



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS-ICH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL- SER

RAYNA MENDES SANCIO

**CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL À COMPREENSÃO DA
RELAÇÃO ENTRE QUESTÃO SOCIAL E ADOECIMENTO MENTAL**

Brasília - DF

2022

RAYNA MENDES SANCIO

**CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL À COMPREENSÃO DA RELAÇÃO
ENTRE QUESTÃO SOCIAL E ADOECIMENTO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social sob orientação da Prof.^a. Dr.^a Karen Santana de Almeida Vieira.

Brasília - DF

2022

BANCA EXAMINADORA

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, da estudante de graduação Rayna Mendes Sancio.

Prof. Dr^a. Karen Santana de Almeida Vieira (SER/UnB) (Orientadora)

Prof. Dr^a Isabela Ramos Ribeiro

Prof. Gabriela Fernandes Chaves Lira

Aprovado em: 27 / 09 / 2022

DEDICATÓRIA

“No momento em que escolhemos amar, começamos a progredir contra a dominação, contra a opressão. No momento em que escolhemos amar, caminhamos rumo à liberdade, agimos de forma a nos libertarmos e aos outros. ”

Bell Hooks, 2000

A todos aqueles que, rotulados como loucos estigmatizados, tiveram sua liberdade e seus direitos violados.

AGRADECIMENTOS

À Deus, à espiritualidade e aos meus guias, por nunca me deixar desamparada e me proporcionar a perseverança necessária para alcançar esta conquista.

À minha mãe, Carla Marina, por todo esforço e dedicação que me possibilitou chegar até aqui. Pelo apoio afetuosos, financeiro e moral, essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional. Pela paciência, diante dos conflitos, mas especialmente pelo amor incondicional. Ao Samuel Antunes, meu padrasto e amigo, que chegou em nossas vidas para trazer leveza, diversão e muita música. Agradeço pelo amparo, por todas as trocas e momentos que nós três compartilhamos juntos.

À família Mendes, a qual tenho o privilégio de pertencer. Aos meus avós, Jair e Marina, à todos os meus tios, tias, primos e primas, por me acolherem como eu sou, pela presença e todo o suporte necessário, sem vocês nada seria possível. Gratidão especial ao Guilherme, pelo auxílio direto na elaboração desta pesquisa e por muito mais.

À professora doutora Karen Santana de Almeida Vieira, orientadora querida, pelo acolhimento e compreensão durante o processo de escrita desta monografia. Gratidão por acolher minhas ideias, pelo incentivo constante e por confiar em mim.

Aos meus amigos, fundamentais em minha caminhada, que por muitas vezes compreenderam minha ausência e me apoiaram durante a escrita deste projeto. À Giovanna, pelo zelo e reciprocidade. Por ouvir minhas angústias, me incentivar e me fazer rir. Aos queridos amigos da escola e da vida, por me acompanharem desde antes da graduação, por todas as trocas valiosas, conselhos, aventuras e desafios vivenciados ao longo dos anos.

Às professoras da Banca Examinadora: Prof. Dr^a Isabela Ramos Ribeiro, que me acompanhou durante parte significativa da minha graduação e à Prof. e assistente social Gabriela Fernandes Chaves Lira, por terem aceitado o convite, pela disponibilidade e interesse em avaliar meu projeto.

Ao professor doutor Pedro Henrique Antunes da Costa, autor de referência entrevistado, que contribuiu de forma significativa, primeiramente ao instigar em mim os questionamentos essenciais para produção deste projeto. Em segundo lugar por colaborar com sua participação e seus escritos, sempre de forma solícita.

Aos profissionais entrevistados, que se disponibilizaram a fim de contribuir para a consolidação da pesquisa.

Gostaria ainda de expressar o quão sou grata a todos àqueles que contribuíram de forma direta ou indireta nesta pesquisa: à terapeuta Fernanda, à assistente social Sheila, e à equipe do CAPS III Samambaia, às colegas de estágio e aos demais colegas que acompanham o meu percurso. A todos vocês, muito obrigada!

RESUMO:

O presente estudo se dedica a analisar a provável relação existente entre Questão Social e adoecimento mental. Logo, considerando que o adoecimento psíquico é um fenômeno multideterminado e que não se restringe às influências de ordens biológicas e psicológicas, faz-se necessário trazer a contribuição da categoria do Serviço Social no entendimento e discussão das determinações desse processo saúde-doença, com foco nos casos específicos de adoecimento e tendo na Questão Social, uma de suas possíveis causas prováveis. Diante disso, e observando que esse fenômeno transcorre também de maneira singular com base em aspectos sociais, culturais, econômicos e moral, é o objetivo geral do estudo analisar a relação existente entre Questão Social e o processo de adoecimento mental. Os objetivos específicos são: investigar de forma breve e bibliográfica a trajetória do tratamento ao adoecimento psíquico e suas determinações sociais; discorrer acerca da compreensão da Questão Social e de suas manifestações a partir da perspectiva do Serviço Social e da bibliografia encontrada; identificar a relação entre a Questão Social e o adoecimento mental a partir da percepção e análise do discurso de assistentes sociais que atuam na área de saúde mental, da fala de um pesquisador que já trabalha essa temática (a partir da perspectiva da Questão Social) e com o suporte da aplicação de um questionário fechado aos participantes. À vista disso, a pesquisa é de natureza qualitativa e foi desenvolvida junto a três profissionais atuantes na área de saúde mental. Como técnica de construção e instrumento de análise de dados foram utilizados, respectivamente, a técnica de entrevista com roteiro de perguntas e a aplicação de um questionário fechado, com o auxílio da ferramenta do *Google Forms* para verificar a manutenção das respostas obtidas nas entrevistas, como também comparar as três respostas numericamente. Como resultado, os participantes confirmaram, de modo não generalizável, a hipótese de que existe uma relação entre Questão Social e o processo de adoecimento mental. Contudo, esse é apenas o início de um debate, que deve ser amplificado, difundido e aplicado a uma população maior de assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde mental, ou de profissionais de outras categorias, atuantes na saúde mental, que compreendam o conceito de Questão Social.

