



Este artigo está licenciado sob uma Licença Creative Commons 4.0. Com essa licença você pode compartilhar e/ou adaptar o material para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra, forneça um link para a licença, e indique se foram feitas alterações.

## ARTIGO

### **Repensando o uso de medicamentos para o cuidado em outros territórios**

*Tulíola Almeida de Souza Lima:*

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9788-9592>

*Roberta Carvalho Romagnoli:*

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3551-2535>

**DOI:** <https://doi.org/10.5281/zenodo.23261486>

#### **Resumo:**

Este artigo discute o fenômeno da medicalização a partir de uma pesquisa de doutorado sobre as relações entre famílias, usuários e equipes trabalhadoras da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. As práticas de cuidado centradas no saber da medicina, dentre as quais se encontra o uso de medicações psiquiátricas, se tornaram hegemônicas com o paradigma manicomial para o tratamento da loucura, o qual é entendido como associado à colonialidade. No entanto, pela proposta de reabilitação psicossocial e pela atuação em redes comunitárias de atenção, têm sido construídas experiências alternativas ao que chamamos de medicalização das situações de sofrimento. A produção e análise dos dados se baseou na Esquizaanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari, bem como nas práticas profissionais a partir do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Experiências de manejo do uso de medicamentos são mencionadas em diálogo com a literatura sobre as experiências nas redes de saúde mental brasileiras. Com os relatos dos e das participantes da pesquisa, sugerimos o uso de estratégias coletivas de intervenção que possam contribuir com outros modos de subjetivação acerca das experiências de sofrimento, refazendo territórios existenciais ampliados nas relações entre sujeitos e os elementos

socioculturais que os envolvem, especialmente no que concerne ao uso de medicamentos psiquiátricos.

**Palavras-chave:** Medicação; Atenção Psicossocial; Famílias; Territórios; Esquizoanálise.

## **Rethinking the use of medications for care in other territories**

### **Abstract:**

This article discusses the phenomenon of medicalization based on doctoral research into the relationships between families, service users, and staff members of the Psychosocial Care Network in Belo Horizonte. Care practices centered on medical knowledge—including the use of psychiatric medications—became hegemonic with the asylum paradigm for treating madness, which is understood to be associated with coloniality. However, through the proposal for psychosocial rehabilitation and work within community care networks, alternative approaches have been developed to what we call the medicalization of situations of suffering. Data collection and analysis were based on Gilles Deleuze and Félix Guattari's Schizoanalysis, as well as on professional practices stemming from the development of the Brazilian Psychiatric Reform. Experiences with medication management are discussed in relation to the literature on experiences within Brazilian mental health networks. Based on the accounts of the research participants, we suggest the use of collective intervention strategies that can contribute to alternative modes of subjectivation regarding experiences of suffering, reshaping expanded existential territories in the relationships between subjects and the sociocultural elements that surround them, especially with regard to the use of psychiatric medications.

**Keywords:** Medication; Psychosocial care ; Families; Territories; Schizoanalysis.

### **Introdução**

No Brasil, atualmente, com a rede construída durante o processo da Reforma Psiquiátrica, com frequência os serviços não têm estratégias formalizadas para informação e participação de familiares no tratamento de usuários em situação de sofrimento mental grave, ou ainda, não têm ações efetivas para a construção de autonomia desses grupos, conforme constatado por Delgado (2014). Se em períodos anteriores o isolamento social era a principal medida em relação aos sujeitos em situação de sofrimento mental, a família passou a ser requisitada como parceira dos serviços e como um espaço possível de provimento de cuidados, com foco na reconstrução da cidadania (Brasil, 2013). Fontes bibliográficas e experiências de cuidado

corroboram a importância dessa inclusão na rotina de atendimento dos serviços, pela ajuda mútua, compartilhamento de vivências e fiscalização, pelas famílias e usuários, dos serviços oferecidos.

Dentre as mudanças e reorientações políticas iniciadas entre os anos de 1980, houve a aprovação da Lei 10216/2001, pautada no respeito aos direitos de pessoas em situação de sofrimento mental e no tratamento que preserve e amplie a inserção na comunidade, no trabalho e na família (Brasil, 2001). Essa lei contribuiu para efetivar as redes de atenção no país e para alterar os modos de financiamento em instituições de características asilares, segregadoras e excludentes: referência para os movimentos de luta por uma sociedade sem manicômios e pelo cuidado em liberdade. Destacam-se ainda, os marcos constitucionais para definição de saúde como direito de cada cidadão e cidadã brasileiros(as) e como dever do Estado e os parâmetros da atenção em saúde mental alinhados com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas mudanças na reorientação da assistência se deparam com práticas curativistas e médico-centradas e trazem desafios: lidar com os diferentes determinantes de saúde, com as condições econômicas e sociais, com os processos de trabalho, as características de gestões locais, dentre outros. Assim, há críticas ao uso de psicofármacos como algo naturalizado no cuidado em saúde, as quais indicam analisar este fenômeno como “um dispositivo constituído de linhas que transitam, se conectam e se relacionam, inventando modos de viver” (Trevisan e Arantes, 2021, p. 142) que respondem à nossa estrutura social. Pensar na relação que estabelecemos com os medicamentos requer também pensar nas relações entre profissionais e usuários(as) do SUS, considerando os efeitos da colonialidade que permanecem neste campo: o patriarcado, sexismo, eurocentrismo, discriminações, apagamento de saberes, hierarquização dos modos de vida mais ou menos alinhados ao funcionamento do capitalismo, opressões e diversas formas de exercício de poder entre as relações intersubjetivas (Quijano, 2005).

Uma das dificuldades no modelo de atenção antimanicomial é exercer práticas para o protagonismo e diminuição dos riscos de tutela, o que exige uma desconstrução

de concepções historicamente consagradas pela existência dos manicômios. Instituições nas quais a vida girava em torno da ordenação e disciplinamento operados por racionalidades médicas. É preciso continuar os ganhos com o processo de Reforma, e questionar essas concepções, no sentido de problematizar as práticas e seguir as desenvolvendo em benefício de quem precisa de atenção e cuidado. O modelo hegemônico da psiquiatria se pauta em classificações que geram alienação e aprisionamento (Fanon, 2020), definindo transtornos mentais por vezes dissociados de seu contexto social e cultural - o que torna necessário rever tais fundamentos para o estabelecimento de práticas de cuidado contracoloniais. De acordo com o que foi retomado por David e Vicentin (2023), a este respeito, entendemos tal clínica como intrinsecamente ligada ao contexto político, associando o sofrimento psíquico aos efeitos da colonialidade.

