

# **Vulnerabilidade social e o programa Hospital-dia: uma discussão sobre as políticas públicas em saúde mental\***

*Neusa Guareschi<sup>1</sup>*

*Anita Bernardes*

*Tamara Oliven*

*Andrei Weber*

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

## **Resumo**

Este artigo tem como objetivo discutir a concepção de vulnerabilidade social no contexto da saúde mental, a partir da experiência de usuários com o programa Hospital-dia. Em uma atividade semanal de grupo desenvolvida por usuários e profissionais da saúde em um hospital geral no Estado do Rio Grande do Sul, realizaram-se observações participantes, visando a debater os programas de atenção à saúde mental nas políticas públicas de saúde. A discussão que se apresenta fundamenta-se nas práticas discursivas referentes à família, aos marcadores identitários, ao sofrimento psíquico, à medicalização e às políticas públicas.

**Palavras-chave:** Práticas discursivas; Vulnerabilidade social; Programa Hospital-dia.

## **Abstract**

This paper aims to discuss the conception of social vulnerability in the context of mental health, from the perspective of day-hospital users. So, participant observations guided by health professionals and Day-Hospital users happened once a week in a Public Hospital set in the Rio Grande do Sul state. Moreover, these meetings focus on the problematization of mental health programs in the field of Health Public Policies. The following discussion is, then,

---

\* Social vulnerability and day hospital programs: a discussion over the public policies in mental health

<sup>1</sup> Endereço para correspondências: Avenida Ipiranga, 6681, prédio 11, sala 930, Porto Alegre, RS, 90619-900 (E-mail: nmguares@pucrs.br).

based on practices about family issues, identitarian markers, mental suffering and public policies.

**Keywords:** Discourse practices; Social vulnerability; Day-hospital program.

## A reforma psiquiátrica e o Hospital-dia

**D**e acordo com Foucault (1995a), o hospital, antes do século XVIII, era uma instituição de assistência aos pobres – de assistência, mas também de separação e exclusão, pois existia tanto para recolher os ditos pobres quanto para proteger os outros, cidadãos de bem, do perigo que aqueles encarnavam. O personagem ideal do hospital não era o doente que necessitava de cura, mas o pobre que estava morrendo, alguém que deveria ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deveriam dar os últimos cuidados e o último sacramento. Ainda segundo Foucault (1984b, p.83), nos asilos da época de Pinel, a medicalização não representava espaço social de exclusão, mas “a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham algumas um caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica”.

A partir do século XIX, ocorreu um aperfeiçoamento do caráter puramente assistencialista dos hospitais, quando a loucura começou a ser associada à alma humana, inscrevendo-se na dimensão da interioridade do sujeito e recebendo, pela primeira vez no mundo ocidental, status, estrutura e significação psicológica. Foi também inserida em um sistema de valores e repressões morais (FOUCAULT, 1984b). Assim, o hospital não existiu com o objetivo primeiro de medicalizar para curar, mas sim de resguardar a cidade de possíveis efeitos nocivos, como, por exemplo, a desordem que essas pessoas poderiam trazer. Assim, era um tipo de hospitalização que não servia como instrumento de cura, mas para impedir que pudesse se instalar um foco de desordem econômica e social. Desse modo, a formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar (FOUCAULT, 1995b) e, por outro, à transformação do saber e da prática médica.

Com isso, houve mudança no sistema de relações de poder no interior do hospital. Sob a dependência da administração eclesiástica e dirigido até então por pessoas religiosas, que tentavam assegurar a vida cotidiana do hospital, a salvação e a alimentação das pessoas internadas, sendo o médico chamado para os momentos de crise, o hospital adquiriu outro caráter.

Ele passou a ser considerado tanto instrumento de cura quanto instrumento terapêutico, e o médico tornou-se o principal responsável pela organização hospitalar.

No entanto, mesmo estando a administração hospitalar sob o domínio médico, até o século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, pois era mais considerada consequência de decepções ou estados de ilusão. A natureza, geralmente, era o lugar reconhecido como terapêutico. As prescrições médicas indicavam viagens, repouso, passeios ou retiros. A prática do internamento, no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura passou a ser relacionada àquilo que se diferenciava da conduta humana entendida como regular e normal, ou seja, desordens na maneira de agir, de querer, de sentir, de tomar decisões e de ser livre são associadas à loucura.

Com esse tratamento inicial dado à loucura, o asilo ou “a casa dos loucos” teria, em um primeiro momento, não papel de curar, mas de permitir a descoberta de uma verdade sobre a causa da doença mental. Além de ser um possível lugar de desvelamento, o asilo seria também um lugar de confronto ou, nas palavras de Foucault (1995a, p. 122): “[...] o hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta”.

