



Eixo: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social.

Sub-eixo: Direitos Humanos: fundamentos históricos e a práxis dos movimentos e das lutas sociais em defesa dos direitos humanos na sociedade contemporânea.

O PROTAGONISMO DOS/AS USUÁRIOS/AS DE SAÚDE MENTAL E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: UM ESTUDO NO CAPS

ISADORA DE SOUZA ALVES¹

Resumo: O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral analisar a política de Saúde Mental e a medicalização da vida no cenário contemporâneo, como expressão da questão social no município de Cássia/MG; e como específicos: refletir a medicalização da vida como um desafio para a Reforma Psiquiátrica brasileira e discutir o protagonismo dos usuários de Saúde Mental, tendo como referência o Código de Ética do/a Assistente Social. Os resultados do estudo podem contribuir para desvelar o protagonismo das pessoas com transtorno mental, e a relação da medicalização da vida como uma das expressões da questão social.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; luta antimanicomial; medicalização

Abstract: The present research project has as general objective to analyze Mental Health policy and the medicalization of life in the contemporary scenario, as an expression of the social question in the municipality of Cássia / MG; and as specific: to reflect the medicalization of life as a challenge for the Brazilian Psychiatric Reform and to discuss the protagonism of Mental Health users, having as reference the Code of Ethics of the Social Worker. The results of the study can contribute to unveil the protagonism of people with mental disorders, and the relation of the medicalization of life as one of the expressions of the social question.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; anti-asylum fight; medicalization

1. INTRODUÇÃO

O contato com a temática em saúde mental proporcionou interesse em aprofundar a discussão em Saúde Mental entendendo que os usuários em sofrimento psíquico são pessoas que precisam se fortalecer enquanto sujeitos de direitos, contando com o apoio da família e da sociedade, dando continuidade à luta pela luta antimanicomial. Uma sociedade que acredite e respeite sua “loucura” e não o interprete somente como doente, e sim como um sujeito capaz de estar e viver na sociedade (ALVES, 2012).

Assim, a pesquisa em saúde mental é relevante para desvelar a ideia construída socialmente de que as pessoas com transtorno mental são

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Estadual Paulista. E-mail: <isa92alves@gmail.com>

incapazes, devido as próprias interpretações culturais, de ter voz e lutar por seus direitos. A luta pela forma humanizada de tratamento psiquiátrico é feita e discutida por aqueles que não são diagnosticados com transtornos mentais e que possuem condições para tratar de tal assunto.

Entende-se que esses sujeitos foram perdendo a liberdade de viver em sociedade e perderam seus direitos ao longo da história, sendo resgatados pouco a pouco através de políticas e movimentos sociais. Portanto, sendo o Serviço Social uma profissão que desenvolve o pensamento crítico da realidade, a luta antimanicomial e os debates em saúde mental não deixariam de existir. Considerando que a profissão reconhece, em seu Código de Ética Profissional (2012), a importância da liberdade como um de seus princípios fundamentais.

A pesquisa científica permite o contato com as discussões teóricas e a realidade social em que os sujeitos estão inseridos. A formação profissional em Serviço Social desenvolve o olhar investigativo e crítico, proporcionando uma análise ampla e dialética da sociedade. Assim, a saúde mental está inserida nos campos de pesquisa do Serviço Social como a profissão que entende a importância de analisar com olhar investigativo em conjunto com uma base teórica, permitindo ir além do que já está posto e aceito pela sociedade.

Foi dito que, antes de iniciarmos qualquer investigação, deve-se ter a convicção de que existe algo a mais a ser conhecido, que não é dado na aparência, na representação imediata da realidade. Há algo que explica a realidade, sua lógica imanente, que não se apresenta na sua forma de manifestação. A parte conhecida não representa o todo nem se mostra de imediato, de modo que as representações que daí derivam devem ser negadas e analisadas à luz de um conhecimento superior (teórico), agora, enriquecidas pelas mediações apreendidas no processo. (GUERRA, 2009, p.9)

Atualmente, os diagnósticos de transtornos mentais ampliam as discussões do que representa ou não a normalidade. Investe-se no tratamento de doenças que possuem diagnósticos inconclusivos ou equivocados, pelos quais são utilizados números relevantes de psicofármacos² como tratamento.

²Os psicofármacos são os medicamentos utilizados pela psiquiatria que possuem condições de modificar processos mentais, gerando alterações nas ações, na percepção e na consciência. **Conceito de psicofármacos.** Disponível em: <http://conceito.de/psicofarmaco>. Acesso em: 24 de maio de 2017.

