

Do pathos à possibilidade de reinscrição no discurso – reflexões sobre uma prática grupal baseada na estratégia GAM

Daiana Paula Milani Baroni¹ (Orcid: 0000-0001-5210-0650) (daianapaulam@yahoo.com.br)

Mário César Rezende Andrade¹ (Orcid: 0000-0003-2784-5209) (mariocesar@ufsj.edu.br)

Fuad Kyrillos Neto¹ (Orcid: 0000-0001-8071-0907) (fuadneto@ufsj.edu.br)

¹ Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei-MG, Brasil.

Resumo: Este artigo propõe apresentar algumas reflexões em torno de uma experiência grupal inspirada na estratégia GAM (Gestão Autônoma de Medicação), tendo em vista aproximar a discussão teórica sobre o processo de medicalização social da discussão em relação às possibilidades de reposicionamento do sujeito através de práticas baseadas no *recovery*. A partir dessa abertura propiciada pela proposta do grupo e que convida as vozes/versões dos participantes a concorrerem com a visão biomédica hegemônica sobre suas condições, almejamos estimular a conversa entre pares e reconhecer os lugares de fala dos participantes, suas influências e possibilidades de resistência diante da identificação de si e de suas experiências a partir da perspectiva de doente mental. Pudemos concluir que grupos inspirados na estratégia GAM podem oferecer espaços potencialmente estimulantes para o sujeito, no sentido de tentar mitigar o papel alienante do diagnóstico e desviá-lo das generalizações oriundas dos espectros da doença mental, estando inseridos em uma proposta de confecção de laço social.

► **Palavras-chave:** Saúde mental. GAM. *Recovery*. Bioidentidades. Laço social.

Recebido em: 05/10/2021

Revisado em: 07/09/2023

Aprovado em: 28/09/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434033pt>

Editora responsável: Jane Russo

Pareceristas: Fabricio Costa e Milton de Campos Neto

Introdução

O artigo propõe apresentar algumas reflexões em torno de uma experiência de introdução de práticas inspiradas na estratégia GAM (Gestão Autônoma de Medicação) no contexto brasileiro. Para tanto, partiremos da contextualização do campo da saúde mental no Brasil, discutindo, em seguida, o processo de medicalização social por intermédio de uma crítica às classificações psiquiátricas usualmente utilizadas, para, então, apresentarmos algumas reflexões sobre uma proposta de intervenção em saúde mental baseada no *recovery*, priorizando, assim, a centralidade do sujeito no seu tratamento e as possibilidades de seu reposicionamento.

Desse modo, iremos percorrer o caminho histórico da saúde mental no Brasil a partir das recentes modificações do cenário do acolhimento de sujeitos portadores de sofrimento mental através da psicopatologia, prática inspirada nos manuais diagnósticos CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e executada nos serviços inspirados na Reforma Psiquiátrica. Apresentaremos, posteriormente, a GAM, uma das novas propostas em saúde mental, que parte e prioriza as iniciativas e perspectivas dos sujeitos em tratamento. Da inspiração na estratégia GAM, iremos mostrar a experiência do projeto “Diálogos Virtuais em Saúde Mental” oferecida a um grupo de usuários de medicamentos psiquiátricos, tendo em vista discutir o processo de medicalização e a problemática das bioidentidades a partir desse exemplo. Além disso, serão abordadas as possibilidades de reversão desse processo, ou seja, práticas e posicionamentos dos sujeitos, que apontem para saídas por meio da desmedicalização de suas experiências.

Caminhos e descaminhos da saúde mental no Brasil

Correia (2013), ao defender o retorno às fontes históricas dos conceitos em psicopatologia, considera que ele é fundamental para a qualidade do exame psicopatológico em tempos de mudanças generalizadas nos sistemas classificatórios em psiquiatria. Em psicopatologia, a diversidade de interpretações dos autores acarreta o que denominamos de psicopatologia prática, que se constitui em uma combinação e no compromisso entre conceitos, noções, regras de ação e consensos normativos de tal modo que a psicopatologia inclua-se em um discurso, que, ao mesmo tempo, proporcione alternativas e cotejamentos teóricos em psicoterapia (por

exemplo: cognitivismo, psicanálise, interacionismo, psicodrama etc.), discrimine campos disciplinares (por exemplo: psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional etc.), articule disposições jurídicas (leis sobre serviços substitutivos, composições e distribuição de recursos), organize hierarquias institucionais (de chefia e subordinação), oriente estratégias de atenção, cuidado e tratamento (psicoterapias grupais e individuais, iniciativas de interação e inclusão) e distinga orientações políticas e de cidadania (Dunker; Kyrillos Neto, 2010). No escopo deste manuscrito, interessa-nos, sobretudo, os impactos do uso da psicopatologia representada pela classificação DSM, e seu correlato a Classificação Internacional de Doenças (CID), combinada com um discurso que privilegia a cidadania, a desmedicalização e a ação social como o discurso da Luta Antimanicomial.