A clínica ampliada (Campos, 2002), alinhada à Reforma Psiquiátrica, busca promover a autonomia dos usuários, garantir o acesso aos direitos e favorecer a reabilitação psicossocial. O modelo antimanicomial defende a cidadania como princípio essencial, incentivando mudanças nas relações entre profissionais de saúde e usuários para superar o modelo médico-centrado e integrar a produção de saúde à garantia de direitos. Mas esse modelo ainda possui muitos desafios.

A medicação psiquiátrica tem seu papel estratégico no tratamento. Porém, a eficácia na remissão de sintomas agudos, seu manejo em situações de crise, bem como a demanda que indica expectativa de controle de comportamento e o modo como se insere na cadeia produtiva e mercadológica em saúde, tornam-na fator de muitas facetas, de potentes modos de uso e de problematização das relações estabelecidas nesse campo. É preciso desfazer a ideia de que tal medicação, ou mesmo o acompanhamento com a psicologia, sejam condutas únicas e inevitáveis, buscando retirar a centralidade do saber médico e do saber psicológico na lida com o sofrimento humano (Nilo, 2008; Melo et al, 2015).

Nesse contexto, este trabalho busca problematizar os modos de uso de medicamentos a partir de uma pesquisa de doutorado sobre as relações entre famílias,

usuários e equipes trabalhadoras da rede de saúde mental de Belo Horizonte. Para tal, busca os efeitos da medicalização, rastreando endurecimentos e possibilidades nas práticas de cuidado em saúde mental, investigando os processos de subjetivação que se efetuem na relação das famílias de usuários(as) adultos(as) em situação de sofrimento mental e as equipes profissionais na política pública de saúde - em um serviço de saúde para atendimento à urgência e emergência em saúde mental e em um centro de convivência. Os trechos escolhidos para análise, destacados neste trabalho, concernem aos usos de medicamentos e às questões suscitadas pelos modos de uso dos mesmos.

Nesse percurso usamos também a intercessão de nossa própria prática, com as vivências de diversas pessoas, em uma perspectiva cartográfica, considerando as possibilidades de usuários e usuárias decidirem sobre seu próprio tratamento. Na cartografia, ao darmos ênfase aos saberes construídos entre esses atores e seus familiares, retomamos perguntas e silêncios, experimentando valorizações nas falas das pessoas em seus “[...] saberes transmitidos muito mais no fazer do que por meio de teorizações complexas e muitas vezes inalcançáveis” (Nilo, 2008, p. 30). Prezamos, assim, por modelos de atenção que considerem a vida para além do quadro de sofrimento mental apresentado, ampliando as condutas para que se articulem com os modos de existir dessas pessoas. Na complexa interação de interesses, com as forças que se exercem no cotidiano, lidamos com responsabilidades quanto ao cuidado com o outro. Cuidado que envolve as lidas com angústias profissionais atravessadas pelas intempéries vividas por usuários e familiares e que muitas vezes alcança saídas bem sucedidas.

## Metodologia

A cartografia realizada, enquanto metodologia de pesquisa, inclui a dimensão de participação em processos em andamento, organizados nos serviços de atenção psicossocial e prévios ao início da pesquisa. A cartografia se caracteriza como um método de pesquisa-intervenção, e, como colocado por Paulon, Londero e Righi (2019) não é prescritivo. Com ele buscamos relatar um “encontro singular e intempestivo entre

os fluxos de um devir-mundo que tece, a um só tempo, o cartógrafo e a cartografia: olhos e paisagem são um processo de movimentos em encontro” (p. 22). Assim, buscamos uma produção conjunta de conhecimento a respeito da participação de familiares nos tratamentos ofertados, a estigmatização da pessoa em situação de sofrimento mental, o uso de medicamentos, entre outros elementos presentes na convivência entre essas pessoas. Nesse percurso, percorremos as linhas que se enlaçam na relação das famílias de usuários em situação de sofrimento mental com os técnicos da rede psicossocial. Linhas de reprodução e de invenção que compõem o rizoma do cuidado em saúde mental.

A produção dos dados, assim como os modos de inserção, a presença nos serviços, a condução das entrevistas e as análises durante o processo se basearam na esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Essas ideias sustentam a complexidade da realidade, que se exerce em um plano de imanência, detentor de funcionamentos distintos: ora esse plano opera para a classificação, reprodução, ora para a emergência de estados inéditos. Isso para tentar cartografar a realidade-rizoma, mundo-rede que se autoengendra por agenciamentos com os mais variados elementos da realidade, aos quais se conecta e reconecta a todo instante. Rede que possui endurecimentos, segmentaridades, estruturas cristalizadas calcadas em padrões repetitivos – a lógica assistencialista e asilar, a medicalização que paralisa, o cuidado associado às mulheres e muitas vezes invisibilizado enquanto trabalho, dentre outros - mas também remete a forças que traçam linhas de fuga, permitem a potência da autonomia, o exercício da vida, a construção de outras formas de habitar o mundo.

Com o objetivo de investigar os processos de subjetivação que se efetuam na relação das famílias de usuários adultos em situação de sofrimento mental na política pública de saúde e os técnicos, participaram da pesquisa grupos de familiares e de equipes em dois serviços de saúde mental da rede de Belo Horizonte (MG): um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e um centro de convivência (CC), em que já ocorriam encontros regulares entre famílias e equipes. Durante a realização da pesquisa, acompanhamos atividades de rotina, reuniões, passeios, organização de festas, reuniões e entrevistas coletivas para abordarmos os temas e objetivos

específicos da investigação. A pesquisa passou por autorização do Comitê de Ética responsável pelos campos onde se desenvolveu, seguindo os requisitos da Resolução CNS 466/12, tendo sido aprovada pelo CAAE 01247618.0.3001.5140.

### **Sobre consumos, excessos e papéis de gênero feminino**

Uma das linhas que percorremos em nosso estudo foi a que enlaçava diferentes usos de medicamentos psiquiátricos, estratégias de medicalização e de cuidado pautados no paradigma de atenção psicossocial, além do cuidado realizado pelas mulheres. Há que se considerar a oferta expansiva de medicamentos e psicofármacos na nossa sociedade relacionando-a aos interesses de mercado, aos lucros das indústrias farmacêuticas e ao tipo de postura profissional alinhada a esses interesses de roupagem tecnicista. A mídia e a publicidade exercem também seu papel como indutoras do consumo, associando respostas farmacológicas às necessidades de saúde e à demanda pelo bem estar da população. O discurso a favor da ciência como verdade e saber sobre os corpos enaltece seus avanços ao longo dos séculos XX e XXI e destaca o arcaísmo de medidas antigas: a droga fabricada agora, sendo moderna, tem eficácia terapêutica e exclui seus danos em potencial. O mesmo é válido sobre a defesa das técnicas de eletroconvulsoterapia: há quem diga que não são problemáticas, dadas as medidas de segurança atualmente disponíveis para sua aplicação.