Em algum momento, todas as pessoas apresentarão sintomas ou diagnósticos de transtornos mentais, pois são condicionadas a acreditar na cura proporcionada pelos psicofármacos. Interpreta-se que o poder de ditar as doenças e o uso excessivo dos medicamentos tenham surgido através de duas grandes “potências”: a indústria farmacêutica em conjunto com o sistema capitalista.

2. DESENVOLVIMENTO

Após a Segunda Guerra Mundial em 1945, a atenção para as descobertas medicinais da época cresceu. O que até então era tratado com psicanálises e terapias foi transformando-se em psicofármacos. A sociedade que interpretava os problemas psíquicos como incuráveis, enxergou nos psicofármacos um milagre: um tratamento prático e curador. Dessa forma, com a criação do Estado de Bem-Estar Social que tinha como objetivo uma intervenção mais democrática do Estado, conseqüentemente, de um sistema público de saúde mais igualitário e sem distinções, proporcionou para as práticas medicinais a atenção necessária para que esse poder tivesse sua ascensão, tendo assim, uma evidência ainda maior.

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 2004, p. 15)

Para que a medicina e a indústria farmacêutica tivessem sua promoção, tornou-se necessário a criação de uma política de novos doentes, que consumam seus diagnósticos inconclusivos e suas drogas psiquiátricas. Um dependente do outro. O poder psiquiátrico de ditar as regras e normas contribuiu para grande parte do crescimento da indústria farmacêutica.

Ora, essa exaltação se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e suas justificações nos privilégios do conhecimento: o médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém de um saber o autoriza a intervir e a decidir. O poder que o asilo dá ao psiquiatra deverá, portanto se justificar (e se mascarar ao mesmo tempo como superpoder

primordial) produzindo fenômenos integráveis à ciência médica. (FOUCAULT, 2006, p. 446)

Esse poder psiquiátrico vai além de tratar as doenças e doentes, o caráter terapêutico fica em segundo plano, pois as relações hierárquicas encontradas nos hospitais psiquiátricos funcionam como um regime, uma regularidade, uma forma de isolar a “loucura”, influenciando aqueles sujeitos a acreditarem nos seus delírios e nos diagnósticos que recebem.

O conhecimento sobre as doenças e os doentes tornam o médico, ou psiquiatra, um conhecedor dos mais complexos sintomas e diagnósticos que dão a ele o direito ou poder de ditar todas as doenças que um indivíduo apresenta. Percebe-se o quão interligado está a medicina e a indústria farmacêutica, uma promovendo o sustento da outra. Uma indústria que fornece ao mesmo tempo a doença e a cura. A medicalização da vida nos faz repensar se estamos ficando mais saudáveis, já que estamos ingerindo mais saúde (cura), ou estamos mais dependentes e reféns de toda um sistema capitalista. Segundo Freitas e Amarante (2015, p. 34), “tendo em vista que para sermos sujeitos nos sujeitamos ao poder médico-farmacológico, conseqüentemente menos sujeitos somos em relação ao nosso pensamento, ao nosso modo de agir e ao que sentimos.”

A medicina torna-se, com o tempo, a instituição de controle social maior do que as religiões e leis. O apoio do Estado ao estimular o uso de medicamentos, entendendo que os remédios são alternativas mais lucrativas e baratas, e que contribuem para o crescimento da medicina. Segundo Barbosa (2006, p. 91-92), “a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa”.

Portanto, o diagnóstico ou a procura de sinais que representem um transtorno mental, está cada vez mais naturalizada nos últimos anos. Em entrevista concedida para o Instituto Humanitas Unisinos (2014), Caponi discute sobre os comportamentos das crianças que apresentam atitudes de birras e irritabilidade, alegando que essas ações são representadas como transtornos mentais e que a identificação desses transtornos é baseada em

uma contagem de sintomas, sem correlação ao que antecede ou justifica tais modos.

Trabalhar com a definição de um padrão de “normalidade”, pelo qual é constantemente modificado, culturalmente e historicamente, nos obriga a discutir também, os diferentes sinais que são transmitidos pelos indivíduos e que nos alertam alguma “anormalidade”. As vestimentas, cortes de cabelos, tonalidade de voz, atitudes e até mesmo o estado emocional revelam muito sobre os indivíduos.