Entretanto, no fim do século XIX, emergiu um movimento de “despsiquiatização”, na tentativa de anular o poder do médico e de deslocá-lo de um saber mais exato para outras práticas e medidas. No cerne da luta da antipsiquiatria, está um combate contra a instituição, mas que também vem de dentro dela. A antipsiquiatria pretende dar ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura, levando-a até o fim, em uma experiência para a qual a psiquiatria pode contribuir, porém, jamais em nome de um poder que lhe seria conferido pela capacidade de buscar a razão ou a normalidade.

O Brasil foi adepto desse processo de reforma psiquiátrica durante os anos da ditadura. Entretanto, assim como a loucura, que já vinha sendo silenciada, especialmente pelos internamentos, o cenário político de repressão do país fez com que os movimentos de transformação das políticas públicas relacionadas à doença mental também fossem calados. Esses movimentos somente tiveram voz novamente na década de 1980, alinhados então às novas políticas de saúde pública e, em especial, engajados com as discussões do movimento da reforma psiquiátrica. Esse movimento iniciou-se em 1986,

data da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que se edificaram novos discursos sobre a concepção de saúde, que passou a ser falada como um processo resultante das condições de vida, não figurando mais como ausência de doença.

Com a Conferência Nacional de Saúde de 1986 e com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e Política de Atenção Integral à Saúde Mental, começou a reorganização da rede de saúde pública, na busca por garantir maiores investimentos a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o que ocorreu em 1992, no Estado do Rio Grande do Sul<sup>2</sup>, calcada na idéia “da saúde como direito do cidadão e dever do Estado” (OLIVEIRA; SALDANHA, 1993, p.41).

A reforma psiquiátrica é um movimento que prega a transformação de modelos assistenciais em saúde, por meio de uma reformulação do estatuto social da loucura, propondo a desinstitucionalização da doença mental. Isso não significa que os tratamentos devam se extinguir, ao contrário, o que se busca são alternativas clínicas, institucionais e de cuidados para com os usuários (PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2004).

Assim, a reforma psiquiátrica consiste

*[...] na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como: centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (RIO GRANDE DO SUL, 1992, Art. 2º).*

A reforma psiquiátrica entra na esteira das modificações da atenção à saúde e do próprio conceito de saúde, à medida que problematiza não apenas o modelo de hospitalização, mas também as formas instituídas de loucura e sofrimento psíquico.

<sup>2</sup> No ano de 2001 foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional. A legislação da reforma psiquiátrica no Brasil, bem como a Comissão de Direitos Humanos têm sido responsáveis pelas denúncias de maus tratos e precarização da atenção à saúde mental e a imposição de modificações nos modelos de atendimento psiquiátrico.

Aqui, faz-se importante discutir o conceito de desinstitucionalização. Esse conceito é fundamental para o projeto da reforma psiquiátrica, pois nele institui-se um elemento construtivo e, ao mesmo tempo, reformulador. É importante ressaltar que a desinstitucionalização não deve ser confundida com a desospitalização, entendida como uma desconstrução dos modelos manicomiais tradicionais, em que o usuário é quem comunica sua queixa, fazendo desse processo um espaço de escuta em que é privilegiada a palavra do usuário. Quando o usuário faz uso da palavra, encontra novas formas de resolução de seus conflitos, a partir da possibilidade que se oferece para novas leituras de organização e significação de sua vida. A desinstitucionalização segue um caminho oposto às práticas psiquiátricas clássicas, em que o médico examina os sintomas, a partir de sua abstração, para catalogá-los e caracterizá-los. Ao contrário disso, a desinstitucionalização toma o usuário como cidadão com ação e poder de participação, vê-o como capaz de verbalizar seus sentimentos e tentar entendê-los a partir de sua própria abstração. Isso significa desconstrução de determinada instituição que, a partir dela e sobre ela, comporta uma série de estigmas que são colados naqueles que têm subjetividade considerada louca (PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2004).

O Hospital-dia é um programa que se constituiu a partir do movimento da reforma psiquiátrica e busca dar outro enfoque ao sofrimento psíquico, por meio de uma clínica que, em uma dimensão transdisciplinar, leva também em consideração as questões éticas, sociais, culturais e políticas que transcendem a prática psiquiátrica e a medicalização. O programa Hospital-dia, dentro do Sistema Único de Saúde, é uma das propostas para outro agenciamento social da loucura, distinto do modelo da cultura manicomial com práticas em saúde que podem levar à condição de exclusão e de estigma social.