Os diversos determinantes na situação de conviver com o sofrimento mental deixam-nos entrever “o excesso como um dos componentes essenciais da medicalização” (Costa-Rosa, 2013, p. 193). Segundo este autor, as demandas imediatistas para lidar com as diversas fontes de sofrimento se atrelam ao consumo de práticas psiquiátricas, tornando a assistência, mercadoria. O uso compulsivo caracteriza também a relação com as drogas consideradas ilícitas ou ilegais, presente na nossa sociedade, com efeitos em termos de mortalidade e violência - os quais são ainda mais agravados se analisarmos os dados relacionados a populações negras e pobres, vulnerabilizadas, principais vítimas da proibição e criminalização do consumo de drogas.

Sabemos da necessidade antropológica e cultural do consumo das substâncias psicoativas, não tornando patológica toda e qualquer forma de consumo e nos colocando favoráveis ao debate ampliado sobre o assunto nas redes de atenção psicossocial e em outras áreas. Entretanto, nas redes de saúde mental, percebemos a construção de relações de produção e consumo pautadas em patologização de muitas vivências cotidianas e medicalização da vida. Segundo Paulon, Londero e Righi (2019) a assistência e o cuidado em saúde priorizam, neste viés, as disfuncionalidades do corpo como sintomas a serem suprimidos rapidamente, em uma relação normatizadora e sem escuta adequada das especificidades de cada situação que cause sofrimento.

Nessas circunstâncias, o rizoma da saúde mental conecta-se com o capital, com a lógica da reprodução, capturando a loucura, gerenciando subjetividades sobre a qual se exercitam as potências normalizadoras da sociedade em que vivemos. Contudo, podemos pensar em diversas formas de luta que têm em comum serem contrárias ao sistema capitalista e à colonialidade. Isso porque a colonialidade não é apenas um legado histórico, mas um padrão que ainda organiza hierarquias sociais, raciais e culturais, mantendo relações de poder no cotidiano. Essas relações atualizam-se em formas de expropriar, dividir, inferiorizar e invisibilizar grupos, integrando e avivando estados de opressão, como foi feito no processo de colonização. Trazendo este referencial analítico para a dimensão micropolítica na atenção psicossocial, podemos entender que padrões de imposição de condutas são reproduzidos diante de usuários(as) colocados(as) como despersonalizados, coagidos a usarem medicamentos que os deixam como robôs, sem sentimentos, desconectados(as) de si e com menor poder decisório sobre seu tratamento e sua vida (Trevisan e Arantes, 2021).

Um desses enfrentamentos se refere às questões interseccionais que perpassam o cuidado em saúde mental. Ao reconhecer a interseção das vulnerabilidades de classe, gênero e raça nas vivências cotidianas das pessoas é possível apostar na organização coletiva para criarmos alternativas nas condições atuais em que vivemos. Apostamos em relações nas quais as mulheres possam reproduzir ações e valores compartilhados na sua comunidade, e não somente as condições de manutenção do bem-estar de classes favorecidas e sexistas. E que tais atribuições não sejam estipuladas por critérios

de gênero, mas sim por interesses e habilidades pessoais estabelecidas pelos próprios sujeitos em relação. Criar linhas de fuga, movimentos de desterritorialização e de desestratificação.

De todo modo, a experiência nos campos de cuidado demonstra que não é frutífero discutir outras formas de expressão e organização familiar sem nos debruçarmos sobre o lugar convencional estabelecido para as mulheres em nossa ordem social. Há uma histórica associação entre sexualidade feminina e loucura, que justificam parte da opressão à condição de gênero feminina, como salientado por Pegoraro e Caldana (2008), ao analisar os cuidados informais prestados comumente por mulheres. Na pesquisa realizada percebemos que não tem havido problematização conjunta sobre os cuidados prestados por mulheres – as familiares, bem como as trabalhadoras - de modo a se pensar possíveis mudanças na distribuição de papéis no cotidiano da população atendida nos serviços.

A partir da militância da luta antimanicomial e contracolônia, contudo, podemos traçar planos nos quais os manicômios sejam reconhecidos enquanto lógicas de relação e o capitalismo não se sustente em uma fictícia face humanizada. A função social do manicômio é excluir, isolar e controlar comportamentos inadequados. Foi criado e é mantido pela idealização, lógica, imagem e semelhança de quem quer se afirmar como superior. Não existe por caridade. Não se justifica por benevolência. Acobertaram abandonos e ainda escondem crimes e violências. Não trata, mas produz sofrimento. Manicômio, capitalismo, instituições totais, escravatura: ordens baseadas na subjugação de quem é considerada(o) mais fraca(o) e que se baseiam em exercícios desiguais de poder. A lógica manicomial corrobora com a exclusão de pessoas consideradas menos humanas - neste caso, em função da situação de sofrimento mental caracterizada como doença a ser sanada e controlada.

Nossa cultura pressupõe a criação de rostos e rostidades para muitas manifestações, criando instituições como sistemas de explicação lógica e definindo modos de existência. Deleuze e Guattari (2012) apresentam a construção de rostidades em maquinarias sociais e políticas que impõem identidades padronizadas e demonstram

a binariedade classificatória tradicional que, no campo da saúde mental, se associa à definição de comportamentos e modos de existência “normais ou anormais”. O uso deste aporte conceitual nos permite identificar a binariedade para em seguida sair dela: por um uso de expressão contra excessos identitários. Problematicar papéis de gênero definidos para contrapor práticas e discursos sexistas dominantes, sem aludir a uma essencialidade feminina ou masculina que sabemos que não existe. Apostar na rostitude como multiplicidade (Deleuze e Guattari, 2012) e criar ações clínicas que questionem códigos instituídos e permitam a construção de outros territórios existenciais. Buscar condições de criar um rosto-plasma de uma instituição de provimento de cuidados que cultive sua capacidade sensível, que dê condições para trabalhadoras e trabalhadores estarem disponíveis para acolher sofrimentos e demandas alheias, na rotina das convivências que propõem. Sem, necessariamente, fixar a longo prazo uma identidade colada de qualquer pessoa ou gênero ou estilo ao serviço. Sermos inventivas e continuarmos sendo, enquanto serviços e equipamentos, depende de esforços coletivos. Criar rostos que identifiquem os locais e equipes provedores de cuidado é uma tarefa cuja forma varia diante de cada situação e problema a enfrentar. Se um grupo específico consegue agir em sintonia, entre seus componentes, é possível estabilizar uma imagem representativa do coletivo que mantenha traços distintos, como fragmentos em mosaico de muitas(os) de nós. Um devir-caleidoscópio que reflita várias faces e forças, tirando da sua própria mutação a riqueza das ações.