Uma vez rotulado como mentalmente doente, o indivíduo fica sujeito a uma série de sinais culturais que determinam como ele deve desempenhar seu papel; isto é, ‘a pessoa mentalmente doente aprende a ser doente de uma maneira que possa ser compreendida por essa sociedade em particular’. Uma vez rotulado, o indivíduo passa a depender da sociedade em geral para que possa ser ‘desrotulado’ e dispensado do papel de doente, sendo que, em alguns casos, ele talvez não consiga libertar-se desse papel. (HELMAN, 2003, p. 229)

Pode-se entender os estigmas como pré-julgamentos “espontâneos” das relações sociais diárias. Quando apresentados a pessoas ainda desconhecidas exigimos comportamentos “normativos” que correspondam às nossas concepções e expectativas. Em seu livro *Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, Goffman (1963) define três tipos de estigmas. São eles:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. (GOFFMAN, 1963, p. 7)

Nesse sentido, para que se sinta participante de uma sociedade com padrões de “normalidade”, os sujeitos com diagnósticos de transtornos mentais e os anteriormente institucionalizados em manicômios ou hospitais psiquiátricos são condicionais a conviver com as exigências sociais impositivas, habituando-se com os conceitos da própria sociedade e cultura em que se encontra.

As primeiras estratégias no campo da saúde mental possuíam características “terapêuticas” baseadas na hospitalização. Um sistema hospitalar muito semelhante as prisões, exércitos e até mesmo dos conventos; essas três principais instituições são denominadas por Goffman (2008) de: instituições totais, por possuírem um conjunto de regras, vigilância, estrutura e funcionamento baseados praticamente na ideologia da repressão.

As instituições totais, segundo Goffman (2008), leiam-se também manicômios, funcionavam como “estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (GOFFMAN, 2008, p. 22). Entende-se que a sociedade atual é definida por tarefas cotidianas que definem o indivíduo, como trabalhar, se alimentar, dormir, e estas são feitas geralmente em grupos, em diferentes lugares e com um conjunto de pessoas, que dependem de outras pessoas, criando um ciclo de participantes diários da nossa própria vida. Estes processos acabam por ser naturalizados no convívio, sendo feitos sem um planejamento ou um plano racional para tal.

Estas instituições foram fechadas a partir da iniciativa da luta antimanicomial, que falaremos posteriormente, e hoje ganham uma nova denominação, mais sutil e interpretada como cura. Os manicômios deixaram de ter uma estrutura física, um funcionamento cheio de regras e normas, integrando outro campo da saúde mental: os psicofármacos. Os medicamentos utilizados para o tratamento e diagnósticos de pessoas com transtornos mentais criam o que consideramos como o: manicômio químico (informação verbal).

O manicômio químico é o uso excessivo de psicofármacos para o tratamento de transtornos mentais. Em uma situação hipotética, quando o indivíduo apresenta sintomas e/ou características de transtornos mentais como: bipolaridade, esquizofrenia e depressão, o tratamento que é oferecido, e em alguns dos casos o único tratamento, é através de um número relevante de medicamentos que tem como objetivo bloquear todas as ações consideradas “negativas” das doenças ou sintomas. A questão é que como todo medicamento, os efeitos colaterais são muitas das vezes indesejados. Facilmente encontra-se pessoas com transtornos mentais que são orientadas para tratamento com psicofármacos e que apresentam dificuldade para

comunicar-se, para andar e até mesmo impotência sexual. Todas essas decorrências de psicofármacos geram, espontaneamente, reações nos indivíduos. Essas respostas aos efeitos colaterais geralmente são tratadas com novos medicamentos, na busca de normatizar o cotidiano. Assim sendo, além do bloqueio de ações psíquicas e entendidas como doenças mentais, este também tem o bloqueio de ações da própria natureza humana.

Compreende-se que o excesso de medicalização pode contribuir para uma outra forma de aprisionamento, pelo qual bloqueia-se os sintomas que podem ser interpretados como a expressão do inconsciente. Não existe remédios para todas as expressões e sentimentos dos indivíduos. Cria-se a ideia de que tudo pode ser curado instantaneamente e através de remédios. Os desdobramentos e as influências dos manicômios enquanto instituições totais ganham um novo parâmetro. Nesse sentido, questiona-se o uso excessivo de medicalização. Teria a medicalização da vida criado um novo tipo de manicômio? Esses sujeitos bloqueados mentalmente de viver em sociedade?

Portanto, esta pesquisa tem a intenção de influenciar a exclusão dos psicofármacos, nem aplicar críticas quanto ao uso necessário desse tipo de tratamento, sobretudo, busca com este estudo ampliar o debate sobre o excesso e uso dos medicamentos e como se dão os processos para a utilização dos mesmos.