Com a proposta do programa do Hospital-dia, começam a ser discutidas atividades de trabalho diferentes do atendimento tradicionalmente oferecido à loucura, tomada como doença mental a partir da clínica psiquiátrica, fundamentada em grades conceituais fechadas e praticada, basicamente, pelo uso da medicação (HOENISCH, 2004). Assim, dentro dessa perspectiva, o objeto de trabalho não deve ser a doença mental, mas o sofrimento psíquico, não se estabelecendo articulações com formas repressivas ou modelos mecânicos e individualistas que estimulam o isolamento e a segregação ou que não inserem nem priorizam o grupo familiar, a sociedade, a significação da cultura e da arte como formas de desenvolver o direito do exercício da cidadania no tratamento de pessoas.

## Vulnerabilidade social: conceito e prática social

O conceito de vulnerabilidade começou a ser trabalhado na área dos Direitos Humanos e, mais tarde, foi incorporado ao campo da saúde com os trabalhos realizados sobre aids na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann, Tarantola e Netter (1993). As primeiras discussões articulavam dois estratos de visibilidade: pessoas que eram discriminadas socialmente, tais como homossexuais e usuários de drogas; e a doença – aids – associada ao medo e à moral. Essa composição inicial – grupos específicos que remetiam a questões de medo e moral – levou à ampla disseminação do conceito de “grupo de risco”.

A conformação do conceito de vulnerabilidade sustenta-se nas implicações da objetivação do conceito de risco. O conceito de risco articula-se a marcadores, tais como comportamento e populações específicas. Essa estratégia individualiza certa condição de saúde e doença e a coloca na esteira de ações, em termos de segurança e moralidade, ou seja, envolve formas de governabilidade das populações, por meio de biopolíticas centradas em marcadores identitários. A objetivação da vulnerabilidade social desloca-se do campo da aids e da saúde exclusivamente e amplia-se para a esfera da vida social, juntando-se aos campos da educação, do trabalho, das políticas públicas em geral, à medida que se refere às condições de vida e suportes sociais, e não à conduta, como marcava o conceito de risco.

Para Abramovay et al. (2002), vulnerabilidade social é definida como situação em que os recursos e a habilidade de dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou de diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais. Assim, o conceito de vulnerabilidade social está indiretamente vinculado ao de mobilidade social, posto que as possibilidades que indivíduos em vulnerabilidade social possuem em relação ao movimento nas estruturas sociais e econômicas são restritas, em termos de modificação de inscrição social. Todavia, essa dificuldade de mobilidade social não pode ser reduzida às questões de pobreza ou de populações carentiadas. Vulnerabilidade não está restrita à categoria econômica – passa também por organizações políticas de raça, orientação sexual, gênero e etnia, dentre outros.

Considera-se, então, que a conformação da vulnerabilidade social acaba sendo constituída em torno de conjunturas básicas: a primeira diz respeito à posse ou ao controle de recursos materiais ou simbólicos que permitem aos indivíduos se desenvolver, se aperfeiçoar ou se locomover na tessitura social; a segunda remete à organização das políticas de estado e bem-estar social, que configuram os componentes e oportunidades que provêm do Estado, do mercado e da sociedade – ligeiramente associada à capacidade de inserção no mercado de trabalho e acesso às políticas; e, por fim, a forma como os indivíduos, grupos, segmentos ou famílias organizam seus repertórios simbólicos ou materiais para responder aos desafios e adversidades provenientes das modificações dinâmicas, políticas e estruturais que ocorrem na sociedade, de forma a realizar adequações e ocupações de determinadas posições de enunciação no jogo do poder da organização simbólica e política.

Nesse sentido, segundo Ayres Jr. et al (1999), a vulnerabilidade cresce quando aparecem algumas das situações a seguir: aumento da falta de informações precisas, relevantes e diretas; não-preocupação com determinadas pessoas em relação ao perigo exposto; inacessibilidade aos serviços básicos, como também aos suprimentos e equipamentos; e falta de confiança ou credibilidade na sustentação de estratégias de saúde. Assim, direta ou indiretamente, as questões de vulnerabilidade social dizem respeito às políticas públicas, particularmente quando estas entendem o conceito de saúde como tendo caráter macropolítico e plural. No caso do Sistema Único de Saúde no Brasil, as políticas públicas devem obedecer aos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social como norteadores das ações em saúde, à medida que determinam os rumos que as políticas tomarão, sendo organizados por diretrizes, ou seja, formas de operacionalização das ações que visam a obedecer ao princípio da política pública.