Destacamos aqui a impotência do coletivo, com plano de coengendramento da potência intensiva da vida, que propicia também o deslocamento da lógica binária e reprodutiva da submissão e opressão, tanto do cuidado das mulheres, quanto da própria loucura, para a invenção, a construção de formas de resistir. Para enfrentar as capturas feitas pelo capital, devemos buscar compor corpos coletivos, construir o comum, sustentar modos alegres de existência. O coletivo permite a construção da experiência política do comum, como uma forma de resistência aos modos dominantes do individualismo em que vivemos. Hardt e Negri (2014) fazem uma forte crítica ao capitalismo contemporâneo, denunciando o refinamento dos seus mecanismos, que operam pela produção e reprodução de modos de existência. Esse poder, denominado

de biopolítica, investe nas subjetividades, controlando as condições de vida. Mas é possível resistir a ele, através das forças que assumem território comum, que acolhe as singularidades, as diferenças e se abre para o coletivo, engendrando processos democráticos, horizontais e participativos. Comum como um modo de produção e de vida baseado na cooperação, partilha e solidariedade, projeto político centrado na ação da multidão, das comunidades e que nos permite sustentar uma lógica antimanicomial e de cuidado partilhado.

### **Sobre vivências de usuários e estratégias na atenção psicossocial**

Apesar das críticas que temos feito sobre os modos de uso dos psicofármacos na rede de atenção em saúde mental, não estamos desconsiderando os seus benefícios. O problema é que muitas situações concretas sugerem uso prejudicial, às vezes abusivo, com consequências evitáveis. Por outro lado, representa ferramenta sinalizadora de poder de decisão sobre a vida de outrem, para quem os prescreve. São comuns estratégias que levam à chamada “demissão subjetiva” (Costa-Rosa, 2013, p. 170) de tais sujeitos, na qual a aplicação técnica diminui a consideração da dimensão política dos processos de subjetivação e tende a localizar o sofrimento em uma esfera individual e excessivamente ligado a uma leitura psicologizante. Nesse sentido, molda subjetividades, as paralisa, anestesia, atua como linha de segmentaridade, arborescências, transcendências. É preciso fazer circular os efeitos principais de remissão de sintomas esperados dos medicamentos, bem como os secundários, a fim de buscarmos uso ético desta conduta terapêutica.

É frequente o mau uso de medicamentos no Brasil e em outros países, com incorreções nas prescrições, na dispensação, venda e distribuição e nas formas de uso (Brasil, 2019). A lógica de prescrição medicamentosa que desconsidera as complexidades das vidas e diminui os possíveis erros que podem levar a óbitos e danos à saúde, pelo fenômeno que consideramos aqui como medicalização - da vida e da atenção à saúde mental - é imposta muitas vezes a populações específicas, como pessoas institucionalizadas e em tratamento para transtornos mentais (Brasil, 2019).

Essa postura está atrelada a certo tipo de controle que a sociedade demanda, reforçando comportamentos normatizados e nos distanciando da potência dos corpos que passa a ser, quando medicalizada, oprimida.

O termo “medicalização”, porém, se refere também a práticas de trabalhadores(as) não médicos(as) de uma equipe multiprofissional, se elas indicarem a centralidade do uso de fármacos nas respostas, ou até mesmo se o saber médico é colocado como modo principal e / ou superior a outros. Trata-se de “fenômeno social e cultural de profunda repercussão na subjetividade” (Costa-Rosa, 2013, p. 195) e nas consequentes práticas discursivas. De todo modo, interessa-nos analisar a combinação entre sociedade de consumo, forma hegemônica de ciência e efeitos do neoliberalismo, para melhor vislumbrarmos o “frenesi em que ‘consumidores’ e ‘receitadores’ se veem arremessados” (Costa-Rosa, 2013, p. 168) nas situações clínicas que envolvem usos de medicamentos psiquiátricos.

A cartografia realizada indicou, a este respeito, que as situações de crise colocam em xeque estas ponderações, enredando profissionais, familiares e usuários(as) em delicadas avaliações sobre como lidamos com as manifestações da loucura e como agimos para ampliação e preservação dos laços sociais entre esses sujeitos. O uso das medicações psiquiátricas e a própria medicalização são, também, respostas sociais e culturais. Todavia, mesmo entre familiares que conhecem a proposta do modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, há exemplos da centralidade atribuída às prescrições médicas - uma linha de força, de fato, muito presente no nosso contexto social. Essa linha cria segmentos que paralisam e intoxicam, segmentaridade que recorta, aprisiona, endurece.

Na pesquisa observamos o risco de a família ser chamada a fazer um controle do comportamento via medicação, sendo parceira do serviço de saúde para uma espécie de denúncia caso a prescrição médica não fosse seguida à risca pelo usuário. A família é corresponsável para avaliar as mudanças obtidas com a inserção no acompanhamento psicossocial, contribuindo para formulação e avaliação do projeto terapêutico dos usuários. Mas a sua forma de participação pode acabar se restringindo à presença nos

grupos de discussão, por vezes com foco no uso da medicação, monitoramento de sintomas e ainda tentativa de controle sobre o comportamento dos usuários vinculados, conforme indicado por Bielemann et al (2009). Assim, evidencia-se mais uma vez a preponderância da medicalização da saúde mental em um certo imaginário popular, sendo dada ênfase na medicação como modalidade privilegiada de tratamento.

As dificuldades diante de uma crise, relacionadas à ausência de explicações sobre os quadros em termos de relações de causa e efeito, geram uma restrição à palavra que o próprio sujeito possa usar sobre sua condição, como se ele, usuário, não pudesse responder por si. Há, contudo, no trabalho com famílias, possibilidade de retificar um pouco dessas certezas anunciadas, sugestivas de uma reprodução sobre as condições de sofrimento mental baseadas no senso comum, a despeito das experiências pessoais que esse grupo familiar, especificamente, possa ter construído ao longo do tempo de cuidado com o usuário.

Existem no Brasil e em Belo Horizonte algumas experiências em andamento sobre o manejo cogestivo da medicação utilizada no campo da saúde mental. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma ferramenta para discussão e apoio à centralidade das decisões dos próprios usuários(as) sobre o seu tratamento, é também uma estratégia para enfrentar o desafio da centralidade do saber médico: “ainda enfrentamos o desafio de que o tratamento baseado em medicamentos – ou fármacos – seja o mais utilizado, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação” (Campos et al, 2014, p. 5). Há preocupação recorrente que expõe sobre outras formas de organização da assistência e o esforço de integração com os saberes comunitários e locais.