Segundo Freitas e Amarante (2015), a medicina passa a integrar-se do cotidiano dos indivíduos. Inicia-se uma influência de regras, o que deve ou não ser feito para uma vida melhor, como dormir, comer, trabalhar, etc. A partir do momento que se torna possível investigar, questionar e diferenciar o normal do patológico, nada pode escapar dos olhares medicinais. Os autores analisam a ideia de prevenção ganha mais força e proporciona para a medicina poderes e controles ainda mais amplos. Nada mais parece constituir uma falta de vontade, preguiça ou timidez e sim, um diagnóstico de saúde ou doença. Cada comportamento ou ação compõe, para a medicina, uma explicação patológica. Perpassa por uma questão: ter saúde é conseguir lidar com todas as demandas cotidianas? A medicina propõe e exerce essa saúde a partir do momento que ela consegue retirar do cotidiano toda a angústia ou fraqueza

dos indivíduos, diminuindo até mesmo, a crença em tratamentos culturais ou individuais da sociedade.

Dessa forma, a construção de uma saúde universal, ampla e integral veio com muitas lutas e reivindicações. Os conceitos do que é ter saúde, o que é saúde começaram a ser discutidos no período da ditadura militar, especificamente no Brasil. No início da década de 1970 o movimento da Reforma Sanitária propôs mudanças não só ao Sistema, como em todas as áreas e setores da saúde, defendendo a universalização das políticas sociais e a garantia de direitos sociais para toda população. Assim sendo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficializada com a Constituição Federal de 1988, tendo a “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

O movimento de Reforma Psiquiátrica também fez parte do processo histórico de lutas no Brasil. Assim como a Reforma Sanitária, o movimento que seria conhecido como luta antimanicomial, posteriormente, ganhou força e visibilidade para os sujeitos em sofrimento mental e as formas de tratamento psiquiátricos.

Começa-se, no ano de 1978, o movimento que veio questionar essas práticas, criando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE,1995), marcando o início da luta antimanicomial, em conjunto com profissionais e trabalhadores que integraram a Reforma Sanitarista, incluindo também pessoas com longo período de internações psiquiátricas, protagonizando e dando iniciativa à crítica aos modelos utilizados na assistência às pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto histórico, surgem novas demandas sociais juntamente com os movimentos, o que intensificou as denúncias ao tratamento asilar que era oferecido nos hospitais psiquiátricos.

Desse modo, com objetivo de modificar essa ideologia hospitalar e considerada pouco humana, a fim de diminuir os tratamentos repressivos é proposto a redução e formulação de serviços, com o intuito de humanizar o hospital, tornando-o mais terapêutico; assim como, a criação de serviços externos de saúde mental que possam substituir os manicômios.

Surgiram movimentos expressivos que ampliaram a discussão em saúde mental, destaca-se um deles: o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em janeiro de 1979, na cidade de São Paulo (AMARANTE,1995); onde iniciou-se as discussões sobre uma nova identidade profissional, denunciando as práticas advindas do Estado e lutando pela permanência dos direitos já envolvidos.

Outra questão importante que surge – ou se solidifica neste congresso – é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. São discutidos, ainda, os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a solução política se faz necessária. (AMARANTE, 1995, p. 55)

E é através destas questões advindas de discussões no I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que o MTSM ganha destaque, direcionando-se para novos modelos de atenção psiquiátrica, na tentativa de evitar progressos quanto às internações e modelos asilares de tratamento. O movimento ganhou força e estabilidade ao longo dos anos com as conferências de saúde e com o apoio do Deputado Paulo Delgado.

A Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que recebeu o nome de Lei Paulo Delgado, garante atendimento, oferecendo serviços básicos para proteção e garantia de direitos para pessoas com transtornos mentais. Esses serviços são destinados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para atender as demandas psíquicas e sociais. (AMARANTE,1995). O CAPS passou a funcionar como um serviço substitutivo dos manicômios e hospitais psiquiátricos, pelo qual deve oferecer um tratamento mais digno e humano, sem fazer uso do aprisionamento. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial é criado em 1987, na cidade de São Paulo, ampliando em âmbito nacional a discussão e construção de novas redes de atendimento em saúde mentalⁱ que possam substituir os tratamentos asilares em hospitais psiquiátricos.

O movimento da luta Antimanicomial, foi fortalecido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, que teve como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar e enfrentar desafios”. Esta Conferência reafirmou as conquistas e princípios da Reforma Psiquiátrica e do

SUS (Sistema Único de Saúde) garantindo após anos do início da luta antimanicomial, a desinstitucionalização e a garantia de uma rede de assistência que consiga substituir os hospitais psiquiátricos, inserindo esses sujeitos novamente no meio social.