A Luta Antimanicomial, que teve seu início na década de 1980, propiciou grandes transformações sociais e ideológicas relacionadas ao fim do regime militar no Brasil. Essas transformações atingiram, também, os serviços de saúde mental, promovendo mudanças drásticas em sua organização e na forma como entendem e oferecem cuidado em saúde mental. Essa década iniciou-se com a existência de duas formas asilares de assistência em saúde mental: os hospitais colônias estatais e uma rede privada de hospitais-clínicas psiquiátricas em expansão acelerada (Delgado, 2008). Nesse período, caracterizado pela democratização do Estado brasileiro e pela abertura de espaços públicos para o debate político-ideológico, surgiram, também, espaços para outros discursos psiquiátricos e psicanalíticos, antes marginalizados, para apresentarem propostas diversas de enquadramento do fenômeno psíquico.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental brasileiro propôs uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico e da prestação de serviços. Os recursos, os cuidados e os tratamentos deveriam salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis e propiciar a permanência do doente em seu meio comunitário, uma vez que se diagnosticavam, como principais efeitos nocivos do sistema asilar, o isolamento e a desintegração social. A legislação brasileira deveria ajustar-se de maneira a assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, promover a organização de serviços comunitários de saúde mental e garantir seu cumprimento. Ainda, conforme as proposições desse Movimento, a capacitação dos recursos humanos em saúde mental e em psiquiatria deveria se realizar de acordo com um modelo, cujo eixo passasse

pelo serviço comunitário e propiciasse o cuidado dentro dos princípios fundados nessa reestruturação.

Concernente a isto, a Declaração de Caracas estabeleceu a diretriz de reestruturação da atenção centrada na comunidade e dentro de sua rede social. Tal diretriz implicava uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico e da prestação de serviços. Os recursos, os cuidados e os tratamentos deveriam salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis e propiciar a permanência do usuário em seu meio comunitário.

Nesta mesma direção no Brasil a Lei nº 10.216, relacionada à Reforma Psiquiátrica, preconiza como diretriz importante em termos de direitos dos usuários em saúde mental, que a pessoa portadora de transtorno mental possa “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Brasil, 2001).

A viabilização dessas diretrizes está intensamente ligada à organização dos novos serviços substitutivos, que devem estar prontos para assumir as novas tarefas e responder à demanda de pacientes e de familiares. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), certamente, constituíram a resposta mais avançada e criativa para alcançar tais objetivos. Nesse contexto, a partir da década de 1990, o Brasil começou a realizar expressiva reforma psiquiátrica por meio de uma iniciativa articulada dos três níveis gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal processo resultou na modificação de algumas formas jurídicas e na ênfase das políticas públicas sobre a questão. O Projeto de Lei nº 3.657/89 (Brasil, 2001), que, após 12 anos de tramitação e debates no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, proibia a construção ou a contratação de novos leitos psiquiátricos pelo poder público e previa o redirecionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não manicomialis”. Concomitantemente, podemos assinalar o fechamento de um conjunto expressivo de hospitais psiquiátricos, que não atendiam, minimamente, aos critérios básicos de assistência. Foram implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, como os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os chamados serviços de atenção diária de base comunitária.

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), e integram a rede do SUS. Essa Portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS. Tais serviços

devem proporcionar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes em determinado território. Devem oferecer, ainda, cuidados clínicos e reabilitação psicossocial com a missão de substituir o modelo hospitalocêntrico, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

É interessante notarmos o uso cotidiano nesses serviços de termos como “visita domiciliar”, “hospitalidade integral” e “hospital-dia”, pois percebemos como o projeto se consolida através da ruptura de um universo semântico. Temos, como exemplos mais marcantes, a substituição da palavra “internação” por “hospitalidade integral” e de “paciente” por “usuário” embora os termos “hospitalidade” e “hospital-dia” remetam a hospital. Independentemente da necessidade de internação, há o atendimento do técnico de referência, profissional que acompanha o paciente durante seu tratamento no CAPS e que estabelece um contato com o usuário. Aspira-se, então, a discutir a forma de tratamento, o número de vezes por semana que a pessoa frequenta o serviço (hospital-dia) e a forma de utilização da medicação (em casa ou no CAPS).

Atendo-nos ao campo estrito da saúde mental no momento atual, podemos afirmar que um retrocesso na forma de concepção e organização dos serviços se mostrou, primeiramente, na Nota Técnica nº 11 de 2019,¹ vindo a confirmar-se como um efetivo projeto governamental. Embora a Nota Técnica tenha sido retirada de circulação diante das críticas, consideramos que ali se apresentava um projeto de governo, que, definitivamente, continua sendo praticado em nossa estrutura institucional. Afinal, as portarias e resoluções nela contidas continuam em vigor. Ademais, a recente ameaça de revogação das portarias, que estruturam a política de saúde mental reformista (Collucci, 2020), é uma evidência disso.

Elencamos, de maneira sintética, a guinada na saúde mental brasileira pretendida pelo atual governo: a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa a contar com outros serviços, entre eles as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos, cuja busca pelo fechamento configura uma das pautas mais representativas da Reforma Psiquiátrica; a revogação dos termos “rede substitutiva” ou “serviço substitutivo”, pois não existe mais incentivo governamental à extinção dos hospitais psiquiátricos; e o incentivo ao atendimento ambulatorial, isto é, que ocorre em instituições para onde afluem as pessoas em busca de tratamento na via

contrária do que até então caracterizava a RAPS, que tendia ao oferecimento de serviços de caráter territorial.