O dispositivo GAM é definido como “um espaço a mais para desenvolver a capacidade de diálogo sobre o tratamento” (Campos et al, 2014, p. 18). E é preciso enfrentar a realidade da precarização da assistência quando vemos profissionais médicos prescreverem medicações e outras medidas que podem ser invasivas, do ponto de vista dos usuários, mas para oferecerem “alguma resposta” concreta ao problema colocado, mesmo que não tenham certeza sobre a eficácia da conduta ou que

considerem aspectos psicossociais do estado de sofrimento dos usuários. A construção de modos de relação com a saúde das pessoas “tem características clínicas, éticas e políticas” (Campos et al, 2014, p. 22). Defendemos, portanto, a desnaturalização da prescrição medicamentosa como única ou principal resposta na assistência em saúde mental, assim como a desnaturalização dos sofrimentos humanos, recorrendo a pesquisas que têm auxiliado a criar dispositivos para desnaturalizar efeitos de práticas medicalizantes (Santos e Zambenedetti, 2019). Outro interesse particular promovido pelos grupos GAM refere-se à mobilização de dimensões distintas, tais como a gestão de serviços públicos, participação de familiares, usuários e comunidade nas condutas propostas, redes de apoio social e afetivo, efeitos dos medicamentos, etc. (Melo et al, 2015). Tais autores(as) destacam a indissociação entre a função clínica e as relações institucionais para a produção de saúde. Entendemos que este dispositivo pode favorecer outros agenciamentos com o cuidado em saúde mental, operando para a construção de linhas de fuga frente à submissão dos usuários.

A situação de crise envolve também a dimensão do laço social e exige um posicionamento político e ético da rede (Souza, 2010). Este autor, também trabalhador da saúde mental em Belo Horizonte, destaca que o suporte depende da integração das medidas de cuidado e reabilitação realizadas no território, com possibilidade de se abordar tais crises “num instante anterior à sua precipitação em urgência e emergência” (Souza, 2010, p. 112). A medicação, como vimos, incide sobre os sintomas e não basta como conduta. Os projetos terapêuticos individuais devem ser realizados por e para cada usuário(a), nas particularidades de cada um(a). E para que a antecipação da assistência a uma situação grave não se configure como medida arbitrária, devemos buscar a convergência e a organicidade das ações diversas envolvidas em cada caso, conforme autorizado pelo próprio sujeito em situação de sofrimento em questão. Isso porque, “(...) existem estruturas de árvore ou de raízes nos rizomas, mas, inversamente, um galho de árvore ou uma divisão de raiz podem recomeçar a brotar em rizoma.” (Deleuze e Guattari, 1995, p. 24), construindo possibilidades de autonomia e de ação.

A vontade de traduzir uma situação de sofrimento em um diagnóstico médico é comum entre usuários e familiares atendidos no SUS. No tipo de abordagem dominante

que favorece uma compreensão biomédica dos quadros associados à saúde mental, a crise acaba sendo identificada como fenômeno negativo, separando-o do contexto de vida que o envolve, e priorizando a contenção através do uso de medicação. Por causa desta tradição social e cultural de atrelar a manifestação da loucura a algo que deve ser excluído e controlado, temos ainda hoje, apesar do desenvolvimento das redes de assistência, riscos de a atenção nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e mesmo em outros serviços, ser assimilada à assistência médica, sendo oferecido um cuidado médico-centrado. A argumentação que defende um atendimento “mais humanizado” nas instituições poderia parecer compatível com a discussão que a Reforma Psiquiátrica propõe, mas representa captura discursiva melindrosa que repete um modelo de hierarquia técnica e mantém condições para exercício do poder das equipes profissionais, alvo de enfrentamento permanente para a defesa do modelo antimanicomial e de tratamento em liberdade.

Alguns estudos têm demonstrado a necessidade de repensarmos o paradigma de cuidado em saúde mental baseado em medicação (Whitaker, 2015). Apesar da ênfase dada ao contexto de tratamento nos Estados Unidos, este autor apresenta uma série de estudos publicados em periódicos internacionais que avaliam os efeitos de longo prazo com o uso de medicamentos psiquiátricos de classes diversas: os dados epidemiológicos sugerem maior dependência das medidas de proteção social por parte do Estado, dificuldades de retorno às ocupações formais após as crises e consequentes terapias farmacológicas, dificuldades na manutenção de relações afetivas. Promessa de melhoria de vida, mas decorre em piora em diversos aspectos relacionados a uma espécie de iatrogenia e cronicidade que usuários desenvolvem (Whitaker, 2015). Exemplo de como a psiquiatria intervém nas interações sociais e culturais, e consequentemente, nos processos de subjetivação, criando regimes de verdade.

Na tendência de combinação de cuidados psicossociais e maior racionalidade no uso dos medicamentos, temos conhecimento também da estratégia do Diálogo Aberto, iniciada na década de 1980 na Finlândia e atualmente replicada em diversos outros países (Kantorski e Cardano, 2017). Somam-se diversas vozes que ampliam as possibilidades de intervenção diante das crises. Da nossa parte, enfatizamos a dimensão

das relações sociais e afetivas dos usuários em seus contextos de vida: se as “psicoses nascem de relações severamente desgastadas”, urge criarmos condições de respostas que considerem esse sistema relacional mais amplo, a partir das negociações possíveis que cada situação permite e de uma parceria a ser construída e mantida com os envolvidos, a serem considerados nas tomadas de decisão conjunta, inclusive a respeito das medidas terapêuticas executadas. Em termos da atuação na rede psicossocial dos territórios, seria o caso de radicalizarmos nas intervenções cotidianas, assumindo a necessidade de um enfrentamento à colonialidade, no sentido de alinharmos objetivos comuns, incluirmos desejos e escolhas de usuários (as), escapando a tentativas de controle pautado em saberes técnicos e mantendo projetos terapêuticos singulares reformulados constantemente, conforme necessidades locais particulares atreladas a marcadores sociais.

Kantorski e Cardano (2017) retomam esta experiência do Diálogo Aberto como uma filosofia de enfrentamento de problemas nas relações entre as pessoas diante de uma crise psicótica, em que o cuidado também com a família e a rede social de cada indivíduo, preferencialmente no domicílio, favorece uma comunicação aberta entre as partes envolvidas. Tratando das questões da vida cotidiana, todo o tratamento, incluindo o diagnóstico, é elaborado em reuniões conjuntas. Dentre os princípios desta estratégia consta a “tolerância à incerteza” (Kantorski e Cardano, 2017, p. 24; Bergstrom et al, 2018, p. 169), pelo qual não se tomam certas decisões no primeiro contato. Ao contrário, o grupo se encontra algumas vezes para decidir questões delicadas, buscando evitar medidas precipitadas; até mesmo o uso dos medicamentos não é realizado necessariamente como primeira abordagem. O tratamento passa, assim, por fases em que todos os envolvidos se posicionam, se apoiam, aprendem a manejar a crise de modo coletivo e deixam tempo para ideias surgirem e favorecerem a resolução dos problemas. “O importante no processo são as trocas emocionais” (Kantorski e Cardano, 2017, p. 27). No contexto brasileiro há relatos sobre a potência dessas práticas. Com a pesquisa apostamos em técnicas e dispositivos já conhecidos pela rede, mas que eventualmente necessitam recuperar seu vigor e funcionamento como encontros entre corpos que ampliem o que cada um pode ser e vir a ser, em seu próprio percurso de vida. A clínica

sempre permite a retomada de tais percursos, mesmo quando consideramos aspectos de difícil elaboração e frequentemente repetidos.