Dessa forma, os serviços substitutivos no âmbito da saúde mental são divididos em três, sendo que cada Centro de Atenção Psicossocial é qualificado para atendimentos de variadas complexidades, são eles: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Além dos serviços substitutivos CAPS, a rede de atenção básica em saúde mental contam também com as Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, Centro de Atenção Diária - CAD, oficinas terapêuticas, Hospitais-Dia ("Serviço de Internação Parcial", como os leitos hospitalares, na intenção de cessar as crises psicóticas e evitar uma internação psiquiátrica; dentro outros.

O movimento da luta antimanicomial enfrenta novos desafios que começam a ser discutidos recentemente. Ao se pensar em movimento, logo pensa-se em oscilações e continuidade, além da palavra representar bem o movimento da luta antimanicomial, pelo qual desde o seu nascimento vem lutando por um tratamento mais humanizado e digno para pessoas com transtornos mentais.

O CAPS tornou-se, para as pessoas com transtornos a segunda casa, o local de apoio e acolhimento. E são nesses espaços que encontramos, supostamente naturalizados, a medicalização da vida desses sujeitos. Enquanto a extinção dos manicômios parece solucionar grande parcela das problemáticas em saúde mental, a luta depara-se com uma questão pertinente e que é interpretada também como uma solução. O uso de psicofármacos em pessoas com transtornos mentais substitui uma forma de tratamento considerada muito "desumana" e serve de auxílio na inserção do indivíduo no contexto social atual.

Dessa forma, as bandeiras da Reforma Psiquiátrica não se concretizam. A partir da extinção dos manicômios e formas cruéis de tratamento, os indivíduos institucionalizados e/ou diagnosticados com transtorno mental teriam mais liberdade, autonomia e uma qualidade de vida social e psíquica melhor. Mas, o que deparamos é com uma questão relevante para a luta

antimanicomial, se assim considerarmos que a medicalização da vida está inserida dentro dos próprios aparelhos substitutivos. Estariam os profissionais e usuários do CAPS dependentes de psicofármacos, criando um ambiente manicomial para quem dele necessita?

Quais os entraves para que o paradigma da reforma se concretize? Além das dificuldades inerentes à mudança de paradigma é importante travar a discussão do capital e das indústrias farmacêuticas que são financiadas pelo mesmo. Tais corporações introduzem e mantêm uma sociedade, muitas vezes, desnecessariamente medicalizada. É pertinente que se vive relações mediadas pelo vigente sistema capitalista e reféns das engrenagens construídas visando produzir e distribuir tais drogas.

O Serviço Social com uma formação crítica e dialética que teve seu princípio na caridade discute as concessões e conquistas da sociedade desde o seu início. A profissão existe devido ao sistema capitalista que visa a lucratividade nas mãos de poucos, gerando problemáticas que a profissão interpreta como: questões sociais. Sendo uma profissão participativa e de luta, esta não deixaria de ganhar destaque também na Saúde Mental.

O movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe abertura (AMARANTE, 1995) para os (as) assistentes sociais no começo do movimento, que contou com a participação de trabalhadores da saúde, familiares e até usuários da saúde mental. Porém, por algumas exceções a profissão não estaria apta a exercer seu papel nesse campo. A primeira, pela formação universitária que não preparava o profissional para compreender a loucura; a segunda, por proporcionar a saúde mental uma visão mais social, o que inicialmente foi discordado pelos psiquiatras que compunham o movimento (BISNETO, 2007).

Se a Saúde Mental está aberta a um ponto de vista social, o Serviço Social pode contribuir, e muito, nesse espaço. Através de estudos são relatados como estão interligadas as relações políticas e históricas com o sofrimento mental ou/e “loucura”. Com uma análise mais profunda, interpreta-se a “loucura” como uma consequência da própria luta de classes e seus derivados, o que integra ainda mais a profissão de Serviço Social como intermediária nessas relações de capital-trabalho.

O assistente social em sua atuação em organizações institucionais de Saúde Mental precisa estar ciente das dificuldades em promover a cidadania ou de fazer a reabilitação psicossocial dentro dos limites da ordem burguesa. Mas, se seu campo de intervenção dentro dos estabelecimentos é limitado, seu campo de análise deve ser amplo, e abranger a dinâmica da sociedade capitalista em sua totalidade histórica e social. (BISNETO, 2007, p. 186)

A atuação profissional do (a) assistente social não se resume apenas na garantia de direitos em saúde mental, sobretudo, no olhar crítico e analítico dos problemas pelos quais os usuários, familiares e profissionais estão envolvidos, promovendo dentro do seu espaço profissional uma atuação que irá trabalhar com as demandas e questões sociais nos serviços substitutivos.

