assim como “pessoas que padecem de sofrimento psíquico” ou “deficientes psíquico e mental”. As formas de nomeá-los também dão indícios de paradigmas epistemológicos e políticos em que se associam. Também observamos as nomenclaturas dos serviços de atenção à saúde mental.

Percebemos uma dualidade de referenciais: de um lado a “atenção psicossocial” e do outro a “atenção psiquiátrica”. A atenção psicossocial geralmente é de base comunitária, multiprofissional e está mais próxima do referencial da Reforma Psiquiátrica brasileira. Já a atenção Psiquiátrica, costuma ser definida como de base hospitalar, centralizada no médico psiquiatra, em uma lógica de institucionalização. As práticas clínicas de cuidado também têm sido criticadas e repensadas. Na atenção psicossocial o cuidado se dá no território, a partir da reinserção social, de práticas terapêuticas que possibilitem a fala e a escuta, de oficinas, de Práticas Integrativas e Complementares, e demais ações envolvendo educação, artes, esportes, entre outros. Já a prática clínica da atenção psiquiátrica envolve assistência farmacêutica, ambulatórios de psiquiatria e até mesmo internações. Há debates em muitos textos discutindo se são práticas aliadas ou adversárias.

Existe, portanto, uma complexidade em torno desse conceito. Essa complexidade diz da diversidade de compreensões sobre o entendimento do que é a saúde mental e como ela se realiza nos espaços e na vida das pessoas. Muito mais do que um problema de definição conceitual, há uma constatação da problemática epistemológica e política desse campo. Um campo de tensões e desafios, compostos por incontáveis atores e marcado por questões complexas.

Dentre essas questões, há a problemática da realização efetiva da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Teriam os CAPS se tornado um novo dispositivo de institucionalização manicomial, reproduzindo as mesmas violações e estigmas que se propôs a combater? Ou o

contrário, seria esse discurso uma forma do poder psiquiátrico desarticular os CAPS, neutralizar suas ações e desacreditá-lo?

Outro questionamento: a atenção psicossocial é, enquanto serviço multiprofissional, validada apenas em um nível elementar, para casos simples e quando as situações se agravam o médico é que assume o controle? Não parece que o poder psiquiátrico é quem ainda detém o poder de fato? Ou seria apenas do campo “psi” - psicólogos, psiquiatras, psicanalistas, psicoterapeutas - o saber apropriado para esses cuidados?

A nosso ver, um dos principais dilemas é sobre a própria natureza da doença mental. Há um primeiro entendimento do adoecimento como resultado de fatores ambientais, a partir de ações de segregação e violação de direitos. Enquanto isso, outra explicação tem buscado marcadores genéticos e biológicos que poderão garantir, no futuro, uma suposta cura. Encontrar esses marcadores biológicos seria o fim do dilema corpo e mente, provando que há uma primazia do “corpo” sobre a “mente”? Pensar que as relações sociais e psicológicas podem ser adoecedoras, em uma perspectiva existencial, é uma forma de superar esse dilema? Reforçamos aqui o paradigma da complexidade que embasa epistemologicamente as múltiplas e possíveis possibilidades que coexistem nesse cenário diverso. Esses campos de tensão identificados não existem de forma bem delimitada e coesa, são múltiplos, caóticos e coexistem sempre em disputa.

Concluimos esse trabalho com muitos questionamentos que podem continuar sendo explorados em debates futuros. Foi um desafio complexo discutir conceitos metafísicos, de um ponto de vista histórico-político, mas conseguimos empreender essa artimanha, alcançando nossos objetivos de discutir o conceito de saúde mental, a partir dos documentos institucionais publicados pelo ministério da saúde na perspectiva da análise crítica do discurso. Reconhecemos que é uma questão complexa e que requer aprofundamento.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. P.; ORTEGA, F.J.G. Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 889-910, 2017.
- ALMEIDA FILHO N.; COELHO M. T. A; PERES, M.F.T. O Conceito de Saúde Mental. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p. 100-125, 1999.
- ALMEIDA, N. M. C. De volta à cidadania – proposta para uma nova política de inclusão social dos portadores de deficiência em situação de abrigo. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** – 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 37-42, 2005.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr, 2009. (CD-ROM).
- ANDRADE A.P.M.; MALUF S.W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 21, n. 63, p. 811-21, 2017.
- ASSAD, M.L. ORTEGA, F. J. G. Usos de referências biológicas em publicações de Saúde Mental Global. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1409-1428, 2016.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Tradução Esteia dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental 1999-2001**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 110 p, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental**. 2. edição, 1.a reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 126 p., 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 86 p., 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** – 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 72, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, p. 56, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Exposição Fotográfica Saúde Mental: Novo Cenário, Novas Imagens – Programa de Volta para Casa.** Cartilha de Monitoria. Brasília – DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012.** Brasília : Ministério da Saúde, p. 64, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Caderno HumanizaSUS.** v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, p. 548, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 101, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social -- Ferramenta para entrevistas.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 71, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social - Ferramenta de análise de documentação e observação.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 74, 2015d.