Por vezes ouvimos relatos sobre expectativa social fadada ao fracasso e que se resume em algo como um questionamento quase simplista sobre como seria “deixar de ser louco”; há uma expectativa social que se relaciona a formas de culpabilização que caem sobre o indivíduo que adoece. Talvez as responsabilidades sobre o fenômeno da loucura não sejam trabalhadas mais amplamente e as relações de parentesco assumam formas enrijecidas de obrigatoriedade de amor e de modos de cuidado com o outro que passem pela incondicionalidade da proximidade entre as pessoas. Os desejos acabam, nesse contexto, assumindo formas desvitalizadas e reproduzindo padrões de interação muitas vezes coercitivos para nós mesmas. Tal como sugerido por Guattari e Rolnik (2013), alertamos para formas de tratamento do desejo na subjetividade capitalística, nas quais ele se apropria do corpo, do devir e do desejo do outro, constituindo territórios opacos e fechados, pouco acessíveis à singularização. O que não é sem consequências para as práticas de atenção operacionalizadas nas redes de cuidado.

Por este viés, podemos pensar em maneiras de ser e estar e relacionar com a loucura com maior suavidade em nossos territórios existenciais. Um desafio inerente ao provimento de cuidado e que requer “[...] que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções” (Brasil, 2013, p. 64). Podemos tentar garantir lugares simbólicos de acolhimento de familiares nos serviços, inclusive para tratar seu sofrimento e suas dificuldades emocionais associadas à condição de cuidador(a), pelo que percebemos nas conversas, em especial no CERSAM.

Trabalharmos em rede e em equipe nos territórios, nos dispendo a estar nos locais das microrrelações, demanda de nós ampliação de nossos repertórios profissionais e de vida. Os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se organizam pela proximidade física e descentralização das ações, e também pela articulação aos contextos de vida de grupos e pessoas (Brasil, 2013). Pelo viés da esquizoanálise e de como compreendemos os processos de subjetivação, temos o

conceito de território como “um guia para a produção de novas subjetividades que consigam fugir de subjetivações degradadas nas instituições totais, ou escapar de existências suicidárias” (Lancetti, 2010, p. 91). Atuar na rede substitutiva aos manicômios permite outros agenciamentos - é com essa lógica que conseguimos construir saídas para desenvolvimento da autonomia das pessoas.

Dentre os medos e condições a enfrentar estão os modos de circulação e modos de habitar o território, que acabam gerando restrições de circulação de usuários(as), que muitas vezes se restringem a frequentar o serviço ou equipamento da rede e deste para casa, em um circuito reduzido. É função também dos CAPS e CERSAMs promoverem outros modos de relação com a loucura, dando suporte para que ela ocupe outros espaços urbanos.

O serviço pode se colocar como agenciador nessa construção de outras relações, conforme mencionado por Bongiovanni e Silva (2019), através do uso de dispositivos de grupo. São tarefas ligadas ao processo de desinstitucionalização, que implicam também o apoio a modos de apropriação dos espaços de circulação e convivência. De forma semelhante sugere Dimenstein (2006), ao indicar o serviço como dispositivo transitório da rede, que possa trabalhar na e com a comunidade sobre a cultura dominante manicomial que habita em nós, nas instituições e nos nossos espaços de convívio, construindo alternativas ao preconceito com pessoas em situação de sofrimento mental.

Não pertencer a um determinado local, não se sentir pertencendo ao território onde se vive, pode ser fator gerador de sofrimento. O que aprendemos a respeito dos ganhos com o movimento antimanicomial fica evidente ao constataremos outros modos de vida, apesar da condição de acometimento de algum tipo de transtorno mental, a partir da inserção nos diversos espaços das cidades. Circular pelas mesmas, podendo ressignificar os espaços e as relações. “[...] Considerar a dimensão subjetiva na reaquisição do direito ao uso dos espaços” (Moura, 2011, p. 46). Quando conhecemos pessoas submetidas ao poder psiquiátrico, em um contexto que define a loucura como problema de saúde, vemos como opera o “[...] poder normalizador sobre os modos de

vida nas cidades” (Paulon, 2017, p. 778). Esta autora sugere como a loucura não enclausurada contribui para pensarmos sobre os problemas da nossa democracia.

É necessário, contudo, que profissionais reflitam com usuários e familiares sobre o modo de fazer essa pactuação e dividir a responsabilidade de construção de redes. Sair de seus serviços e equipamentos e conhecer locais de trocas pode ampliar as organizações cotidianas de modo a incentivar maior autonomia. Não ter necessariamente um lugar único para tratamento, descentralizando as referências sociais e terapêuticas para alcance de exercício de cidadania. O direito à saúde não implica em obrigatoriedade de tratamento por ser louco, assim como utilizar a rede não significa depender demasiadamente dela.

Fazemos uma ressalva, ainda, ao risco de assimilação da noção de autonomia por um viés neoliberal e condizente com mecanismos de mercantilização da saúde e efeitos de subjetivação pró-capitalísticos. “Sustentar que o indivíduo é responsável por sua saúde é sumamente discutível no caso de pobreza. Nestas circunstâncias, não colocar os determinantes socioeconômicos culturais e ambientais em perspectiva costuma criar o cenário para a culpabilização das vítimas” (Castiel, 2007, p. 38). O cenário atual em que vivemos abriga modos de governo que controlam as pessoas, enfraquece rituais coletivos e incentiva identidades individualistas. Mesmo a plasticidade psíquica que defendemos como sinal de melhor saúde mental pode ser capturada pelas forças dominantes para funcionarem nas lógicas de consumo. Castiel (2007), ao se utilizar da noção de biopolítica desenvolvida por Foucault, aplicando-a no campo da saúde coletiva, indica as ambivalências de nossa época, inclusive dos discursos sobre a categoria de risco. Os discursos biologicistas e as ênfases de pesquisas genéticas, no processo atual de produção de conhecimento hegemônico, constituem “[...] uma tecnologia social que produz bio-subjetividades ao estabelecer modos de relacionar-se consigo mesmo, com a família e a sociedade” (Castiel, 2007, p. 117). Tais condições levam à descrença na busca de soluções alternativas, coletivas e políticas transformadoras (Castiel, 2007), que pode ser enfrentada através de articulações éticas e políticas sobre o estatuto do corpo para entender como ele se tornou político.