Segundo o primeiro princípio fundamental do Código de Ética do/a Assistente Social: “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (BARROCO, 2012, p. 121), as práticas profissionais estabelecidas com os usuários dos serviços devem propor em sua atuação o reconhecimento e a importância da emancipação e liberdade de cada indivíduo, sendo a liberdade também prevista pela Declaração dos Direitos dos Homens e do Cidadão, 1789.

Desse modo, sendo o profissional assistente social um componente importante para o funcionamento e qualidade dos serviços substitutivos, este também trabalha em rede, com demais profissionais que compõem estes espaços, sendo eles: psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros.

Neste sentido, entende-se que as análises das questões citadas estão interligadas, e como algumas são consequências e conquistas históricas e políticas que afetam pessoas em sofrimento mental. A medicalização da vida parece estar inserida em todos os espaços, em todas as opiniões e principalmente, inserida subliminarmente nos serviços substitutivos de saúde mental.

A metodologia da pesquisa será através de uma pesquisa bibliográfica e de campo, por meio de entrevista semiestrutura, pelos quais proporcionará o aprofundamento dos temas até então debatidos, utilizando dos método sócio histórico-dialético. Discute-se a relação entre os autores Halbwachs (1990) e

Ricoeur (2003) e suas pesquisas em memória e história oral, utilizando Thompson (1992) como principal autor, no qual será baseada o instrumental da pesquisa.

Quando se fala em memória remete-se a situações que já vivemos anteriormente e que participamos de forma direta ou indireta, das quais seremos sempre testemunhas. A primeira versão que se tem de alguma memória será sempre individual. Servimos para fortalecer ou enfraquecer uma ideia de algum momento já vivido, mesmo que este também faça parte da memória de várias outras pessoas envolvidas. Entende-se melhor o que Halbwachs (1990) propõe ao falar sobre memórias coletivas e individuais.

As lembranças de acontecimentos diversos da nossa vida são coletivas, mesmo que estejamos sós. A ideia de estar sozinho é ignorada por Halbwachs (1990), pois entende-se que a memória não é construída somente naquele período ou ocasião, pois iremos sempre nos remeter a outras pessoas ou momentos. Anulando o conceito de memória individual. Para Halbwachs (1990), quando retomamos a um lugar, reconstruímos um quadro com partes que estavam esquecidas e as lembranças se adaptam ao conjunto de percepções atuais, permitindo uma ligação entre o presente e o passado.

Essa noção se adequa aos objetivos dessa pesquisa. Recriar o quadro e ativar a memória dos usuários e profissionais é parte fundamental do processo desse trabalho, pois como já foi discutido, as memórias fazem parte das próprias características do sujeito, tornando-o integrante de sua história. Cada relato representa sua subjetividade e essas são representações do que o sujeito vive e interpreta. Não cabe ao pesquisador influenciar nas memórias do informante ao ponto de que elas percam sua essência.

Segundo Ricoeur (2003, p. 1), “do ponto de vista da escrita a história, a noção de passado histórico parece ser a última e irredutível referência de todo o trabalho da historiografia”. A memória torna-se então não só um instrumento simples da história, mas uma forma de se apoderar de memórias que estavam perdidas ou não foram oportunas para serem contadas ou escritas. A memória aparece, então, de duas formas: como matriz da história e como canal de reapropriação do passado histórico. Uma lembrança surge como uma forma de imagem, que esteve guardada e que nos remete a algo que já existiu no

passado e não se encontra no presente, mas em algum momento esteve lá. Para Ricoeur (2003), a memória se esforça para reencontrar este momento “tendo estado”, e esse esquecimento compõe a dimensão da condição histórica de humanos que somos. Quando recordamos uma lembrança, não são necessárias várias pessoas, pois o nosso testemunho cumpre o papel de relembrar todas aquelas memórias. Mas, para que criemos uma ideia mais ampla sobre os momentos vividos, apenas o nosso testemunho não seria suficiente. E mesmo não sendo testemunhas, quando alguém nos remete a memórias, conseguimos criar imagens no presente como se tivéssemos participado.