Acreditamos que tais propostas contribuem significativamente para um estado de anomia terapêutica na rede pública de saúde mental. Tal estado tem como desdobramento a colocação, no lugar de centralidade, de uma lógica diagnóstica, cuja terapêutica se reduz à prescrição medicamentosa. Como nos lembra Pereira (2014, p. 1.036), tanto as classificações pragmáticas quanto às naturalistas

[...] desembocam em uma prática clínica centrada no diagnóstico de entidades mórbidas – distintas ou dimensionais – do qual decorre, de maneira quase automática, uma árvore de decisões técnicas e terapêuticas preestabelecidas, sem que a dimensão da singularidade e a escuta do paciente em sua dimensão específica de sujeito desempenhem de fato algum papel efetivo na compreensão e no manejo do fenômeno psicopatológico enquanto tal.

Assevera que a ênfase na terapêutica medicamentosa afasta o tratamento ofertado pelos serviços da noção de *páthos*, que é definido como caráter, ou influência tocante, ou patética, sofrimento, sensação, que, na Idade Média, tinha teor pejorativo de afetação e exagero. Herzog (2003) aponta que, em grego, o termo *páthos* corresponde a certo estado e deriva do verbo *pasco*, cuja tradução é: “sou afetado de tal ou tal modo”.

É importante salientarmos que a forma de ser afetado – física ou moralmente – implica uma relação com outro indivíduo. *Páthos* se opõe à atividade e se encontra mais próximo da passividade (o que se sente). Essa relação diz respeito não só à ação dos indivíduos, mas também à sua capacidade, ou, ainda, a um ato efetuado em dado momento, atribuído a uma força exterior. Dessa forma, podemos falar da procedência do termo *pathologos*, que contém a raiz *logos* (discurso) e significa um saber tanto das moléstias somáticas quanto anímicas.

Assim, temos uma duplicidade de sentido para o termo: “aquilo que acontece aos corpos” e “aquilo que acontece às almas”. O primeiro sentido encontra-se sob o domínio da qualidade e o segundo, das emoções.

Segundo Herzog (2003, p. 163, grifos da autora):

Derivam daí duas acepções com relação ao termo *Páthos*: uma implicando *passividade* e outra, *patologia*. A depender do enfoque considerado, o *páthos* pode ser abordado seja como um mal – constituindo-se como um perigo à integridade do indivíduo –, seja como uma condição inerente, fazendo parte da natureza deste indivíduo.

Ao valorizarmos a narrativa do sujeito em relação às forças que o afetam, a noção de *páthos* nos ajuda a entender a importância da lógica diagnóstica. Parece fundamental pontuar que todo diagnóstico, seja ele formal, crítico, clínico, disciplinar ou discursivo, reconhece, nomeia e sanciona formas de vida. Na perspectiva proposta por Dunker (2011), a hipótese de um trabalho que se restringe a uma prática medicamentosa não contribuiu para a construção de laços sociais que prezam pela autonomia do usuário, porém podem estar a serviço dos impasses e angústias da equipe de saúde mental.

O diagnóstico como possibilidade de construção dos laços sociais fisicalistas

A classificação DSM, inspirada no pragmatismo, renuncia a noção de doença mental para fundamentar sua prática. Utilizando o termo desordem ou transtorno como algo que está em desacordo com uma ordem previamente estabelecida, o DSM organiza-se em torno da busca de categorias confiáveis, provisórias e operacionais, que permitam a superação dos mal-entendidos terminológicos no campo da psicopatologia (Pereira, 2005).

O uso do DSM nas políticas públicas de saúde mental é baseado no fato de que, para organizar de forma eficiente os investimentos em saúde pública (incluindo-se a saúde mental), o gestor deve saber quais são as entidades clínicas mais frequentes e prevalentes em certa comunidade e conhecer a real eficácia das diferentes modalidades terapêuticas disponíveis. Segundo Pereira (1996), temos aqui uma perspectiva que considera a medicina uma forma de intervenção concreta na ordem da vida e das instituições sociais. O sofrimento mental passa, então, a ser encarado como questão de saúde pública.

Foucault (1984, 2000) nos traz significativas reflexões em relação ao processo de medicalização da sociedade, inicialmente, através da problematização em torno do poder médico e da disciplinarização dos corpos por meio de uma anatomopolítica e, posteriormente, através da problematização de um modo de governo da população denominado como biopolítica. A biopolítica pode ser descrita como parte de uma tecnologia de governo, o biopoder, e tem como alvo a população e a economia política como norte, estando pautada na proteção da vida através da regulação dos corpos, ocupando-se, para isso, da gestão da saúde, da sexualidade, da natalidade e

dos costumes. Desse modo, a biopolítica, dentro de uma perspectiva de medicina social, se aplicaria à população, a fim de controlar a vida, uma vez que esta passa a fazer parte do campo do poder. A racionalidade biopolítica incorreria, assim, na modelação de comportamentos e na inserção dentro da sociedade de uma distinção entre o normal e o patológico, impondo um sistema de normalização das existências em seus múltiplos aspectos. Foucault (2008) considera o liberalismo como a moldura da biopolítica. Sua análise evidencia o papel paradoxal da sociedade em relação ao governo: este tende a se autolimitar, mas também é alvo de uma intervenção governamental permanente para produzir, garantir e multiplicar as liberdades necessárias ao liberalismo econômico.