CENTRO CULTURAL DA SAÚDE (CCS). Ministério da Saúde. **Memorial da Loucura: Retratos da história – Cronologia.** Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>>. Acesso em 31 de janeiro de 2019.

COHEN, A.; PATEL, V.; MINAS, H. A Brief History of Global Mental Health. In: Patel V.; Minas H.; Cohen A.; Prince M.J. **Global mental health: principles and practice.** Oxford: Oxford University Press, 2014.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

ELIA, L. A rede da atenção na Saúde Mental – articulações entre Caps e ambulatórios. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** – 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 25-9, 2005.

FONSECA, M. G.; JAEGER, R. L. A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Caderno HumanizaSUS**. v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, pp. 23-40, 2015.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9º ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 6º Ed., Paz e Terra, 2017.

FAIRCLOUGH, N. Análise crítica do discurso como método em pesquisa social científica. **Linha D'Água**. São Paulo, v. 2, n. 25, p.307-329, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

LATOUR, B. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1997.

LATOUR, B. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: UNESP, 2000.

LIMA, O.F. Contribuições de Espinosa para o conceito de saúde mental. Botucatu (Tese) - **Universidade Estadual Paulista**, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013.

MANN, C. G.; OLIVEIRA S. B.; OLIVEIRA, C. S. S. **Guia para Profissionais de Saúde Mental - Sexualidade & DST/AIDS**: discutindo o subjetivo de forma objetiva. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, p. 64, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

MONTEIRO, D. B. R.; JACÓ-VILELA, A. M. **Fios, seduções e olhares: os primórdios “psi” nas terapias para corpos e mentes perturbados**. *In*: JACÓ-VILELA, A.M.; FERREIRA, A. A.L.; PORTUGAL, F.T. (Org.). História da psicologia: rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2006.

PAULONÉ *et al.* O Tempo, o Invisível e o Julgamento: Notas Sobre Acolhimento à Crise em Saúde Mental em Emergências de Hospitais Gerais. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. **Caderno HumanizaSUS**. v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, p. 548, 2015a

PINHEIRO M. A. **O conceito de capital mental no campo da saúde mental no trabalho: uma análise crítica do discurso da organização mundial da saúde.** [Tese] São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2018.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; HERNÁNDEZ, A. M. B. **Análise de Discurso Crítica: perspectivas metodológicas aplicadas ao campo da saúde mental.** In: RESENDE, V. M.; PEREIRA, F. H. (Org.). *Práticas socioculturais e discurso: debates transdisciplinares.* Covilhã: LabCom Books, p.223-255, 2010.

QUINTAS, A. B. N.; CARENO, A. A. S.; YAHN, P. I. F. C.; CHEBLI, S.M. *Humanização e a Articulação da Rede de Saúde Mental: A Experiência do Município de Fernandópolis/SP.* In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental. Caderno HumanizaSUS.* v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

RAMALHO, V. *Construindo uma pesquisa em Análise de Discurso Crítica: da ontologia à metodologia.* In: RESENDE, V. de M.; PEREIRA, F. H. (Org.). **Práticas socioculturais e discurso: debates transdisciplinares.** Covilhã: LabCom Books, 2010. p.223-255.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. **Análise do Discurso Crítica.** São Paulo: Contexto, 2006.

RESENDE, V. *Reflexões teóricas e epistemológicas em torno da Análise de Discurso Crítica.* **Polifonia,** Cuiabá, v.17, n.15, p.125-140, 2009.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SAÚDE MENTAL AMÉRICA (MHA). **Home: About Us: Our History.** 2018. Disponível em: <http://www.mentalhealthamerica.net/our-history>. Acesso em 05 de fevereiro de 2019.

SCHECHTMAN, A. *Textos da I reunião temática - Exortação às Mães: uma Breve Consideração Histórica sobre Saúde Mental Infantil no Brasil*”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** – 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 25-9, 2005.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** *Revista Latino-americana de Enfermagem,* v. 13, n. 4, p.591-5, 2005.

SILVEIRA, L.; NUNES, M.O. *Para Além e Aquém de Anjos, Loucos ou Demônios: Caps e Pentecostalismo em Análise.* In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental. Caderno HumanizaSUS.* v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial:** 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, p. 210, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health and work: impact, issues and good practices.** Geneva, Switzerland, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Functioning, Disability and Health: ICDH-2.** Geneva, Switzerland, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental policy and service guidance package: human resources and training in mental health.** Geneva, Switzerland, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **About WHO: who we are, what we do.** (website), 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/about/who-we-are> > Acesso em: 10 mai. 2019.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** (Tese). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Ciências da Saúde. Rio de Janeiro, 2006.