A memória é instruída por esses dois processos, de escrita e de leitura da história (RICOUER, 2003). Quando as memórias parecem se misturar intimamente com as nossas lembranças, é porque nossa memória não é uma tábula rasa, e sim um conjunto de lembranças que nos levam a algum momento do passado (HALBWACHS, 1990). Tomarei como exemplo, o título do livro Holocausto Brasileira (ARBEX, 2013). O termo holocausto, utilizado para representar a morte de tantos judeus parece não condizer com o que aconteceu no hospício da cidade mineira de Barbacena, mas os processos de mortificação do Eu³ e os tratamentos se assemelhavam aos da guerra. A palavra holocausto nos remete a memória do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra Mundial. Esse tipo de memória nos permite trabalhar com a teoria de presente e passado de Halbwachs (1990), assim como entender a história como uma construção linear proposta por Ricoeur (2003).

Por fim, para que possamos concluir a metodologia, apresentaremos o uso da história oral e sua importância para a pesquisa. Utilizaremos Thompson (1992) para guiar a nossa discussão. Como já citado anteriormente, toda história possui uma influência, uma memória, sendo ela exposta ou não, e até quando ela não existe, possivelmente é criada. A história oral, dependendo da forma como é escrita ou utilizada, nem sempre funciona como uma ferramenta

³Termo utilizado por Goffman (2008, p. 24) para exemplificar os processos de sofrimento, perdas sociais e individuais que ocorrem com os internados ou cada indivíduo que tenha passado pela experiência das instituições totais.

de mudanças. Podemos utilizá-la para mudar os rumos de uma pesquisa, a fim de enxergar e entender novos horizontes, ou aproximar pessoas de assuntos polêmicos e derrubar barreiras impostas. Muito pouco se sabe sobre os papéis coadjuvantes dos personagens encontrados nas histórias, talvez porque estes estejam nessa posição para não representar algo maior, ou serem vistos com mais importância do que “merecem”. A própria estrutura dessas histórias, são direcionadas para modelar a história como se deseja.

No sentido mais geral, uma vez que a experiência de vida das pessoas de todo tipo possa ser utilizada como matéria-prima, a história ganha nova dimensão. A história oral oferece, quanto a sua natureza, uma fonte bastante semelhante à autobiografia publicada, mas de muito mais alcance (THOMPSON, 1992, p. 25).

Assim, a memória se torna tão importante na construção da história, que Thompson (1992) torna possível a pesquisa em história oral, criando um método que consiga abranger as classes subalternas e esquecidas. Ouvir pessoas comuns, interessar-se por suas memórias e o que elas têm a oferecer, tornando-as protagonistas da pesquisa, cria processos de transformações sociais. Reconhecer os indivíduos como participantes de grupos importantes, que anteriormente foram ignorados, modifica o julgamento social. O método em história oral nos permite romper barreiras existentes a um patamar educacional de pesquisa, e ao mundo do pesquisado.

A entrevista permite que criemos uma relação de igualdade, pela qual não podemos nos julgar melhor por pertencer a determinados grupos, como uma instituição educacional. Mesmo que ainda não possamos ver os resultados de um trabalho realizado com história oral, não podemos descartar as contribuições sociais que elas reproduzem, dando importância a fala de pessoas comuns, tornando-as mais confiantes.

Nesse procedimento metodológico, destacamos a noção de entrevista em profundidade que possibilita um diálogo intensamente correspondido entre entrevistador e informante. Para muitas pesquisas, a história de vida tem tudo para ser um ponto inicial privilegiado porque permite ao informante retomar sua vivência de forma retrospectiva, com uma exaustiva interpretação. Nela geralmente acontece a liberação de um pensamento crítico reprimido e que muitas vezes nos chega em tom de confiança. É um olhar cuidadoso sobre a própria vivência ou sobre determinado fato. Esse relato fornece um material extremamente rico para análises do vivido. Nele podemos encontrar o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual. (MINAYO, 2011, p. 59)

A primeira tarefa é conhecer. Informações básicas sobre a pesquisa ou o entrevistado, sejam essas de cunho histórico, ou de entrevistas realizadas anteriormente pelo próprio pesquisador ou não, podem nos aproximar mais do assunto tratado, permitindo maior liberdade entre você e as pessoas na hora da entrevista, o que transmitirá confiança e respeito em ambos.

O objetivo prioritário do pesquisador não é ser considerado um igual, mas ser aceito na convivência. Esse interagir entre pesquisador e pesquisados, que não se limita às entrevistas e conversas informais, aponta para a compreensão da fala dos sujeitos em sua ação. (MINAYO, 2011, p. 62)

Desse modo, com o objetivo de discutir os processos que levam o uso excessivo de medicamentos e como estes estão inseridos na vida cotidiana, principalmente os sujeitos em sofrimento psíquico, pretende-se realizar a presente pesquisa nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde estão inseridos os sujeitos com diagnósticos diversos, institucionalizados ou não, mas, certamente medicalizados.