Por essa mesma via, no contexto contemporâneo, balizar a prática clínica pela eficácia passa a ser um ideal ético. Denominamos razão diagnóstica o conjunto de condições pelas quais se realizam comparações, exclusões, inclusões e prognósticos. Sabemos que toda razão diagnóstica legitima regras de ação e disposições de conduta. Portanto, nossa crítica da razão diagnóstica visa a delinear o conjunto de pressupostos e condições pelos quais a prática diagnóstica pode se efetivar como trabalho de saber e deliberação (Dunker, 2015).

Os pensamentos de Michel Foucault (1980; 2000; 2008) e Franco Basaglia (1985), assim como o de Castel (1978), são trazidos para a discussão dos serviços de saúde mental brasileiro e participam como fundamentos das críticas à construção da ordem psiquiátrica. Segundo Delgado (2008), as grandes tradições que formam a Reforma Psiquiátrica são, sobretudo a psiquiatria, os saberes psicológicos, notadamente a psicanálise, e a saúde pública. Tais saberes constituem seus pilares de sustentação. Podemos pensar que o movimento da Reforma Psiquiátrica implica a fermentação e expansão de ideias, que representam não só a contestação de discursos normativos/disciplinares, mas a elaboração de uma outra forma de compreensão do fenômeno psíquico, ligada aos discursos psiquiátrico e psicanalítico pautados por outras ideologias. Encontramos, neste momento, esses discursos se posicionando no plano ético dos direitos humanos e na busca de uma sociedade mais justa.

Importar o modelo representado pela classificação DSM para o SUS acarreta adotar uma lógica diagnóstica incompatível com um projeto, que pretende integrar o sujeito em seu território a partir do sofrimento ou prejuízo que apresenta, e não do lugar que ele ocupa na nosologia psiquiátrica em vigor (Lima, 2012). Ainda segundo esse autor, na intersecção entre a política e a epistemologia, não se pode ignorar

o papel das classificações como organizadoras do saber e sua pretensão de serem porta-vozes da “verdade” da doença ou sofrimento mental, pois isso têm enormes repercussões no modo de organizar o cuidado e no próprio lugar social dos usuários dos serviços.

O sociólogo Nikolas Rose, em entrevista a Carvalho *et al.* (2020), rebate a ideia de que os números crescentes de diagnósticos psiquiátricos remeteriam à natureza patológica da nossa sociedade, se perguntando o porquê de tantas pessoas estarem experimentando o que elas pensam ser um transtorno mental. Rose observa que seria preciso analisar “qual é a função política desses números quando a grande maioria das pessoas que compõem esses números não definem suas condições como transtornos mentais e não consideram que necessitam de tratamento feito por especialistas” (Carvalho *et al.*, 2020, p. 5).

A GAM tem como princípios a autonomia dos usuários, a cogestão, o protagonismo dos usuários em seu processo de tratamento e a horizontalidade nas relações de cuidado. Esses princípios dialogam com os teóricos que inspiraram a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Cumpre-nos indagar se a inserção, pelos gestores da saúde pública, de diagnósticas que reconhecem, nomeiam e sancionam formas pautadas nos laços fisicalistas, seria coerente com uma proposta GAM.

Recovery, GAM e a proposta dos Diálogos Virtuais em Saúde Mental

O sofrimento mental grave, como, por exemplo, a esquizofrenia, tem sido tradicionalmente marcado por uma visão pessimista e estigmatizante, sendo associado a um quadro de piora e deterioração progressiva em várias dimensões da vida. A emergência de uma visão mais otimista, mesmo do ponto de vista clínico, foi possibilitada a partir dos processos de desinstitucionalização psiquiátrica, que teve início nos países desenvolvidos. Tal mudança está associada a fatores como: (1) o desenvolvimento progressivo de serviços comunitários de saúde mental e a inserção das pessoas com sofrimento mental grave no convívio social; (2) o surgimento dos psicofármacos como nova possibilidade de intervenção, consolidando-se, principalmente, como instrumento para o controle dos sintomas tidos como positivos, o que inclui alucinações e delírios; e (3) a expansão dos desfechos clínicos para além dos sintomas apenas, incorporando, por exemplo, o funcionamento

social (Andrade, 2021). Como evidência dessa mudança, foram realizados vários estudos ao longo da segunda metade do século XX, de acompanhamento de pessoas atendidas em serviços comunitários, evidenciando, na maioria deles, uma melhora clínica significativa em mais da metade dos casos, o que contradiz a visão pessimista associada à esquizofrenia e a outros tipos de sofrimento mental grave, paradoxalmente ainda presente na formação e na prática clínica (Andrade, 2021; Bellack, 2006).

Ao mesmo tempo, sobretudo nos Estados Unidos, nas décadas de 1970 e 1980, começaram a se multiplicar publicações de relatos em primeira pessoa acerca de outras possibilidades, que iam muito além da remissão dos sintomas e da melhora no funcionamento. Esses relatos evidenciaram um processo pessoal de superação e de construção de uma vida significativa na esquizofrenia e nos sofrimentos mentais graves em geral, que pode ocorrer de forma paralela e complementar à recuperação clínica. Esse processo pessoal de superação do sofrimento mental grave constitui o conceito de *recovery*, o qual, também, denomina o movimento no campo da saúde mental, que advoga a promoção e ênfase nesse mesmo processo. A definição mais citada na literatura apresenta o *recovery* como “uma forma de viver uma vida satisfatória, contributiva e com esperança, mesmo com as limitações causadas pela doença” e também como “a construção de novo significado e propósito na vida de uma pessoa enquanto ela se desenvolve além dos efeitos catastróficos da doença mental” (Anthony, 1993, p. 527).