Palavras-chave: Questão Social; Saúde Mental; Adoecimento Mental; Serviço Social

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

ILUSTRAÇÃO 1: Conjunto AM, DSSM, fatores bio/psicológicos.....	75
ILUSTRAÇÃO 2: Conjunto DSAM e expressões da QS.....	75
GRÁFICO 1: Gráfico da Pergunta Y.....	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Marx sobre a loucura.....	35
TABELA 2- Da busca e investigação nas Bases de dados.....	49
TABELA 3- Do processo de tabulação dos dados.....	56
TABELA 4- Da análise dos níveis de importância das variáveis obtidas.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM- Adoecimento Mental;

AS- Assistente Social;

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial;

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social;

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social;

DSS- Determinantes Sociais da Saúde;

DSAM- Determinantes sociais do adoecimento mental;

MPC- Modo de produção capitalista;

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental;

NESCON- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva;

ONU- Organização das Nações Unidas;

QS- Questão Social;

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial;

SM- Saúde Mental;

TCLE- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CAPÍTULO 1: ADOECIMENTO MENTAL E QUESTÃO SOCIAL	16
1.1. Trajetória do tratamento em saúde mental e seus aspectos históricos.....	17
1.2. Das determinações sociais da saúde mental.....	24
1.3. Questão social: definição e particularidades no capitalismo contemporâneo.....	26
1.3.1 Da relação entre a questão social e o adoecimento mental.....	32
2. CAPÍTULO 2: PERCURSO METODOLÓGICO	45
2.1 Procedimentos metodológicos e delineamento da pesquisa	46
2.2 Da busca pelos parâmetros temáticos	48
2.3 Parâmetros de pesquisa	50
2.3.1. <i>Sujeitos participantes da pesquisa</i>	51
2.3.2 <i>Cuidados éticos da Pesquisa</i>	52
2.4 Procedimento para análise de dados.....	53
3. CAPÍTULO 3: A QUESTÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ADOECIMENTO MENTAL	58
3.1 Questão Social e adoecimento mental de acordo com os entrevistados.....	59
3.2 Análise de dados:.....	67
3.2.1 <i>Da relação entre Questão Social e adoecimento mental na perspectiva de assistentes sociais e do Professor Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa</i>	67.
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
BIBLIOGRAFIA	80
APÊNDICES	83

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa parte das inquietações adquiridas ao longo da atuação da pesquisadora no espaço institucional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Atuação vivida durante o período de estágio obrigatório exigido pela graduação em Serviço Social. Logo, considerando que “não há tanto acúmulo de debate em Serviço Social e Saúde Mental no Brasil” (BISNETO, 2009), é normal que questionamentos e dúvidas apareçam. Nesse contexto, dentre os diversos questionamentos que despontaram durante o processo de estágio, surgiu o problema deste estudo: Existe uma relação entre Questão Social¹ e adoecimento psíquico?

Atualmente, a temática da saúde e do adoecimento mental² são bastante discutidas perante a nossa sociedade. Existe um consenso em relação às concepções que envolvem tais temas, em especial no que diz respeito às suas complexidades e abrangências (CORBANEZI, 2021). Por isso, com o intuito de complementar a discussão entre Serviço Social e Saúde Mental, esta pesquisa pretende não só situar a compreensão da saúde/sofrimento mental nos marcos da teoria social do materialismo³, como também tem por objetivo geral analisar se há uma relação entre a Questão Social e o processo de produção do adoecimento psíquico na sociedade capitalista.

De maneira mais específica, temos que no decorrer da trajetória histórica do tratamento direcionado ao sofrimento psíquico, é possível observar que existem determinações deste fenômeno que vão para além das dimensões biológica e psicológica. Isto é, o problema de

¹ Embora a norma culta da Língua Portuguesa não traga como regra gramatical a obrigatoriedade da grafia maiúscula do termo enfatizado, opta-se por fazê-lo a fim de dar destaque e importância para a Questão Social enquanto categoria analítica neste trabalho. Seu conceito será melhor aprofundado no primeiro capítulo da pesquisa, especificamente no tópico 1.3.

² Existem debates que trazem uma perspectiva crítica sobre a necessidade de mudanças do vocabulário utilizado no campo da saúde mental, à exemplo disso temos as considerações de Paulo Amarante, no livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2007). Tal fato se dá pois, alguns termos podem representar reducionismos, muitas vezes colocando as questões de ordem biológica, ou da mente como único foco causador do sofrimento de um indivíduo, o que por hora desconsidera as outras demais dimensões do sofrer. Diante disso, e apesar desta pesquisa ser conduzida por uma postura radical e crítica acerca do processo de sofrimento dos sujeitos, opta-se por manter no título do trabalho o termo *adoecimento mental*. Desse modo, busca-se dar mais capilaridade e disponibilizar o estudo para outras áreas de trabalho que estudam o fenômeno.

³ A teoria social materialista é significativa à categoria do Serviço Social, pois possibilita que os profissionais da área busquem romper com o conservadorismo e tradicionalismo da profissão, analisando a realidade para além da aparência, identificando limites, desafios e possibilidades para práxis de trabalho. Ademais, a aproximação com essa teoria se deu no processo de renovação profissional no decorrer da década de 1970 e ainda hoje se faz necessária para que os/as assistentes sociais elaborem questionamentos e críticas frente à dinâmica capitalista exploradora.

saúde mental reflete também em questões culturais, econômicas e políticas, “atrelado às transformações das normatividades sociais que modulam o indivíduo” (CORBANEZI, 2021, p. 134). Esta pesquisadora não tem pretensão de desconsiderar os pontos de vista biológico e psicológico, contudo, para evitar reducionismos, propõe-se absorver a determinação social do adoecimento mental e apresentar a hipótese de que ele pode ser caracterizado como uma manifestação da Questão Social, investigando assim a relação existente entre estas duas variáveis.

A relevância do tema se justifica pelo fato de que “em geral, o assistente social se queixa de não saber definir seu objeto de [intervenção] prática dentro das instituições de assistência psiquiátrica” (BISNETO, 2009). Isto ocorre por uma série de fatores, como por exemplo a pluralidade de instituições e suas diferentes leituras conceituais acerca do tratamento em saúde mental. Tais leituras podem seguir uma perspectiva da psiquiatria tradicional ou pautada na reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. Ademais, a partir da busca bibliográfica realizada nas bases de dados da Universidade de Brasília, da biblioteca Nacional, Biblioteca Virtual do NESCON, na Scielo, Proquest, Periódicos Fiocruz, Google Acadêmico e na revista Katalysis, entre fevereiro e agosto de 2022, observou-se que a produção científica que aborde especificamente esse tema é bastante incipiente, ou até inexistente.