A pesquisa será realizada no CAPS I da cidade de Cássia/MG, que recebe o nome de Centro Integrado de Saúde Mental de Cássia. O CAPS I é desenvolvido para o atendimento de adultos em geral e conta com serviços específicos como o CAPSi (atendimento infantil) e CAPSad (atendimento de álcool e outras drogas).

Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças. (AMARANTE, 2007, p. 83)

Após contato com a instituição da cidade e permissão dos coordenadores e profissionais para a realização da pesquisa, pretendemos criar um ambiente agradável entre pesquisador e pesquisado, tornando essa relação mais compreensiva e aceitável que irá permitir melhores resultados posteriormente, de tal modo que essa relação se estenda aos profissionais, técnicos e usuários do CAPS. Em seguida ao primeiro contato, iniciaremos as observações e registros dos diários de campo que vão contribuir para análise do que acreditamos ser um novo desafio da luta antimanicomial: o manicômio químico. Através desses apontamentos e da participação do cotidiano profissional e individual de cada componente do CAPS, avaliando o movimento

e os seus próximos passos para a humanização no tratamento para pessoas em sofrimento psíquico.

Para finalizar a pesquisa, pretende-se compreender como são ocupados os espaços do (a) assistente social inseridos no CAPS e como este profissional pode contribuir para esse novo desafio da luta antimanicomial, entendendo que sua formação crítica proporciona questionamentos que vão além dos diagnósticos e olhares médicos, enxergando o sujeito como um ser social inserido em um sistema de minorias.

3. CONCLUSÃO

Espera-se resultados que comprovem a existência do manicômio químico nesses espaços de tratamento psíquicos, como os serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica, entendendo que o termo manicômio está, agora, inserido em outros locais e sujeitos. E se sim, qual a influência recebida para o aumento e permanência desse tipo de tratamento no lugar principal de tratamento psíquico. Compreender na prática como a medicina e a indústria farmacêutica caminham juntas na criação de um manicômio oculto e camuflado, sendo capaz de ser interpretado como curável e humanitário.

Dessa forma, perceber como a luta antimanicomial tem trabalhado questões medicamentosas dentro dos CAPS's, confirmando um trabalho de atenção básica em saúde mental que proporcione ao sujeito melhores condições de viver em sociedade.

Para concluir, observar o trabalho do Serviço Social, considerando que o profissional com formação crítica e dialética contribui para um serviço de qualidade dentro do campo da saúde mental, atuando com bases no Código de Ética Profissional e em seus princípios e diretrizes, compreendendo sua importância no trabalho individual e em conjunto com as demais profissões que compõem o Centro de Atenção Psicossocial do município de Cássia, Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

ALVES, Isadora de Souza. **Eu tenho muito medo de voltar**: relatos da institucionalização total de pessoas com transtornos mentais. 2016. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Universidade de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, T. K. G. B. M. **Saúde Mental e demandas profissionais para o Serviço Social**. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde**. Brasília, DF: 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 14 abril 2016.

CAPONI, Sandra. **Neuronarrativas - A hipocrisia institucionalizada da medicalização da saúde mental**. Disponível em: http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5512&secao=444. Acesso em: 12 de set. 2016

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. São Paulo: CFESS; Cortez, 2012.

CONCEITO DE. **Conceito de psicofármacos**. Disponível em: <<http://conceito.de/psicofarmaco>>. Acesso em: 24 maio 2017.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 17 out. 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-41.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO. França, 1789.

- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- _____. **O nascimento da clínica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014
- FRANCES, Allen. **Gastamos muito dinheiro para tratar pessoas normais, diz psiquiatra**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2016/09/1811982-gastamos-muito-dinheiro-para-tratar-pessoas-normais-diz-psiquiatra.shtml>>. Acesso em: 12 set. 2016
- FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 1963
- _____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008
- GUERRA, Y. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009. p. 701-718.
- HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo, SP, Brasil, 1990.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- PEREZ, Maria Tereza. **Desafios da Saúde Mental na Contemporaneidade**. Ituiutaba: 17 maio 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo : Hucitec, 2004.
- _____. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- RICOEUR, Paul. **Memória, história, esquecimento**. Budapeste: 2003.
- ROBAÍNA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 102, abr./jun. 2010
- THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
-