Nas duas últimas décadas, o *recovery* tem ganhado destaque crescente na atenção a pessoas com esquizofrenia e outros transtornos mentais graves, tendo sido incorporado nas políticas de saúde mental de vários países, principalmente aqueles de língua inglesa. Isso fez com que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluíssem a incorporação da promoção do *recovery* como um dos principais focos das políticas de saúde mental no mundo (OPAS, 2022; WHO, 2013).

Nesse contexto, surgiu, no Canadá, em 1990, a estratégia GAM como uma das possibilidades criadas por sujeitos insatisfeitos com suas condições de psiquiatrizados e com o uso constante de psicotrópicos e sem a possibilidade de diálogo aberto com a equipe responsável pelos seus tratamentos. Seus idealizadores tinham como objetivos a retomada do poder sobre seus corpos e a possibilidade de diálogo ativo e poder de decisão em relação aos seus tratamentos junto à equipe de saúde mental. No Brasil, a proposta GAM teve seu início não por intermédio dos usuários do

Sistema de Saúde Mental ou usuários de psicotrópicos, mas por meio dos esforços e incentivos públicos de pesquisadores de universidades públicas, visando a instituir e oferecer, de forma facilitada, a proposta, alcançando, assim, gestores, trabalhadores da rede pública em saúde mental e usuários (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

Um guia GAM em português foi elaborado por uma equipe multicêntrica de pesquisa envolvendo UFRJ, UFF, UNICAMP e UFGRS, contextualizando a discussão em saúde mental no território brasileiro e adaptando-a de acordo com as demandas e necessidades nacionais, priorizando, com isso, as temáticas e objetivos observados. De maneira geral, podemos descrever as iniciativas GAM no Brasil como a criação de um espaço de discussão e diálogo entre usuários de psicotrópicos e a equipe de saúde mental, tendo como foco as versões dos usuários sobre seus tratamentos. Ou seja, no centro da proposta, encontram-se as vozes desses usuários, suas dúvidas, suas demandas e suas narrativas em relação ao adoecimento, ao tratamento e à interação com os cuidadores e a sociedade. Portanto, práticas centradas na pessoa e na potencialização dos processos de *recovery*, como a estratégia GAM, possuem um grande potencial para a inserção progressiva dos próprios usuários e pessoas com experiência vivida na produção de discursos, políticas e práticas no campo da saúde mental (Carvalho *et al.*, 2020; Rose, 2019).

Com base na proposta GAM, junto a uma também universidade pública, desenvolvemos um projeto de intervenção em torno dos seis passos da estratégia, envolvendo pesquisadores do Departamento de Psicologia, alunos e participantes usuários de medicações psiquiátricas de todo o País, muitos deles usuários de serviços de saúde mental vinculados ao SUS. O projeto foi batizado como “Diálogos Virtuais em Saúde Mental” e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número 11967919.8.0000.5151. Sua divulgação foi realizada pelas redes sociais e compartilhamentos em grupos de usuários, trabalhadores em saúde mental, familiares e pesquisadores, tendo ao todo recebido um número de inscrições de 32 pessoas, de idades entre 21 e 74 anos.

Os requisitos básicos para a participação foram: o uso continuado de medicamentos psiquiátricos por mais de 18 meses, a disponibilidade em participar de seis encontros virtuais com duração de duas horas e a aceitação em contribuir com a pesquisa por meio do preenchimento de um formulário contendo questões objetivas e abertas em relação a tratamentos em saúde mental. Ao total, foram oferecidos nove encontros com duração de duas horas, que tematizaram a discussão sobre diagnósticos, tratamentos,

medicamentos, relação profissional-paciente, prognósticos e autonomia, assim como dois encontros iniciais de apresentação dos participantes e da proposta, e um último encontro para um *feedback* sobre a dinâmica do processo. Nesse último encontro, também foi abordado o tema da comunicação não violenta em decorrência de um conflito em relação a diferentes racionalidades diagnósticas entre os participantes.

O conflito surgiu, a princípio, entre dois participantes durante uma das dinâmicas de intervenção temática. Ele se estendeu aos demais membros do grupo por meio de conversas no *chat* da plataforma de encontro virtual *Google Meet*, perdurando por alguns dias por meio de trocas de mensagens no grupo de *WhatsApp*. O conflito foi responsável por uma desarmonia geral entre os membros do grupo e pela saída de alguns dos participantes. Isso nos exigiu algumas providências, como a negociação individual em relação ao retorno dos participantes, assegurando, para tanto, o cancelamento da permissão de envio de mensagens pelos participantes no grupo *WhatsApp*.

Por meio desse acontecimento, foi possível observarmos a manifestação de lugares de fala distintos e a defesa dessas perspectivas por parte dos participantes de acordo com a inscrição de cada membro em grupos de intervenção em saúde mental ligados à rede pública de saúde ou a núcleos de pesquisadores de Universidades. Havia, assim, entre os participantes, pessoas que eram membros da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE), Grupos de Ouvidores de Vozes, Coletivo Plural, Comunidade de Fala, assim como participantes não ligados a grupos específicos, como, por exemplo, universitários ou profissionais em saúde mental, que, também, faziam uso de medicação.