Dessa forma, dando protagonismo à Questão Social como “a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p.77) e também como objeto de trabalho e intervenção dos assistentes sociais, essa pesquisa tem como pretensão significar e reapropriar este objeto, a fim de trazer reflexões às questões acerca de sua definição no âmbito da Saúde Mental.

Assim, articulado ao objetivo geral, que é analisar a relação existente entre Questão Social e o processo de adoecimento mental, os objetivos específicos ficaram:

1- Investigar de forma breve e bibliográfica a trajetória do tratamento ao adoecimento psíquico e seus determinantes sociais;

2- Discorrer acerca da compreensão da Questão Social e de suas manifestações a partir da perspectiva do Serviço Social e da bibliografia encontrada;

3- Identificar a relação entre a Questão Social e o adoecimento mental a partir da percepção e análise do discurso dos entrevistados.

Na construção deste estudo, atentando para seu caráter exploratório, optou-se por desenvolvê-lo a partir de uma perspectiva qualitativa, por meio de entrevistas, aplicação de questionário fechado, análise documental e do delineamento bibliográfico. A escolha por essa abordagem se deu pela necessidade de compreender os aspectos subjetivos do tema, visto que esta apresenta-se “nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados”. (MINAYO, 2001, p.21).

Para mais, foi escolhido o método de análise materialista-histórico dialético a fim de afirmar posicionamentos teóricos e políticos acerca do que o Serviço Social é enquanto profissão e ciência. E também do olhar sempre posicionado ética e politicamente para a análise da realidade.

Além disso, foram utilizados como instrumentos de pesquisa: a entrevista com roteiro de perguntas⁴ e a aplicação de um questionário fechado, com o auxílio da ferramenta do Google Forms. Tais escolhas foram tomadas por cinco motivos, sendo eles: a escassa produção bibliográfica exclusiva da temática; ao já uso da entrevista como técnica no processo exploratório de desenvolvimento da pesquisa qualitativa; o interesse de verificar se as respostas às perguntas realizadas durante entrevista sofreram algum tipo de alteração; a intenção de comparar as três respostas numericamente e a utilização dos dados obtidos para exemplificar a percepção dos sujeitos entrevistados a respeito da relação entre o adoecimento mental e a Questão Social.

Por tudo isso, esclarecido no parágrafo acima, optou-se por realizar a entrevista com roteiro de perguntas e a aplicação de questionário fechado com duas assistentes sociais, escolhidas de forma aleatória e a partir do consentimento delas para a coleta dos dados. Ademais, como entrevistado chave nessa pesquisa, e com vista a obter dados de esclarecimento, foi realizada entrevista com um autor de referência escolhido intencionalmente, que também respondeu ao questionário fechado. O propósito da escola desse professor foi o de ilustrar, com mais detalhes, o objeto de análise dessa pesquisa considerando a percepção desse entrevistado que já estuda o tema há bastante tempo. O convite de sua participação foi feito de forma assertiva e direta, com vistas a direcionar a discussão para o debate e a reflexão do tema aqui proposto, buscando relacionar a Questão Social com o processo de adoecimento mental.

⁴ “Em geral, as entrevistas podem ser estruturadas e não-estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas.” (MINAYO, 2001, p.58) No caso da entrevista com roteiro escolhida para essa pesquisa, “pressupõem perguntas previamente formuladas” (idem, p.58).

Entretanto, devido ao escasso tempo disponível para realização desta monografia, não foi possível aprofundar nessa técnica com uma amostra maior de entrevistados da categoria do Serviço Social. Por isso, esta pesquisa não tem pretensão de ser generalizável no que se refere ao universo dos assistentes sociais como um todo (de dois participantes), mas sim ilustrar e dar vida (por meio da percepção deles) ao tema aqui estudado. Todas as entrevistas foram feitas mediante assinatura de um termo de consentimento livre esclarecido, de forma voluntária e espontânea. Esse termo apresenta os cuidados éticos e todos os esclarecimentos necessários à realização da mesma. Por fim, outros detalhes a respeito dos procedimentos metodológicos serão evidenciados no corpo deste trabalho, no segundo capítulo.

Logo, a presente pesquisa está estruturada em três capítulos. O primeiro apresenta uma breve trajetória do tratamento em saúde mental, desde antes de sua compreensão inicial como loucura, considerando os marcos da Antiguidade, da estruturação dos estados nacionais, do surgimento das casas de internação e tendo como foco o desenvolvimento da sociedade industrial e capitalista, bem como suas consequências. Além disso, destacam-se os determinantes sociais no processo de saúde-doença mental. Em seguida discorre-se sobre os apontamentos mais centrais em relação à gênese da Questão Social, oriunda da contradição entre capital e trabalho e o seu debate contemporâneo na visão de autores como Santos (2012), Yamamoto (1983, 2001, 2008), Netto (2001).

O segundo capítulo reporta a descrição do percurso metodológico do estudo, com enfoque nas técnicas, procedimentos, critérios de seleção dos sujeitos entrevistados, os cuidados éticos em sua realização e os próprios parâmetros de pesquisa. Desse modo, é importante ressaltar que metodologia utilizada teve como base a narrativa teórica e social de Marx para a apreensão das informações. Ademais, devido a subjetividade do estudo, a abordagem selecionada na metodologia foi a da pesquisa qualitativa, embora também sejam realizadas inferências numéricas para o entendimento das respostas obtidas através das técnicas e instrumentos utilizados. Essas últimas, bem como a estratégia de produção para coletar os dados foram disponibilizadas em duas etapas. A primeira etapa foi apoiada na técnica da realização de entrevistas com roteiro de perguntas. Já a segunda contou com a aplicação de um questionário fechado, após sete meses da realização da primeira etapa. Esse questionário, feito com auxílio da ferramenta Google Forms, serviu como instrumento de pesquisa direcionado aos mesmos participantes da primeira etapa e teve o intuito não só de verificar a manutenção

das respostas obtidas durante as entrevistas, como também comparar as três respostas numericamente.