Dessa forma, a construção do conceito de vulnerabilidade social é discutida aqui não como um mapeamento linear das condições do sujeito ou do grupo, mas como um conceito que procura analisar e entender as formas de inscrição social, por meio de práticas discursivas que conformam sujeitos ou populações como vulneráveis. Isso leva a uma análise do conceito de vulnerabilidade social de forma complexa e multifacetada, polimorfa, de organização de diferentes vetores que obstruem o acesso aos bens, serviços, incluindo-se os de saúde e de educação, bem como de alteração de capital simbólico – ilustrado pela ausência de acesso à saúde ou à educação formal (ABRAMOVAY et al., 2002).

Hüning e Guareschi (2004) ressaltam a existência de práticas discursivas que normatizam o certo e o errado como algo produzido historicamente, que tem como preocupação a ordenação do mundo, percebida no projeto da modernidade como a busca por ordem e progresso da humanidade, em que também estão incluídas as inscrições sobre o psiquismo. Assim, os portadores de sofrimento psíquico fazem parte de populações que se encontram fora da normalidade, das quais as políticas públicas de saúde se ocupam para poder torná-las sujeitos úteis, longe das ruas, pois sua inscrição como doentes coloca essas populações fora de determinada ordem das coisas, frente à sociedade. Dessa maneira, determinadas práticas discursivas das ciências “psi”, alinhadas ao projeto da ordem e da normatização, legitimam os modos de ser de portadores de sofrimento psíquico como loucos, doentes mentais e, portanto, incapazes, necessitados ou vulneráveis sociais.

A partir da compreensão de que as práticas discursivas são utilizadas como sendo a linguagem em uso (SPINK, 1999), fundamentamo-nos no pressuposto de que elas se associam de uma forma ou de outra aos discursos, entendidos aqui como práticas sociais que produzem os modos de os sujeitos se reconhecerem no mundo, para discutir a vulnerabilidade social no contexto dos usuários do Hospital-dia. Dessa forma, as práticas discursivas constituem a ferramenta teórico-metodológica que remete às formas como os sujeitos-usuários são interpelados por certos discursos no contexto do programa Hospital-dia.

## **O contexto dos usuários em um Hospital-dia**

Nosso trabalho foi realizado em um hospital geral na cidade de Porto Alegre. A escolha desse hospital origina-se do fato de ele ser considerado o único eminentemente público no Rio Grande do Sul, uma vez que a população atendida é, em sua totalidade, usuária do SUS. É uma instituição federal que atualmente tem quatro unidades hospitalares e 12 unidades sanitárias localizadas nas comunidades da região leste da cidade. Sendo o maior complexo hospitalar do Estado do Rio Grande do Sul, atende, em média, 100 mil pessoas por mês.

Em agosto de 1995, por solicitação da direção de uma das unidades desse grupo hospitalar, que visava a atender a uma exigência do Ministério da Saúde,

alguns profissionais da saúde começaram a pensar na implementação de um Hospital-dia do Serviço de Saúde Mental (S.S.M). O Hospital-dia caracteriza-se por ser um espaço intermediário entre o atendimento ambulatorial e uma internação fechada em hospital psiquiátrico. Diariamente, são desenvolvidas atividades de arteterapia, terapia ocupacional e educação física, além de atendimentos nas áreas de enfermagem, principalmente no fornecimento de medicação e nas atividades administrativas, como contatar familiares e emitir laudos de internação e boletins de atendimento.

Os usuários do Hospital-dia são homens e mulheres que variam de 20 a 60 anos e fazem parte da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente da região ou cidade onde moram. Em sua maioria, são encaminhados pelo ambulatório de psiquiatria do próprio hospital e pelo Serviço de Saúde Comunitária. As queixas de saúde mais frequentes que caracterizam a busca por ajuda para o sofrimento psíquico apresentam-se, dentro das taxionomias psiquiátricas, como depressão e ansiedade, outros transtornos de humor em geral, fobias, síndrome de pânico, transtornos psicóticos e transtornos mentais de modo geral. Assim, o Hospital-dia abriga usuários que são egressos de internação hospitalar ou que enfrentam algum tipo de sofrimento psíquico importante, encaminhados pelo ambulatório de psiquiatria. Realizamos observações participantes em um grupo de discussão de usuários do programa Hospital-dia durante 18 meses. Esse grupo constituiu um espaço de fala em que os usuários conversaram sobre suas práticas cotidianas, compartilhando diferentes modos de pensar e sentir a experiência do sofrimento psíquico.