O conflito foi motivado pelo questionamento de um dos participantes em relação ao nome diagnóstico, mais precisamente a esquizofrenia, defendendo a ideia de que os diagnósticos não representavam, de fato, as identidades plurais dos sujeitos e alertando sobre os riscos social e individual de serem denominados a partir dos diagnósticos. Como resposta, um outro participante defendeu ser esquizofrênico e não existir tal pluralidade (outras normalidades), mas sim adoecimento, fortalecendo a percepção biomédica sobre o assunto. Inspirados por essa experiência, faremos algumas reflexões acerca do laço social produzido a partir das bioidentidades.

Laço social, bioidentidades e possibilidades de resistência a partir de uma experiência inspirada na GAM

Propomos uma análise do laço social dos sujeitos submetidos à classificação DSM a partir das matrizes interpretativas propostas por Lima (2011): medicalização e bioidentidades. Ambas possuem relações próximas, mas levam a caminhos distintos. A medicalização é um processo no qual fenômenos sociais e subjetivos são apropriados pela medicina e descritos em linguagem médica. Dessa forma, questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e subjetividade inerentes ao tempo histórico, são interpretadas como quadros patológicos, tornando-se, assim, passíveis de abordagens terapêuticas. Temos um interessante fragmento discursivo oriundo da divergência acerca da função diagnóstica entre os integrantes do grupo “Diálogos Virtuais em Saúde Mental”: *“Mimimi. Ninguém te perseguiu. Acho que você está com delírio persecutório. Busque ajuda médica”* (S., informação verbal, 15/10/2020).

Frente ao desentendimento, temos uma sátira (“mimimi”) seguida de um diagnóstico e um apelo pelo auxílio médico. Salientamos que o ponto de vista em questão tem uma representatividade na população em geral. Paulatinamente, cidadãos e seus familiares são ativos em sua defesa pelo tratamento baseado no consumo de fármacos. Podemos observar a atuação dos grupos de interesse organizados em torno de transtornos, cada vez mais presentes no contexto atual, formulando, de maneira explícita, sua demanda pelo acesso ao diagnóstico e ao direito de consumo de psicofármacos de última geração.

Tais considerações nos aproximam da matriz teórica das bioidentidades, conceito que se refere à mudança na forma da constituição subjetiva, na qual referenciais corporais e fisiológicos ocupam posição de destaque. Lima (2011, p. 98) ressalta que,

[...] na origem das bioidentidades, estão o sentimento de desenraizamento e desfiliação do sujeito contemporâneo, fruto do esvaziamento das redes institucionais de doação de identidade, que tradicionalmente incluíam as religiões, as ideologias, a linhagem familiar ou a carreira profissional.

Neste contexto de desenraizamento e desfiliação, aquilo que é considerado científico ganha valor na busca da verdade última acerca das vicissitudes do sujeito. Portanto, concordamos com Lima (2011) quando ele afirma que o referencial das bioidentidades é mais abrangente que o da medicalização embora não seja totalmente incompatível com esse último. Tais considerações estão intrinsecamente ligadas à

razão diagnóstica utilizada na clínica. Lembramos que, desde a primeira versão do DSM, de 1952, encontramos uma revitalização expansiva da diagnóstica psiquiátrica. Classes diagnósticas consideradas psicodinâmicas, como neurose e psicose, são fragmentadas em unidades sintomáticas cada vez menores. Assim, é cada vez mais corriqueiro que qualquer um se reconheça num conjunto de signos clínicos, o qual possua algum valor diagnóstico (Dunker; Kyrillos Neto, 2011). Parece-nos que essa forma diagnóstica se encontra em consonância com a globalização do capital, criando uma globalização da apresentação e catalogação das formas de sofrer.

Comprendemos que o diagnóstico como conjunto de juízos e nomeações pode incorrer em uma condição alienante, fazendo parte da construção patológica como campo de determinação do discurso. Curiosamente, encontramos resistências a essa tendência, que chamamos de fisicalista, conforme nos mostram os próximos fragmentos discursivos. Uma integrante do projeto “Diálogos Virtuais em Saúde Mental” afirma: “Separar diagnósticos para tratamento não vejo como inclusivo. Mas entendi que cada um se define. E respeito. Eu não sou diagnóstico nenhum” (K., informação verbal, 15/10/2020). A essa afirmação, segue uma réplica bastante provocativa de outro integrante do grupo: “E sou homem, portador de esquizofrenia e epilepsia... isso não me faz diferente. Explica isso no INSS [Instituto Nacional do Seguro Social] (J., informação verbal, 15/10/2020).