O terceiro capítulo, por sua vez, intitulado A Questão Social no processo de adoecimento mental, traz os resultados encontrados a partir das entrevistas, da aplicação do questionário fechado e suas respectivas análises. Além disso, nele, também objetiva-se relacionar esses resultados com o arcabouço teórico trabalhado no primeiro e segundo capítulo. Portanto, as contribuições de profissionais que atuam na área da saúde mental ficaram explícitas, revelando suas concepções acerca do significado da Questão Social, de suas determinações e suas percepções acerca da possível relação entre o adoecimento psíquico e a Questão Social. Essa relação é explorada com um pouco mais de profundidade (próprio da pesquisa qualitativa) pelo Professor Dr. Pedro Henrique, que participou das entrevistas como autor de referência e que autorizou evidenciarmos sua identidade, não sendo necessário, nesse caso, guardar o anonimato. Esse capítulo é encerrado com a análise e interpretação dos resultados encontrados.

Por fim, e com a segurança de que no Serviço Social a permanente busca pelo conhecimento se configura como um mecanismo de luta, este trabalho apresenta as considerações finais retomando os objetivos da pesquisa e destacando não só os resultados encontrados, como também as questões e problematizações que surgiram durante sua elaboração.

CAPÍTULO 1

ADOCIMENTO MENTAL E QUESTÃO SOCIAL

CAPÍTULO 1

ADOECIMENTO MENTAL E QUESTÃO SOCIAL

*“A minha alucinação é suportar o dia a dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais.”*
Belchior- Alucinação

1.1. Trajetória do tratamento em saúde mental e seus aspectos históricos

Inteirar-se acerca do conceito de loucura em sua trajetória histórica, possibilita não só desnaturalizar as concepções estigmatizantes existentes que recaem sob o adoecimento psíquico e a saúde mental, como também refletir acerca da atualidade dos espaços e da prática profissional destinados ao tratamento e a assistência às pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento mental. Para isso, é necessário buscar os princípios de como o fenômeno da loucura passou a ser visto como uma questão de saúde e quais foram os direcionamentos destinados a ela.

Partindo da Antiguidade, e com base nos escritos de Foucault (1972) e Pessotti (1994), a loucura era vista a partir de um elemento trágico-cósmico, isto é, os saberes mitológicos e o caráter sobrenatural explicavam o fenômeno do desatino. Tal fato o coloca ora como fruto de conflitos internos, ora como castigo dos deuses, logo:

A loucura é apenas uma interferência transitória (e caprichosa) dos deuses, sobre o pensamento e a ação dos homens e que pode levá-los a comportamentos nocivos ou bizarros. Mudado o humor da divindade, a loucura e seus efeitos desaparecem. (PESSOTTI, 1994, p. 20)

Com isso, o discurso do sujeito considerado louco não era invalidado e sequer colocado como ilógico. O que vinha a partir do delírio era tido como uma verdade posta, não havia necessidade de tratar, já que não era considerado uma doença. Atualmente, essa percepção é contestada por uma visão crítica pautada na racionalidade.

A sociedade ocidental naturalizou a associação entre os conceitos de irracionalidade e loucura. Tal compreensão corporifica os dois conceitos como se fossem um só, além de situá-los numa zona de exclusão, estranheza e desqualificação. Entretanto, o louco nem sempre representou a desrazão. De acordo com Frayze (1985), na Grécia Antiga “encontramos a loucura inspirada pelos deuses e geradora de grandes bens.” Isto é, apesar de atualmente ser

entendida como um distúrbio mental, a loucura se manifestava, em alguns casos, como experiência do saber, exterior à razão, mas não contrária a ela. Além disso, permitia o acesso às verdades divinas, numa espécie de mística privilegiada (Pelbart 1989, p. 55).

Contudo, o conceito de loucura observado pelas lentes das causas sobrenaturais esbarra com outros tipos de concepções. Ainda na antiguidade grega, que busca compreender a natureza humana, o místico é contraposto pelo racional. Foi Hipócrates (460-377 a.C.) que categorizou uma concepção médica buscando as causas orgânicas para o fenômeno da loucura, tirando-a da responsabilidade de um ordenamento divino. Em sua teoria dos humores, o corpo sadio seria fruto da harmonia entre o cérebro humano, seus elementos essenciais e o ambiente. A existência de um desequilíbrio de fluidos corporais (bile amarela, bile negra, fleugma e sangue) coloca a loucura como um desarranjo de humores a ser tratado como doença.

Assim, as ideias racionalistas de Hipócrates abriram espaço para discussões de caráter organicista acerca da constituição dos transtornos mentais. Cláudio Galeno (131 – 200 d.C.), um dos médicos prestigiados pelo Império Romano, elaborou uma nova fisiologia, na qual o seu conceito de *pneuma psíquico* serviu como pilar para a concepção neurológica de funções mentais. Os transtornos psíquicos, portanto, seriam fruto de lesões em tais funções. (Pessotti, 1994). Logo:

Com Galeno, vê-se que a natureza da loucura, chamada delírio, mania ou melancolia, é híbrida: é orgânica, somática porque implica desarranjo humoral, ou *crize*, mas é psicológica, porque o sintoma discriminante é o distúrbio de uma ou mais faculdades mentais (imaginação, razão e memória) (Idem, 1994, p. 76)

A concepção mencionada acima perdurou por alguns séculos, porém, com a ascensão do pensamento religioso predominante na Idade Média, a loucura passa a ser entendida como uma questão de adoecimento espiritual e efeito de possessão demoníaca. Sua presença era considerada sinal de punição devido ao distanciamento da fé. Com isso, desloca-se a percepção de tratamento médico dos transtornos mentais, e o padrão de cura que vai vigorar é a busca pela fé e expiação dos pecados. Esse modelo é utilizado como ferramenta de imposição moral e da ortodoxia religiosa. Sendo assim, há “sob a consciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília.” (FOUCAULT, 1972, p. 34).