### **Vulnerabilidade social e o Hospital-dia: práticas de significação**

Por meio das análises e discussões realizadas sobre os materiais observados nos grupos, procuramos compreender que verdades são produzidas por determinados discursos sobre vulnerabilidade social, que têm implicações no modo como portadores de sofrimento psíquico são interpelados por práticas cotidianas. Pode-se dizer que o modo como homens e mulheres usuários do Hospital-dia significam as questões sobre sofrimento psíquico estabelece a forma como se situam em relação ao contexto familiar, social, profissional, às atividades do programa Hospital-dia e ao uso de medicamentos, ou seja, os processos de filiação ou desfiliação de certos agrupamentos sociais.

As questões que emergem com os usuários do Hospital-dia são consideradas uma possibilidade de eles se pensarem como sujeitos da “doença mental”, ao mesmo tempo em que também permitem que se pensem como sujeitos de outros lugares ou contextos. Importante é colocar que o modo como os usuários se posicionam em relação aos contextos situados acima é pontuado pela questão da diferença. Essa diferença é significada, sobretudo, quando os usuários remetem-se ao olhar do outro. Esse outro é desde a família, os amigos, filhos, profissionais da saúde e uso de medicação até a sociedade toda.

### **Vulnerabilidade social e família**

Quanto à família, os usuários reconhecem a importância do apoio familiar e os modos como são percebidos por ela. Desse modo, ao mesmo tempo em que pensam a família como aquela que pode incentivá-los em determinadas ações, também percebem que o ambiente da família é, muitas vezes, aquele que os marca como doentes. A idéia da família como suporte – *“Quando eu estava mal no hospital, a única pessoa que ficou comigo do meu lado foi a minha mãe, ela ficava todos os dias aqui comigo”* – constitui um campo de investimentos que, durante os anos da ditadura, recrudescer, pois o outro deveria ser administrado pela família, principalmente os jovens, à medida que se constituíam como ameaça, como questão de polícia ou de policiamento: *“Ele acha que eu posso fazer alguma coisa com ela, machucá-la”*; *“Ela chamava a polícia para o meu bem. Eu sei disso”*.

Nos contextos de vida desses usuários portadores de sofrimento psíquico, ser mãe ou pai, ter ou não uma carteira de motorista, cuidar de casa, casar, trabalhar, ou seja, fazer suas próprias escolhas é muito mais difícil, à medida que a idéia de sofrimento é considerada uma doença perigosa e esvaziadora de capacidades, de modo que a noção de suporte familiar apenas se apresenta como tal, quando existe uma compreensão do sofrimento em termos de marcadores psiquiátricos:

*“Fica muito difícil, às vezes, a convivência com os meus avós. Como eles são mais velhos, nem sempre eles entendem da minha doença, nem sempre consigo conversar com eles, e me sinto muito mal por isso”*.

É difícil para os usuários romper com essas práticas cotidianas que determinam o que é a doença e o que é a normalidade, e geram uma série de (im)possibilidades, já que se reconhecem como diferentes, perigosos e vulneráveis. Assim, se a família diz que não pode cuidar dos filhos, os usuários aceitam essa imposição, pois eles mesmos não conseguem reconhecer suas capacidades. Essa interpelação discursiva limita-os a uma posição de doente mental e gera desconforto e sofrimento que podem ser vistos nas constantes queixas que trazem de experiências vividas no cotidiano.

A paternidade e a maternidade são aceitas na família pela questão biológica, mas os pais e mães que têm algum tipo de sofrimento psíquico são privados de reconhecimento mais afetivo ou de alguma responsabilidade por essa posição. Por outro lado, é comum quando a criança passa a manifestar algum tipo de sofrimento cuja responsabilidade ou culpa seja delegada a esse pai ou a essa mãe:

*“A minha família diz que a minha filha está com hiperatividade porque eu não cuidei dela”;  
“Mesmo quando eu brigo muito com meus pais, eu também tento entender o lado deles, afinal, eu acho que eles não têm culpa nenhuma do fato de eu ser assim. É importante tentar conversar e se entender”.*

É como se os usuários fossem responsáveis apenas pelas dificuldades de seus filhos. Entretanto, quando lutam contra esse discurso referente à paternidade e à maternidade, na tentativa de uma participação mais ativa na criação de seus filhos, deparam-se tanto com o descrédito da família quanto com o de si mesmos.