Temos, aqui, fragmentos discursivos que mostram o papel do diagnóstico no imperativo paradoxal da inserção social. Ou seja, para o cidadão usufruir dos serviços de seguridade social, é indispensável ter uma comprovação diagnóstica. Neste ponto a classificação diagnóstica se presta a uma tradução normativa que se faz pela incorporação de normas, regulamentos e demais estatutos institucionais que fazem com ela adquira um segundo sentido. Este sentido tem como função o reconhecimento intersubjetivo e político dos atores do sistema socioassistencial e a delimitação de fronteiras nos processos institucionais. Assim, processos administrativos e deliberações sobre distribuição de recursos podem depender estritamente disso que designamos de formalismo normativo. Assim, temos a inclusão de categorias diagnósticas do DSM, que aspiram a eficácia pragmática, na burocracia estatal, vinculado como a psicopatologia prática do DSM. (Dunker; Kyrillos Neto, 2010).

Em relação à passagem que suscitou a resposta provocativa, Dunker (2011, p. 117) propõe a elaboração de um “diagnóstico social que inclua tanto formas de

sintoma como modalidades de sofrimento e de mal-estar”. A noção de mal-estar pressupõe uma indeterminação quanto à significação da experiência, que é nomeada pelo sintoma. Temos aqui a dificuldade de um consenso em termos diagnósticos devido à impossibilidade de redução da complexidade da experiência de um sujeito a um dado diagnóstico. O sintoma, ao nomear o sofrimento que o mal-estar veicula, estabelece a gramática na qual esse sofrimento pode ser reconhecido como demanda suprimida, inarticulada ou informulada. Ao abordarmos o tema da subjetivação, nos cabe salientar também as possibilidades de resistência diante aos processos identificatórios em torno das classificações diagnósticas.

Sabemos que uma práxis pautada na “ética do bem dizer” (Lacan, 1959-60/1988), em contraste com a clínica médica, valoriza a diagnóstica espontânea trazida pelo sujeito, o que possibilita a construção de um saber sobre seu sintoma no decorrer do tratamento. Isso nos habilita a pensar que o sofrimento nomeado se faz a partir de uma forma de vida, que inclui suas próprias práticas produtivas de nomeação (autodiagnóstico) (Dunker, 2015). Nesse sentido, podemos afirmar que essa tentativa de contestação do diagnóstico médico pode oferecer as condições de possibilidade, a fim de que haja esforços para uma diagnóstica espontânea trazida pelo próprio sujeito. Tais esforços são a base de uma prática fundamentada na elaboração do sofrimento, no vínculo e no discurso ao longo de um possível tratamento.

Considerações finais

Podemos afirmar que o discurso psiquiátrico, por intermédio das transformações históricas sofridas, silenciou algumas formas de sofrimento, nomeou outras e atribuiu valor moral ou, ainda, indexadores de classe ou gênero para determinados sofrimentos. Dunker (2015, p. 45) nos lembra que “[...] as modalidades de sofrimento tratáveis ou intratáveis, os tipos de mal-estar, merecem atenção política ou clínica, bem como as formas prevalentes ou divergentes de sintoma são um fenômeno há muito conhecido na história da medicina”.

Assim, aquilo que é localizado como um sintoma e como um fenômeno psíquico não é algo puramente natural, dado, mas é algo atravessado pela política e pela história. De acordo com Berrios (2008), as classificações psiquiátricas podem ser estudadas a partir do campo fora da episteme. Ao não adotar alguma concepção como privilegiada, as classificações psiquiátricas seriam consideradas como produtos

culturais. Ainda segundo esse autor, isso incluiria, também, “o exame de evidências científicas de que cérebros, mentes ou linguagens realmente possuam algoritmos intrínsecos de construção classificatória” (Berrios, 2008, p. 122).

Em nosso percurso, notamos essa variação de regime na descrição e importância dos sintomas nas distintas razões diagnósticas utilizadas nos serviços abertos de saúde mental. Na lógica diagnóstica representada pelo DSM, as implicações filosóficas, éticas e epistemológicas não são assumidas explicitamente e o centro da problemática é deslocado para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas (Dunker; Kyrillos Neto, 2011).

Nesse sentido, a assertiva de Dunker (2015, p. 10), de que “esse social não reconhecido habita o patológico”, mostra-nos que a disjunção bastante comum no meio *psi* entre clínica e social é empobrecedora tanto para a clínica quanto para qualquer intervenção social, que perderia sua potencialidade de escuta da alteridade. Portanto, uma razão diagnóstica que apresente resultados profícuos pressupõe em seu interior a realização de uma crítica social.

Zizek (1996) nos ajuda na compreensão do DSM enquanto um fenômeno ideológico relevante. Ao se interessar pelas formas como a fantasia ideológica suprime a liberdade, inicia um estudo sistemático pelas formas políticas totalitárias. Esse autor considera que aquilo que a fantasia ideológica suprime, em última instância, é a liberdade. Dessa forma, se a razão diagnóstica é o conjunto de condições pelas quais se efetuam exclusões, inclusões e prognósticos, os quais legitimam regras de ação e possibilidades de conduta, certamente a redução do patológico às formas ocidentalizadas e contemporâneas trazem consequências imediatas na definição do que tratar, como nomear e como tratar. Estamos falando do sofrimento e suas formas de nomeação e tratamento. Assim, fica compreensível a afirmação desse autor de que a crítica da ideologia em nossa época deve se deslocar da primazia do saber para o eixo do fazer.

Considerando que diagnosticar é dizer como uma forma de vida se mostra mais determinada ou mais indeterminada, como ela cria sua especificidade entre fala e excesso, e o modo como ela interage com outras formas de vida por meio da barganha e da produção (Dunker, 2015), acreditamos que haja um relacionismo entre as formas de vida, com seus modos de subjetivação, a razão diagnóstica e a ideologia.