A desigualdade social brasileira não nos permite simplificar as análises e as proposições, sendo necessário pautar ações e modos de cuidado conforme as contingências e determinações sociais que envolvem processos de adoecimento e saúde das pessoas. Para buscar promoção de saúde e práticas pautadas nos diversos saberes, é preciso considerar os recursos existentes em cada território e assim contornar, furar e flexibilizar normas que prendam a vida e sua dimensão de abertura. E aqui endossamos que à esquizoanálise cabe ser anti ou contracolonial, para que sua matriz ético-estético-política subsidie intervenções nos campos do desejo, em corpos colonizados e contextos de captura de forças que levam à descoletivização das subjetividades (Miranda, 2024).

### **Limites e desafios das articulações de rede**

Nesta pesquisa abordamos as relações entre o CERSAM e a Atenção Primária à Saúde (APS) pelas referências que as (os) participantes fazem quanto ao fato de usuários (as) permanecerem por muito tempo vinculados ao serviço, no fenômeno que caracterizam como “não alta do CERSAM para APS”. Familiares comentaram sobre a preocupação de terem a transferência de local de tratamento. Há queixas sobre a postura e condições de atendimento nos Centros de Saúde. Quando perguntado às equipes sobre isso, foram levantadas algumas hipóteses explicativas: algo como muita oferta por parte do CERSAM - que inclui o fato de funcionar por 24 horas, ser de porta aberta e com acolhimento diário, entre outras características - e, por outro lado, maiores formalidades e agendamentos com hora marcada na APS. Sabemos que tais unidades têm funcionado com excesso de demanda, segundo avaliação dos / das profissionais, estando sempre lotadas, com organização ambulatorial, agendas cheias, pouca oferta de atividades coletivas. Para os atendimentos de saúde mental a história já demonstrou como esta lógica não funciona, excluindo casos graves e dificultando a manutenção de vínculos que promovam modos de cuidado autorresponsáveis. Foram apontadas necessidades de melhoria na APS e avaliação de que a gestão municipal precisa intervir para reorientar as ações.

Bandeira e Onocko-Campos (2021) comentam a baixa resolutividade de seguimento do cuidado na APS, citando dificuldades nos acolhimentos em relação às queixas de sofrimento mental, falta de orientação a respeito do uso de medicamentos e os possíveis efeitos colaterais dos mesmos, além de negligência quanto a queixas clínicas e comorbidades. Pereira et al (2021), por sua vez, indicam como o atendimento às demandas de saúde mental na APS, frequentemente se restringe a consultas médicas e uso de medicamentos. Condições que dificultam a vinculação de usuários e familiares aos serviços de saúde e permitem repensar o modelo dos atendimentos propostos em seu caráter ambulatorial. E se tais ofertas contemplam as necessidades sanitárias e ajudam a promover a integralidade da atenção.

Nas situações cotidianas em que trabalhadoras(es) da rede não se sentem preparadas(os) para a função que exercem, comumente se queixam da sobrecarga do trabalho e da falta de capacitação para o mesmo. O que talvez gere também esta sensação de despreparo é uma falta de orientação a respeito da organização do sistema (social, econômico, de saúde, etc) e da função dos operadores de saúde mental inseridos no projeto de atenção à saúde mental proposto. Este pressupõe que nem pessoas com diagnóstico psiquiátrico nem equipes fiquem fechadas em instituições pré-determinadas, em espaços físicos restritos. A construção de vínculos e a integralidade territorial permitem que se façam terapeutas e reabilitadores (as) parceiros (as) das pessoas onde elas habitam e queiram procurar as unidades de saúde disponíveis ou não. Não há cuidado que se concretize à força. Os vínculos estabelecidos é que dão margens para as ações e projetos compartilhados.

### **Considerações finais**

As estratégias de cuidado que buscam um reconhecimento ético e singular de cada pessoa sobre si mesma, como mencionado por Ferreira, Caliman e César (2021), problematizam tratamentos que se baseiam em propostas de uso de medicamentos. São possibilidades de convergência de forças entre equipes, familiares e usuários(as) para produção de saúde e ampliação da potência de vida, apostando também no

aumento do poder contratual das pessoas que estejam ou não em situação de sofrimento. As experiências acumuladas no percurso da Reforma Psiquiátrica justificam a razão de ser e existir dos serviços e das ações em rede. O cuidado em liberdade visa melhorar a condição de sofrimento mental e, mais do que isso, construir lugares de pertencimento no mundo para e com cada usuário(a).

A composição dos serviços substitutivos ao manicômio e de dispositivos grupais e coletivos, com equipes multiprofissionais, permite que distintas experiências de vida sejam abordadas, evitando fixidez em pontos que favoreçam categorias profissionais específicas ou especialismos de outros tipos. Incentivar a integração dos saberes de familiares, usuários (as) e equipes, de modo transversal, sobre os medicamentos utilizados e sobre os efeitos dos cuidados recebidos, é um princípio que sugerimos que seja mantido nas práticas.

Nesta cartografia, acompanhamos processos com grupos de famílias na rede de saúde mental de Belo Horizonte, com a inspiração de que os encontros possam “fomentar processos de intensificação dos fluxos desejantes com o intuito de levar à produção, à criação e à afirmação do desejo” (Hur, 2012, p. 24). Estas e outras são lições cotidianas sobre as melhorias nas vidas que se cruzam e que são efeitos de encontros, trabalho e investimento. Efeitos e aprendizados em nós e nos demais atores com quem nos agenciamos. Entramos em devires imperceptíveis (Deleuze e Guattari, 2012) que nos permitem pintar o mundo sobre nós mesmas, em movimentos de reterritorialização para o cuidado em saúde mental. Enquanto trabalhamos, vivemos e pesquisamos, nos tornamos outras(os) e refazemos forças instituídas, dando passagem para instituintes.

Não queremos, todavia, romantizar os modos de resistência no nosso campo; mas, sim, “repensar a relação entre os poderes e a vitalidade social na chave da imanência” (Pelbart, 2015, p. 21). Ao modo como os poderes operam na vida cotidiana atual, nos monitorando e se incorporando entre nossos psiquismos, linguagens, meios de comunicação, sonhos e conectividades, havemos de construir saídas que tratem a vida mesma como valor, “como reservatório inesgotável de sentido, de formas de existência, de direções que extrapolam as estruturas de comando e os cálculos dos

poderes constituídos que pensavam pilotá-la” (Pelbart, 2015, p. 21). Construir dispositivos que aumentem nossa sensibilidade para captar o que se passa entre familiares, usuários, parceiros da rede intersetorial nas políticas públicas; captar algo dificilmente mensurável e definível, mas sempre imiscuído nas interações humanas. E a partir daí construir parcerias e reciprocidades, criando valor para o protagonismo de usuários(as) e suas redes, produzindo subjetividades expansivas. Tarefas que podem levar à flexibilidade, participação horizontal e autonomia, conforme elucidado por Pinho, Hernández e Kantorski (2010), favorecendo a inserção de familiares nos planos de reabilitação psicossocial em cada situação específica compartilhada. E quanto mais possibilidades de rede, maiores as chances de oferecer e manter cuidados na saúde mental.