### **Vulnerabilidade social: marcadores identitários e o sofrimento psíquico**

Os sentidos produzidos sobre as possíveis condições de vulnerabilidade social passam, sobretudo, pelo olhar do outro. Assim, as formas de pensar e compreender a si mesmo e ao mundo são constantemente interpeladas por alguns marcadores identitários produzidos pelas nosografias psiquiátricas: *“Mas o que esse cara aí tem? Ele é psicótico?”*; *“Ah, então, eu sou psicótico.”*

Esses marcadores identificam e inscrevem os sujeitos portadores de sofrimento psíquico em determinadas formas de ser e de viver, cuja referência é, principalmente, a perspectiva de impossibilidade de controle sobre si mesmo. Mesmo em se tratando de um programa que se situa no campo da reforma psiquiátrica, o Hospital-dia é atravessado pelo discurso da psiquiatria clássica sobre loucura e da medicina higienista:

*“A loucura acontece quando algo está no pensamento e vai para a ação... Se eu vejo o tênis do Carlos, por exemplo, e penso ‘ah eu quero aquele tênis para mim’, isso é normal. Agora, se eu vou lá e roubo o tênis do Carlos, aí já é loucura”; “O homem do filme tem surtos psicóticos, que é quando a pessoa fica fora da realidade, ouve vozes”.*

Reconhecer a si mesmo passa pelo olhar do outro, que, de certa forma, avalia-o e o categoriza. Assim, para os usuários, a loucura é vista como aquilo que faz com que se percebam como diferentes, restringindo-os a determinadas posições de sujeito. As práticas discursivas relacionadas às incapacidades e impossibilidades situam-nos em determinadas posições, tornando-os vulneráveis ao olhar do outro em diferentes contextos, como na família, no trabalho ou na sociedade em geral.

Segundo Bezerra Jr. (2001), a doença mental é socialmente forjada pela condição de miséria e exploração imposta à maioria da população, que, sem alternativas políticas adequadas, adoece como uma estratégia de sobrevivência. É forjada também pela estrutura das relações de produção capitalista, que aliena o ser humano dos produtos de seu próprio trabalho e transforma sua existência numa história sem sentido, e, ainda, pelo próprio aparelho médico, à medida que este incorpora novos espaços sociais sob sua tutela.

Assim, como dito, o sofrimento psíquico é sentido pelos usuários como aquilo que faz com que se percebam como diferentes, ficando restritos a determinadas posições: *“Eu sou psicótico”*. A concepção de ser “psicótico” coloca-os em uma posição mais passiva e vulnerável perante um discurso que prega a normalidade e a necessidade de tutela como modelo na sociedade. Assim, uma pessoa psicótica não poderia, por exemplo, fazer suas próprias escolhas, já que o pressuposto básico desse conceito diz que o psicótico rompe com a realidade e perde a racionalidade.

Tais afirmações relacionadas às (in)capacidades e (im)possibilidades daqueles que possuem sofrimento psíquico são transmitidas tanto para a sociedade quanto para os sujeitos que passam a se ver como psicóticos.

Afirmações a respeito do sofrimento psíquico dos usuários mostram o quanto são interpelados pelo discurso hegemônico acerca da saúde mental. O olhar do outro os torna vulneráveis em diferentes contextos, como na família, no convívio social, no trabalho, na mídia etc., indicando-lhes que alguns espaços são bem delimitados, dizendo-lhes até onde podem ir.

### **Vulnerabilidade social e medicalização**

A questão da medicalização interpela os usuários tanto nos espaços da família quanto no próprio espaço do Hospital-dia. Algumas políticas públicas de saúde e as condições de trabalho de profissionais que se ocupam da questão da saúde mental contribuem para que o atendimento nessa área seja, muitas vezes, realizado de maneira rápida ou com pouco tempo de escuta e dedicação. Assim, os profissionais da área de saúde encontram nas medicações uma forma rápida para atuar diretamente na eliminação dos sintomas: *“Doutora, será que podia me receitar aquele remedinho ‘tribom’, para ficar felizinha?”*. Essa prática do uso constante da medicação interpela fortemente os usuários. São comuns, no final dos encontros dos grupos, as solicitações de receitas de medicamentos de que dizem precisar. Algumas vezes, os usuários justificam a presença no grupo pela necessidade de uma nova receita: *“Quem quer receita? Quem está precisando de receita?”*.

Não se pode negar a necessidade do uso de medicações em alguns casos, mas, por outro lado, é preciso entender outras formas de controle que essas medicações têm na vida das pessoas. Entretanto, a atenção integral à saúde é marcada pela utilização da medicação como forma de assistência básica – *“Não tomo Lítio faz duas semanas, está em falta lá no posto”*; *“Eu ando muito ansiosa, eu acho que preciso tomar mais um remédio”* –, ou seja, a necessidade que se instituiu, no campo da psiquiatria, de aliviar sintomas como método de normalização da diferença.