No que toca ao século XVII, após a investida do movimento da Renascença, marcado pelo ceticismo frente às crenças antigas e seus elementos humanistas e racionalistas, deu-se que sob a influência da concepção dualista de Descartes (1999) loucura e razão aparecem como conceitos contraditórios. Para esse filósofo, o sujeito que pensa não pode ser louco, já que a

loucura o distancia da razão e impossibilita o pensamento. A sociedade, portanto, passa a percebê-lo como sujeito irracional. Para Foucault (1972), nesse período, a visão crítica acerca do desatino enquadra-o numa zona de exclusão do cotidiano social.

Simultaneamente, esse século foi marcado por crises significativas no mundo ocidental. Após a estruturação dos Estados nacionais, a recente urbanização e industrialização, a Europa passava por adversidades sociais, políticas, morais e econômicas. Os altos índices de desemprego acarretaram em uma intensificação da pobreza e da mendicância, que eram vistas, não pelas lentes da economia política, mas sim por uma questão moral, como a falta de disciplina (MACHADO,1982). Para solucionar esse problema e buscar estratégias para a cadeia produtiva, as estruturas criadas pela ordem monárquica burguesa e apoiada por interesse da Igreja (sob o ideal da caridade e da misericórdia) foram as casas de internação.

Foucault (1972) denomina esse momento como “O Grande Enclausuramento”, e o marco desse fenômeno foi a criação do Hospital Geral de Paris, em 1565. Novos locais foram constituídos por toda a Europa e, seguindo a herança da Idade Média, no que se refere ao isolamento e a exclusão deixada pela lepra, essas instituições (muitas vezes sendo construídas dentro de antigos leprosários) eram pautadas em práticas de encarceramentos. Pelo argumento de assistência, tais locais ocultavam o controle dos sujeitos, a relação de submissão entre os profissionais das casas de internação e os internos, a inserção forçada em atividades coletivas de trabalho, a violência como punição quando não cumpridas as regras, restrição do direito de escolha de permanecer ou não em “tratamento”, entre outros. Destinado aos pobres, esses locais visavam à adequação às normas sociais e certo impulso econômico, isto é:

Economicamente foram dadas a esse fenômeno duas justificativas: em tempo de desemprego, principalmente proteger a cidade contra os distúrbios que podiam ser causados pelos ociosos; em tempo de pleno emprego, possibilidade de adquirir mão-de-obra barata. (MACHADO,1982, pág 39)

Assim, retornando ao pensamento de Descartes (1999) e considerando a displicência ao tema da loucura na era clássica, os sujeitos “loucos” eram ignorados pela sociedade “pensante”. Seus aspectos de anormalidade e desvios morais são tidos como resultados da ausência da razão, e devido a este fato eram indivíduos passíveis de serem internados. Além disso, a loucura localiza-se num contexto social da miséria, o que justificava sua condenação e reclusão. Nas palavras de Machado (1982):

As instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade não dependiam de uma ciência médica, mas de uma “percepção” do indivíduo como ser social; que o estatuto de louco era conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma “percepção social”, dispersa e produzida por diversas

instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a Igreja etc., a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão das leis da razão e da moralidade. (MACHADO, 1982, p. 38)

Desse modo, a loucura passa a ser entendida a partir de um caráter moralista e “de uma condenação ética da ociosidade” (FOUCAULT, 1972, p.83). O tratamento da loucura, portanto, passou a ser compreendido também pelo imperativo do trabalho. Assim, instituir a internação de pobres e sujeitos considerados “loucos” nos hospitais, hospícios e nas workhouses⁵ foi uma forma de punir e controlar indivíduos. Estes sujeitos, foram excluídos da vida em sociedade, obrigados a trabalhar, estigmatizados e condenados à coação física e moral. Logo, a lógica asilar não tinha por objetivo o cuidado, mas sim uma visão higienista de limpeza social dos indesejáveis. Sujeitos considerados loucos e que apresentavam transtornos mentais foram equiparados aos criminosos e miseráveis. Para Foucault (1972):

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (FOUCAULT, 1972, p. 89)

Apesar do desaparecimento das casas de internação “em quase toda a Europa no começo do século XIX” (FOUCAULT, 1972, p.80), o excesso de violência e desumanidade justificado, ainda hoje provoca reflexos na vida em comunidade, pois a lógica asilar e da internação perdurou e perdura ao longo da história. Percebe-se então que no decorrer da Idade Média e da Renascença ocorre um movimento dialético entre as concepções acerca da loucura, transitando ora por interpretações religiosas, ora por perspectivas científicas.

Aliás, por meio da materialidade histórica percebe-se a ligação entre os antigos leprosários e as casas de internação. Melhor dizendo, no final da Idade Média há o desaparecimento da lepra devido ao isolamento dos doentes, tais lugares obscuros, ficam então, sem utilidade (Idem, 1972, p.9) e nesse ínterim, tais estruturas de exclusão social passam a ser ocupadas pela figura dos pobres, incapacitados e também do louco. O diálogo entre esses fatos evidencia parte da trajetória do desatino.

⁵ Casas de Trabalho criadas na Inglaterra, nas quais visando atender as necessidades do processo de trabalho industrial e pautadas pela Lei dos Pobres (1834), funcionavam como espaços de manutenção da ordem social, processo terapêutico através do trabalho e aperfeiçoamento moral aos pobres e desempregados.

Assim, visto que a internação não tinha caráter médico, ela possibilitou o que era entendido como remédio moral, tendo por efeito castigos e terapêuticas, que caracterizavam as atividades presentes nos primeiros asilos do século XIX (FOUCAULT 1972 p. 99). Logo, as raízes da psiquiatria são marcadas por uma tarefa social de controle e ajustamento. Nas palavras do autor:

Não é de surpreender que as casas de internamento tenham o aspecto de prisões, que as duas instituições sejam mesmo confundidas a ponto de se dividir os loucos indistintamente entre umas e outras. (FOUCAULT, 1972, p.130)

Contudo, tais espaços adquirem o caráter médico com o advento da ciência, uma vez que essa passa a funcionar como fonte de validação da verdade. O saber médico coloca o espaço do hospital como responsável por proporcionar a cura de doenças. Ademais, ao longo do século XVIII o conjunto médico-doente passa a constituir elemento crucial da medicina, o que abre espaço para a possibilidade de diálogos. É relevante ressaltar que técnicas privilegiadas da medicina evoluíram ao longo desse século, principalmente a partir do estudo das doenças nervosas.