Podemos considerar que grupos inspirados na estratégia GAM, como o “Diálogos Virtuais em Saúde Mental”, podem oferecer espaços potencialmente estimulantes para o sujeito no sentido de tentar mitigar o papel alienante da diagnóstica e desviá-lo das generalizações oriundas dos espectros da doença mental. Estão, assim, inseridos em uma proposta de confecção de laço social, que possibilita o diálogo entre pares, reconhecidos como tal não por haver sintomas em comum, mas pelos efeitos sociais advindos da nomeação psiquiátrica, em um esforço coletivo para se restabelecerem enquanto sujeitos para além das identidades diagnósticas.²

Referências

- ANDRADE, M. C. R. Princípios do tratamento da esquizofrenia: *recovery* e esperança realista. In: GADELHA, A.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. da (Orgs.). *Esquizofrenia: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 55-68.
- ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, v. 16, n. 4, p. 11, p. 521-537, 1993.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BELLACK, A. S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, v. 32, n. 3, p. 432-442, 2006.
- BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Archives of Clinical Psychiatry [online]*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008. ISSN 1806-938X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000300005>>. Acesso em: 16 set. 2021.
- BRASIL. *Lei nº 10.216*, de 6 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 28 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes de organização dos CAPS. 2002. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/459319/pg-22-secao-1-diario-oficial-da-uniaodou-de-20-02-2002/pdfView>>. Acesso em: 30 jul. 2014.
- CARVALHO, S. R. *et al.* Our psychiatric future and the (bio) politics of Mental Health: dialogues with Nikolas Rose. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190732, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190732>. Acesso em: 28 ago. 2023.
- CASTEL. R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

- COLLUCCI, C. Governo Bolsonaro quer revogar portarias que sustentam política de saúde mental. *Folha de S. Paulo*. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de-saude-mental.shtml>>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- CORREIA, D. T. *Manual de Psicopatologia*. Lisboa: Lidel, 2013.
- DELGADO, P. G. Os determinantes de 1968 para as políticas públicas de saúde mental. In: SILVA FILHO, J. F. (Org.) *1968 e a saúde mental*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 61-66.
- DUNKER, C. I. L. *Crítica da Razão Diagnóstica. Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma*. Uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.
- DUNKER, C. I. L. Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo soc. [online]*, v. 23, n. 1, p. 115-136, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/FgqJHrT6Jt874d7tMMmBDck/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2023.
- DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre a psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. Curar a Homossexualidade? A psicopatologia prática do DSM no Brasil. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 425-446, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2020.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- HERZOG, R. A subversão freudiana: do *páthos* à dimensão intensiva. In: PACHECO FILHO, R. A. et al. (Orgs.). *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica*. Taubaté: Cabral, 2003. p. 159-176.
- LACAN, J. *O Seminário. Livro 7. A ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LIMA, R. C. Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade. In: KYRILLOS NETO, F. *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. Barbacena: Ed. da Universidade do Estado de Minas Gerais, 2011. p. 93-103.
- LIMA, R. C. Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: KYRILLOS NETO, F.; CALAZANS, R. *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: Ed. da Universidade do Estado de Minas Gerais, 2012. p. 95-114.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Adaptação Multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, p. 967-980, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos. Brasília, DF: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726440>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PEREIRA, M. E. C. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1035-1052, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400004>. Acesso em: 16 set. 2021.

PEREIRA, M. E. C. *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?* 2005. Disponível em: <http://egp.dreamhosters.com/EGP/98-dsm-iv.shtml>. Acesso em: 16 out. 2009.

PEREIRA, M. E. C. Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. In: COUTO, L. F. S. *Pesquisa em Psicanálise*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1996. p. 43-54.

ROSE, N. *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Cambridge: Polity, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/. Acesso em: 4 maio 2020.

ZIZEK, S. O espectro da Ideologia. In: ZIZEK, S. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 7-35.

Notas

¹ Nota assinada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que esclarece uma série de mudanças implementadas na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, condensando resoluções e portarias publicadas entre os anos de 2017 e 2018.

² D. P. M. Baroni, M. C. R. Andrade: concepção e redação do manuscrito. F. Kyrrillos Neto: coordenação da concepção e redação do manuscrito.

Abstract

From pathos to the possibility of reinsertion in the discourse – reflections on a group practice based on the GAM strategy

This article aims to present some reflections on a group experience inspired by the GAM strategy (Gaining Autonomy and Medication Management). Our goal is to bring the theoretical discussion about the process of social medicalization closer to the discussion regarding the possibilities of repositioning the subject through practices based on recovery. Through the group's proposal, which invites the voices and versions of the participants to challenge the hegemonic biomedical view of their conditions, our aim was to stimulate conversation among peers and recognize the participants' positions of speech, their influences, and their possibilities of resistance to identifying themselves and their experiences solely from the perspective of mental illness. We were able to conclude that groups inspired by the GAM strategy can offer potentially stimulating spaces for individuals. These spaces aim to mitigate the alienating role of diagnosis and divert it from the generalizations that often arise within the spectrum of mental illness, instead emphasizing the development of social bonds.

► **Keywords:** Mental health. GAM. Recovery. Bioidentities. Social bond.