Os efeitos disso vão tanto na direção de marcar as existências como doença, quanto na direção de acesso às medicações prescritas. Duas formas de objetivação que engendram condições de vulnerabilidade, mas também a tutela do outro, podem ser tanto o médico quanto a medicação.

Como Bezerra Jr. (2001, p.148) afirma: “Nomes sem rostos, pacientes sem histórias sucedendo-se um a um na cadeira do paciente, saindo da consulta com nada mais que um saco de remédios e uma marcação de retorno longínqua”.

As colocações desses usuários mostram o poder e a influência que as medicações e os médicos exercem em suas vidas. Quando estão com algum tipo de sofrimento psíquico, esperam que lhes seja dada alguma medicação que amenize essa dor de forma imediata. Dessa maneira, ao contrário de se poder pensar em um empoderamento ou autonomia pelo atendimento à saúde, como coloca Bezerra Jr. (2001), quanto maior for a oferta de serviços psi, maior será o campo de ação medicalizadora, maior será o efeito de psiquiatrização do cotidiano, maior será a necessidade de terapeutas e terapias. A espiral alarga-se, sem que isso implique melhoria das condições de saúde mental da população, mas apenas a psicologização dos problemas sociais e a individualização de mal-estares coletivos.

Ao falar-se da prescrição e do uso dos psicofármacos em nível de atendimento de massa, não basta avaliar apenas a eficácia das drogas utilizadas. Outras questões devem ser levadas em conta: a escolha do medicamento feita pelo médico, o uso feito pelo paciente e o papel que pode representar tanto para um quanto para outro o recurso a esse instrumento terapêutico. Bezerra Jr. (2001, p.148) afirma que:

*“Tratar alguém é sinônimo de medicá-lo. É uma maneira de acentuar a visão organicista estreita da doença e do sofrimento que tende a fazer o ato de prescrever medicamentos o corolário da assistência médica”.*

Nesse sentido, um bom médico é aquele que sempre está em dia com as novidades terapêuticas medicamentosas.

## **Vulnerabilidade social e políticas públicas**

No entanto, pode-se dizer que, por meio do programa Hospital-dia, os usuários buscam algo mais, além da compreensão sobre si e de seu sofrimento: “Às vezes, pelo fato de eu vir aqui no grupo, as pessoas já me criticam, já me acham mais louco ainda, claro, quem precisa vir em grupo em hospital?”

Louco! Minha família nem sempre entende por que eu venho aqui”; “Aqui a gente fala o que a gente quer falar, e a médica vê o que pode fazer”. Marcados pela loucura e pela tutela, quanto à possibilidade de engendrar outras inscrições em termos de capacidades, o grupo é também um espaço de significar aquilo com o que se reconhecem e são reconhecidos na vida: “É isso aí, aqui a gente fala tudo o que está sentindo, é como uma família. A gente ajuda uns aos outros”.

Segundo Bezerra Jr. (2001), estratégias de atendimento à saúde mental devem partir de uma política progressista, comprometida com o atendimento às exigências de saúde da população. Deveriam procurar tornar acessíveis às camadas menos privilegiadas maior número de procedimentos e técnicas que assegurem a manutenção ou recuperação dos diferentes níveis de saúde. Sendo assim, o Hospital-dia deve buscar ser uma proposta diferenciada de uma internação fechada. Esse espaço deve proporcionar o pensar em diferentes formas para lidar com o cotidiano, a fim de gerar mudanças na forma de os usuários se relacionarem consigo e com os outros.

Porém, embora o programa apresente avanços no processo da reforma psiquiátrica, entendemos que também é limitante, no que se refere ao desenvolvimento de atividades que possam desconstruir a imagem dos usuários do Hospital-dia em relação à concepção sobre doença mental ou sobre pessoas portadoras de sofrimento psíquico, no sentido de que não consigam se pensar como sujeitos capazes de se posicionar em outros contextos ou dimensões na vida. Entretanto, se o profissional for criterioso para escutar o discurso do usuário como instrumento de complexidade e de riquezas próprias, terá um campo de intervenção terapêutica e de pesquisa altamente promissor para promover a saúde por meio do desenvolvimento e da promoção de algumas das condições de vida (BEZERRA JR., 2001), conforme preconizam os princípios do SUS.