Com Philippe Pinel (1809), médico francês, surge uma psiquiatria pautada em sínteses. A nosologia da loucura foi modificada e reforçada por novos conceitos desenvolvidos pelo médico, o qual corroborou para a visão do louco como sujeito que, ao ser acometido pela loucura (no sentido de doença), tem sua cura justificada pelos atos terapêuticos. A psiquiatria, então, passou a ser o espaço destinado especificamente para compreensão da loucura. Contudo, isso não significou uma perspectiva emancipatória e de garantia de direitos para o sujeito desatinado. Logo:

Na época de Pinel, quando a relação fundamental da ética com a razão será convertida num relacionamento segundo da razão com a moral, e quando a loucura não será mais que um avatar involuntário sucedido, do exterior, à razão, se descobrirá com horror a situação dos loucos nas celas dos hospícios. Vem a indignação pelo fato de os "inocentes" terem sido tratados como "culpados". O que não significa que a loucura recebeu finalmente seu estatuto humano ou que a evolução da patologia mental sai pela primeira vez de sua pré-história bárbara, mas sim que o homem modificou seu relacionamento originário com a loucura e não a percebe mais a não ser enquanto refletida na superfície dele mesmo, no acidente humano da doença. (FOUCAULT, 1972, p.160)

A psiquiatria nesse momento, coloca o hospício como instituição na qual o *tratamento* seria desenvolvido. A manutenção da concepção do isolamento dos desatinados, que agora aparecem como doentes mentais, vem acompanhada de um discurso que defendia a melhor

observação do objeto de estudo. Entretanto, segundo Machado (1982) as atividades desenvolvidas como estratégias terapêuticas eram pautadas pela (o):

Religião, purificada de suas formas imaginárias e reduzida a seu conteúdo essencial; o medo, que deve incutir culpa e responsabilidade; o trabalho, que cria o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação; o olhar dos outros, que deve produzir autocontenção e é desmistificador; a infantilização; o julgamento perpétuo, que faz do hospício um microcosmo judiciário e do louco um personagem em processo; e last but not least o médico, responsável pela internação e a autoridade mais importante no interior do asilo. (MACHADO, 1982, p. 50)

Esta patologização da loucura contribuiu para a conservação de um processo de dominação que persiste na manutenção dos doentes mentais, considerados alienados, sob constante monitoramento⁶. Relativamente aos hospícios, as más condições, desumanidades, maus tratos, insuficiência alimentar, exclusão, a não-recuperação dos internos, dentre outros, estes foram fatores destacados após as duas Grandes Guerras Mundiais. Em outras palavras, tais guerras, além de subverterem a estabilidade econômica e política mundial, também despertaram na sociedade uma solidariedade em relação à natureza humana no que tange ao direito à vida e suas esferas constituintes, sendo a saúde uma delas.

Assim, os questionamentos a respeito do caráter terapêutico dos manicômios e hospitais psiquiátricos tornaram-se pauta em diversos países. De acordo com Amarante (2007):

A sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana. (AMARANTE, 2007, p. 40)

Em sequência, uma série de experiências visando transformar as instituições asilares-manicomiais e o próprio tratamento dado às doenças mentais passaram a ser desenvolvidas. O cenário das reformas psiquiátricas é marcado por vários grupos e suas respectivas propostas, alguns mais marcantes que os outros, porém todos com a sua devida importância. Dessa forma, a luta pelas modificações dos hospitais psiquiátricos se difundiu pela Europa do pós-guerra. Somado a estes acontecimentos, houve nos Estados Unidos o surgimento da psiquiatria preventiva, que propusera prevenir as situações de crise e evitar internações com foco em serviços de prevenção desinstitucionalizados. Amarante (2007) Ambas ocorrências causaram

⁶ “Ao mesmo tempo que é medicamente marcado por relações de poder, o hospital psiquiátrico também conserva e reproduz a diferença de classe [...] reproduz as contradições da sociedade capitalista e se sustenta na divisão entre os que têm poder e os que não o têm.” (CORBANEZI, 2021, p.110-111)

impacto no Brasil, e na forma como o país direcionaria seu cuidado à saúde mental, mesmo depois de muito tempo.

À exemplo disto, com o restabelecimento de uma intensa movimentação social no Brasil na década de 1970, o movimento sanitarista, em seu início, defendia a necessidade de haver um sistema de saúde público, universal e com equidade. Diante desse cenário, especificamente no ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) passou a estrelar as principais críticas ao modelo psiquiátrico e de assistência à saúde mental (SM) no país, questionando a violência dos manicômios, as situações de degeneração do ser humano, o isolamento imposto aos sujeitos acometidos por transtornos mentais e a ausência de direitos sociais para essas pessoas em situação de internação. Logo:

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. (BRASIL, 2005)

Contudo, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um processo de muita luta. Derivou-se de um processo político, social e econômico a nível nacional, passando por diversos conflitos e desafios. O principal objetivo foi a luta pela reaproximação dos sujeitos em situação de adoecimento mental ao seu meio social, além de sua reabilitação em detrimento do isolamento e da segregação praticada nos manicômios. Um fator crucial nesse processo foi a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, no qual teve como resultado o Manifesto de Bauru. A partir desse encontro o MTSM assumiu a denominação de Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e ressalta em seu documento que:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, Carta de Bauru, 1987)

Dessa forma, somando-se ao movimento sanitário, este processo contou com ampla participação popular na formulação da política de saúde e tendo como conquista na Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS)⁷, a luta antimanicomial logrou

⁷ “O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um

a criação da Rede de Atenção à Saúde Mental Brasileira. Essa Rede passa a integrar a rede de Atenção Básica do SUS e tem como apoio as RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). O principal modelo substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos são conhecidos como CAPS⁸ (Centros de Apoio Psicossocial) que são:

Serviço de saúde aberto e comunitário [...] de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida [...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004)

Assim, o tratamento destinado ao adoecimento mental no Brasil foi se modificando, revelando que a atenção se desloca do isolamento nos antigos manicômios e hospitais psiquiátricos para uma intervenção baseada em redes articuladas no território, exercendo um papel estratégico no desenvolvimento dos pressupostos da reforma psiquiátrica. Isto é:

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. (BRASIL, 2005)

Entretanto, considerando a realidade brasileira, a luta pela consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica esbarra em desafios cada vez maiores. Visto que a reabilitação social é proposta “numa sociedade excludente, alienante, inabilitadora” (BISNETO, 2009 p.63) e que no âmbito econômico existem interesses para criação de um mercado da loucura, pautado também por privatizações, tem-se que a reprodução da “velha” opressão aos indivíduos acometidos por adoecimento mental revela uma estratégia de manutenção de uma ideologia e ofensiva manicomial no que se refere ao tratamento e assistência em saúde mental.