Diante do risco de medicalização das práticas em saúde no nosso contexto social, havemos de buscar forças populares que respondam aos interesses coletivos. E apostarmos, como Pereira et al. (2021), “na construção de espaços de fortalecimento que superem condições medicalizantes” (p. 65) do cuidado em saúde mental. Tais propósitos se relacionam ao que Pelbart (2014) sugere como instalação de entremodos, entremundos, através de cruzamentos e mudanças de perspectivas que sinalizem mudanças na sensibilidade social atual. Que assim se constituam as trajetórias e experimentações que contribuam para fortalecer uma reforma psiquiátrica antimanicomial contracolônial.

## Referências

- BANDEIRA, Noemi; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 45, n. 128, p. 91-104, jan-mar 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112807>.
- BERGSTROM, Tomi et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. **Psychiatry Research**, 270

168-175, 2018. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres). Acesso em: 25 fev. 2020.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, mar. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 Fev. 2018.

BONGIOVANNI, Julia; SILVA, Rosane Azevedo. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte, v. 31, e190259, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822019000100204&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100204&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 dez. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 08 ago. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.redesdesaude.com.br/book/cadernos-de-atencao-basica-n-34-saude-mental/>. Acesso em: 15 set. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/medicamentos-medicalizacao-vida-recomendacoes-estrategias/>. Acesso em: 02 out. 2026.

CAMPOS, Gastão. A clínica do sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, Gastão. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 51-67.

- CAMPOS, Rosana Onocko et al. **Gestão autônoma da medicação. Guia de apoio a moderadores**. UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. Acesso em: 20 dez. 2023.
- CASTIEL, Luis David. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Unesp, 2013.
- DAVID, Emiliano; VICENTIN, Maria. Cristina. Práticas antirracistas na rede de atenção psicossocial: racializar e desnortear. **Psicologia & Sociedade**. v. 35, p. e277115, 2023. DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35e277115>.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Introdução: rizoma. In: DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, v. 1**. Rio de Janeiro: Editora 34, p. 11-37, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, v. 3**. São Paulo: Editora 34, 2012.
- DELGADO, Pedro Gabriel. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de centros de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400007>.
- DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, ano IV, n. 6, p. 69-83. Barbacena, jun. 2006. Disponível em: [https://pepsic.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://pepsic.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 11 jun. 2026.
- FANON, Frantz. **Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

- FERREIRA, Joyce Paula; CALIMAN, Luciana Vieira; CÉSAR, Janaína Mariano. A gestão autônoma da medicação e o exercício do cuidado. **Rev. Polis e Psique**, 11(2), p. 9-28, 2021. Disponível em: [https://pepsic.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2021000300002](https://pepsic.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2021000300002). Acesso em: 30 set. 2026.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- HARDT, Michel; NEGRI, Antonio. **Declaração: isto não é um manifesto**. São Paulo: N-1 Edições, 2014.
- HUR, Domenico Uhng. O dispositivo de grupo na esquizoanálise: tetralência e esquizodrama. **Vínculo**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 18-26, jun. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902012000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 fev. 2025.
- KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. Diálogo aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 23-32, Mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 out. 2024.
- LANCETTI, Antonio. Cuidado e território no trabalho afetivo. **Cadernos de Subjetividade**, n. 12, 2010. DOI: <https://doi.org/10.2354/cs.v0i12.38450>.
- MELO, Jorge. J. et al. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, v. 5, p. 233-247, 2015.
- MIRANDA, Deivison Warlla. À esquizoanálise não basta ser anti-édipo, é preciso ser anticolonial! In: LEMOS, F. et al (Org). **Ética e política contracolonial**. Curitiba: CRV, p. 121-140, 2024.
- MOURA, Rubia. **Desfile do 18 de maio em Belo Horizonte: a busca do elemento cultural como possibilidade de transformação nos significados sociais da loucura**.

Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em:

<https://repositorio.ufmg.br/items/78dcb488-fc61-4fca-a016-9f27d5319db3>.

Acesso em: 19 jun. 2025.

NILO, Kelly. Saúde mental e PSF: testemunho de um trabalho conjunto. In: Nilo, Kelly et al. **Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 27 - 30, 2008.

PAULON, Simone. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 21(63), p. 775-786, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0845>.

PAULON, Simone Mainieri; LONDERO, Mário Francis Petry; RIGHI, Liane Beatriz. Intercessões pesquisantes entre saúde mental e atenção básica: Quando cuidar, intervir, investigar se embaralham. In: Paulon, S. M; Londero, M. F. P (Orgs). **Saúde mental na atenção básica: o pesquisar como cuidado**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 15-44, 2019.

PEGORARO, Renata; CALDANA, Regina. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>.

PELBART, Peter Pal. **Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”**. In: MAYO, N. E.; BELTRÁN, E. (Org). Catálogo da 31ª Bienal de São Paulo. São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo, p. 250-251, 2014. Disponível em: <http://www.bienal.org.br/exposicoes/31bienal>. Acesso em: 21 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 19-26, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01002>.

PEREIRA, Élen, et al. Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na Atenção Básica. **Polis e Psique**, 11(2), 51-71, 2021. Disponível em:

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2021000300004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2021000300004). Acesso em: 31 ago. 2025.

- PINHO, Leandro; HERNANDEZ, Antonio; KANTORSKI, Luciane. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, Mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100009>.
- QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 116-142.
- SANTOS, Rayssa; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. **Salud & Sociedad**, v. 10, n. 1, p. 22-37, 2019. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/05367628-3b6a-3d3a-9c85-850c9935aa63/>. Acesso em: 31 ago. 2025.
- SOUZA, Políbio José de Campos. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antônio (Org). **Saúde e loucura, v. 9: experiências da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 101-123.
- TREVISAN, Lígia; ARANTES, Ricardo. Medicalização, psicofármacos e portas de saída. In: CECCIM, R; FREITAS, C. (Org). **Fármacos, remédios, medicamentos: o que a educação tem com isso?** Porto Alegre: Rede Unida, p. 142-155, 2021.
- WHITAKER, Robert. **Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America**. Nova York: Broadway Books, 2015.



Tuliola Almeida de Souza Lima é doutora em Psicologia pela PUC Minas e professora do Departamento de Psicologia da UFMG.

E-mail: [tuliolaa@gmail.com](mailto:tuliolaa@gmail.com)

Roberta Carvalho Romagnoli é doutora em Psicologia pela PUC SP e professora aposentada da PUC Minas.

E-mail: [robertaroma@uol.com.br](mailto:robertaroma@uol.com.br)