### **Algumas questões para continuar pensando sobre políticas públicas de saúde mental**

A partir da participação no grupo de usuários do Hospital-dia, podemos pensar em algumas questões decorrentes das discussões que realizamos sobre vulnerabilidade social e em determinadas ações das políticas públicas de saúde,

nesse caso, a do Hospital-dia. Uma delas, que ocorreu durante a realização deste estudo, diz respeito aos encaminhamentos efetivados pelas equipes dos profissionais da saúde do hospital, de deslocamento do programa Hospital-dia para a rede de atendimento desses usuários em um CAPS. Essa mudança vai ao encontro tanto dos princípios estabelecidos pelo SUS quanto da integralidade, da multidisciplinaridade e das problematizações da pesquisa – propiciar outras oportunidades que possibilitem aos usuários significarem diferentes situações de vida e, assim, se produzirem sujeitos de outros contextos, que não sejam só aqueles que os identificam como portadores de sofrimento psíquico.

Dessa forma, entendemos que os objetivos de problematizar as questões sobre vulnerabilidade e sofrimento psíquico foram importantes no sentido de identificar a diferença como aquilo que coloca os usuários em condições de se sentir limitados para significar outras maneiras de pensar o sofrimento e produzir outros modos de vida. Essa condição pode ser propiciada à medida que os usuários são atendidos na rede junto com outros, por diferentes tipos de atendimento, o que, inclusive, vai ao encontro do novo conceito de saúde, que visa às questões de integralidade e interdisciplinaridade na saúde, como busca pela melhoria das condições de vida.

Na compreensão dos sentidos produzidos sobre vulnerabilidade social a partir do contexto dos usuários do Hospital-dia, torna-se visível o quanto eles são interpelados por determinadas verdades sobre a doença mental cristalizadas não só na sociedade, mas também nos campos de saber que legitimam o conhecimento dessa área. Outras questões importantes que emergiram desses discursos dizem respeito às relações familiares, atravessadas por problemáticas, como a dificuldade de estabelecer diálogo, a preocupação com a educação dos filhos, as relações de carinho e cuidado, dentre outras. Além disso, emergiram algumas questões, como, por exemplo, a centralidade da medicação e da figura do médico como responsável por essa medicação, e o questionamento do próprio programa Hospital-dia como uma política pública de saúde somente para portadores de sofrimento psíquico.

Dessa forma, esta pesquisa oportunizou algumas discussões que evidenciaram a necessidade de revisitar conceitos e compreensões sobre determinadas intervenções da área psi, no que diz respeito à saúde mental, principalmente no que se refere à forma como os usuários são inscritos como vulneráveis por programas de políticas públicas, por serem portadores de determinadas marcas identitárias.

## Referências bibliográficas

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G.; PINHEIRO, L. C.; LIMA, F. S.; MARTINELLI, C. C. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO, 2002.
- AYRES JR., C. M.; FRANCA, JR-I; CALAZAS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempo de aids. In: BARBOSA, M. R.; PARKER, R. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- BEZERRA JR., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995a.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1995b.
- FOUCAULT, M. O retorno da moral. In: ESCOBAR, C. H. *Michel Foucault: o dossier, últimas entrevistas*. Rio de Janeiro: Taurus, 1984a.
- FOUCAULT, M. *Psicologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984b.
- HOENISCH, J. C. D. Representações do SUS para psicólogos em unidades de saúde: indagações e possibilidades. In: NASCIMENTO, C. A. T.; LAZZAROTO, G. D. R.; HOENISCH, J. C. D.; SILVA, M. C. C.; MATOS, R. L. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP – 7º Região, 2004.
- HÜNING, S. M. e GUARESCHI, N. M. F. Estudos culturais e produção de sentidos: diálogos possíveis na construção de conhecimento. In: 1º SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ESTUDOS CULTURAIS EM EDUCAÇÃO: PODER, IDENTIDADE E DIFERENÇA. 2004. Canoas. *Anais...Canoas*, 2004.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Orgs.). *A aids no mundo. História social da AIDS (1)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

OLIVEIRA, D.; SALDANHA, O. Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva. *Saúde mental coletiva*, Bagé, ano 1, n.1, p.40-50, jun. 1993.

PELLICCIOLI, E. C.; GUARESCHI, N. M. Problematizando o acompanhamento terapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde. In: NASCIMENTO, C. A. T.; LAZZAROTO, G. D. R.; HOENISCH, J. C. D.; SILVA, M. C. C.; MATOS, R. L. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP – 7º Região, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual no. 9716 de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 10 ago. 1992.

SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.