1.2. Das determinações sociais da saúde mental

amontado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.” (Brasil, 2004)

⁸ O primeiro CAPS do Brasil surgiu na cidade de São Paulo, em 1987. (Brasil, 2005)

As reflexões acerca do campo da SM não podem ser reduzidas a um único modelo explicativo. De acordo com a OMS (2001), “por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa.” Assim, é preciso entendê-la como um fenômeno amplo, heterogêneo e aberto a conceituações. Neste sentido, ela é vista não apenas como ausência de transtornos mentais, mas também como produção social de determinação múltipla e de complexas interações com as devidas sociabilidades nas quais se insere.

Falar de SM implica, portanto, observar a realidade subjetiva e a realidade social dos sujeitos. Para Barata (2009) “Os impactos da estrutura social sobre a saúde são pensados nos processos de participação ou exclusão, associados às diferentes posições sociais”. Por conseguinte, a busca pela compreensão das determinações da saúde mental deve ir além do saber médico e das bases teóricas da psiquiatria, considerando ainda, as condições societárias. Estas, por sua vez, incidem sobre o adoecimento mental (AM) quando reproduzem desigualdades no âmbito da saúde e prejudicam o envolvimento de grupos e indivíduos em “relação à oportunidade de ser e se manter sadio”. (Idem, 2009)

As produções científicas encontradas recaem sobre os determinantes sociais da SM e apontam para a relação entre fatores sociais, econômicos e culturais e suas influências, como fatores de risco para o agravamento da saúde mental. Isto é, para Alves e Rodrigues (2010), entre os fatores associados ao desenvolvimento do adoecimento mental, tem-se: desemprego, insegurança laboral, más condições de trabalho, pobreza, baixa renda, falta de recursos materiais e educacionais, baixa escolaridade, condições precárias de moradia, urbanização ou a falta dela, isolamento em meios rurais, exposição à violências, discriminação racial e de gênero, exclusão e estigma social, experiências precoces em âmbito familiar, acontecimentos de vida que produzam estresse e limitações no acesso e na mediação aos/dos serviços de saúde e saúde mental.

Dessa forma, tais variáveis são relevantes na compreensão do processo de saúde/doença mental na medida em que contribuem para a formulação de políticas públicas amplas e territoriais, destinadas à promoção integral da saúde mental e à prevenção do adoecimento psíquico, numa perspectiva de Saúde Pública (ALVES; RODRIGUES, 2010). Logo,

Problematizar os determinantes sociais e as dimensões da Reforma Psiquiátrica, numa perspectiva da desinstitucionalização como desconstrução, é pensar na possibilidade da inclusão da população marginalizada e na melhoria das suas condições de saúde. (BOSI, M.L.M. *et al*, 2014).

No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), criada pelo decreto presidencial 13/03/2006, afirma que os DSS significam, justamente, fatores econômicos, sociais, culturais, comportamentais, étnico-raciais e psicológicos que influenciam diretamente a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na sociedade. Sabendo que falar de saúde, é também falar sobre saúde mental, é possível tentar mapear alguns dos determinantes sociais do adoecimento mental (DSAM), na busca pela identificação dos aspectos relevantes que podem contribuir, de forma direta ou não, para desencadear esse fenômeno.

Por isso, no decorrer desse capítulo serão evidenciados, a partir da revisão crítica, alguns dos motivos que estão por trás dos problemas vinculados à saúde mental. Diante disso, sabendo que o objetivo dessa pesquisa exploratória é analisar a possível relação entre Questão Social e adoecimento mental, serão julgados como fatores que afetam o processo de AM os seguintes determinantes: *Aspectos bio/psicológicos; situação de pobreza; questão socioeconômica; aspectos culturais; trabalho; Questão Social e suas expressões.*

Sendo a Questão Social uma esfera que manifesta as desigualdades sociais derivadas do modo de produção capitalista⁹, ao estabelecermos um diálogo entre ela (QS) e os determinantes sociais da saúde mental que impactam negativamente no processo de adoecimento mental, é plausível ponderar que as variadas expressões da Questão Social, seus desdobramentos sócio-políticos e os determinantes da saúde mental colocados por Alves e Rodrigues (2010) são constituídos, em várias situações, pelos mesmos fenômenos que intensificam a capacidade resolutiva dos casos de adoecimento mental presentes nos serviços públicos que compõem a Política Nacional de Saúde Mental.

1.3. Questão Social: definição e particularidades no capitalismo contemporâneo

Para discorrer acerca da Questão Social e seu significado, é preciso fazer uma leitura acerca do modo de produção capitalista (MPC) e seu movimento de acumulação e reprodução. Entretanto, visto que a presente pesquisa não tem por objetivo aprofundar nos pormenores desta discussão, parte-se do princípio de que serão retomados aqui os principais aspectos para compreensão deste modelo produtivo. Logo, o conceito da Questão Social será elencado considerando sua gênese a partir da acumulação capitalista, bem como suas particularidades na contemporaneidade.

⁹ Esse assunto será melhor discutido no tópico 1.3 desse capítulo.

Segundo Yamamoto (2008), “a expressão *questão social* é estranha ao universo de Marx” já que o autor não falou diretamente sobre tal conceito. A apreensão de seu significado, portanto, está localizada num contexto no qual a categoria do Serviço Social dá início ao seu processo de ruptura com o conservadorismo, conhecido como Movimento de Reconceituação¹⁰. É neste momento histórico que houve uma aproximação da profissão com a teoria social marxista. Para a autora:

O ponto de partida do processo capitalista de produção é a separação entre a força de trabalho e os meios de produção, que são monopolizados, privadamente, pela classe capitalista. [...] O trabalhador assalariado sai do processo de produção como ingressou, como mera força de trabalho, como fonte pessoal de riqueza que se realiza como riqueza para outros. [...] o que recebe em troca da venda de sua força de trabalho [...] são consumidos na reprodução de sua vida e de sua família. Não lhe resta, portanto, outra alternativa senão a de retornar ao mercado novamente, vender parte de si mesmo como condição de sua sobrevivência... (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 47)

Dessa forma, no interior do funcionamento do MPC, a reprodução da vida está subordinada a um processo de trocas mediadas pelo capital monetário, o dinheiro. A mercadoria¹¹ é central neste processo e apresenta-se como algo que tem utilidade e valor. Este valor é determinado pela quantidade de trabalho socialmente necessário para produzi-la e é expresso por uma quantidade determinada de dinheiro, seu preço. Dentre as diversas mercadorias existentes, há uma que se apresenta de forma abstrata, refiro-me aqui à força de trabalho. Esta, constitui não só o trabalho vivo, vendido pelo trabalhador “livre”, como também proporciona a criação do valor das demais mercadorias. (NETTO, BRAZ.2012) A força de trabalho, portanto, torna-se uma mercadoria como qualquer outra. (MARTINELLI,2011, p. 29)

Nesta dinâmica de trocas, é de suma relevância a leitura da sociedade dividida em classes. Isto é, a burguesia representa a classe detentora da propriedade privada dos meios de produção, enquanto o proletariado é composto por uma parcela de sujeitos trabalhadores desprovidos destes meios de produção, tornando-se uma classe reduzida à venda de sua força de trabalho para garantia de sobrevivência. “A história do capitalismo é a história das classes sociais [...] profundamente relacionada com seus conflitos, antagonismos e lutas. ”

¹⁰ O Movimento de Reconceituação é um marco no Serviço Social. Esse movimento trouxe propostas para a ruptura das práticas tradicionais e conservadoras da profissão, o que abriu espaço para a existência do Serviço Social crítico que se dedica a lutar por justiça social, em meio a tantas desigualdades e explorações. (NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.)

¹¹Mercadoria é “um objeto externo ao homem, que pelas suas propriedades, satisfaz uma necessidade humana qualquer, material ou espiritual” Netto (2006, p.79)

(MARTINELLI, 2011, p.30) Diante do exposto, e para começar a compreender a *questão social*, é necessário elucidar como a riqueza socialmente produzida (pela classe proletária) é distribuída de forma desigual.

Para isto, observa-se que a ação capitalista está voltada para geração de lucros e parte do princípio de investir na produção de mercadorias (por meio da transformação dos meios de produção pela força de trabalho) e conseguir mais dinheiro do que aquele que foi utilizado no início do processo. Esse movimento tem como base uma lei tendencial conhecida como lei geral da acumulação capitalista, que para Netto (2006) tem como princípio que:

O que permanece como fato e processo constitutivos e inelimináveis da acumulação capitalista são a perdurabilidade do exército industrial de reserva e a polarização [...] entre uma riqueza social que pode se expandir exponencialmente e uma pobreza social que não para de produzir uma enorme massa de homens e mulheres cujo acesso aos bens necessários à vida é extremamente restrito. (NETTO, 2006, p.138),

Somada à explicação acima temos que, de acordo com Luxemburgo:

A produção só tem sentido e utilidade quando o leva (o capitalista), ano após ano, a encher os bolsos [...] de lucros sobre o investimento de seu capital. Ao contrário do que sucede com qualquer outra forma de economia fundada na exploração, não é apenas o lucro em ouro, mas o lucro crescente e contínuo que constitui a lei básica do modo de produção capitalista. (LUXEMBURGO, 1984, p.104, Volume II)

Nesse contexto, para obtenção desse lucro, a classe burguesa pauta-se numa relação de exploração com o proletariado, visando o acúmulo constante de capital. Esta exploração é dada pela extração da mais-valia¹², que se configura como um valor excedente produzido pela classe operária no processo de produção. Para tal propósito, é preciso elucidar que o valor do salário¹³ “é determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário para produzir bens que permitam a sua manutenção”, (NETTO, BRAZ, 2006, p.100) ou seja, sua sobrevivência, atentando-se para questões físicas e também culturais. Entretanto, a força de trabalho cria um valor excedente, que vai além do necessário para sua reprodução. Diante deste fato, o capitalista apropria-se desta mais-valia (valor excedente) mediante contratos que ocultam formas de

¹² De acordo com Netto e Braz, “o capitalista paga ao trabalhador o equivalente ao valor de troca da sua força de trabalho e não o valor criado por ela em sua utilização (uso) - e este último é maior que o primeiro. (2006, p 100). Os autores exemplificam da seguinte forma: “ Contratando um trabalhador por um salário diário de, digamos R\$30,00 [...] a jornada estipulada pelo capitalista só terá sentido para ele se, ao cabo desta jornada, o trabalhador produzir um valor superior (excedente) ao equivalente àqueles R\$30,00. [...] É deste valor excedente (que se designa como mais-valia) que o capitalista se apropria. ” (Idem, p.100)

¹³ Preço pago pelo capitalista na compra da força de trabalho. (NETTO; BRAZ, 2006, p. 99)

exploração, dadas ou pelo aumento das jornadas de trabalho¹⁴ e/ou pela intensificação do nível de produtividade em jornadas com tempos limitados. (NETTO; BRAZ, 2006). Esta última é possível devido à incorporação dos avanços técnicos/científicos no processo de produção, (IAMAMOTO, 2001, p. 14) traduzidos pelos maquinários.

Na medida em que o capital se expande, ele subordina a classe trabalhadora aos seus interesses e a sociedade passa a ser pautada pela valorização daquilo que é material, da mercadoria. O princípio da obtenção de lucro e os preceitos relacionados ao mercado estenderam-se pela sociedade burguesa (Martinelli, 2011, p. 42). Contudo:

Seu crescimento se fizera à custa da exploração da classe trabalhadora, cujo processo de pauperização caminhara com a mesma intensidade em que se dera a concentração de riquezas nas mãos da burguesia. (Idem)

Como consequência dessa exploração as condições de vida da classe proletária tornavam-se cada vez mais precária (SANTOS, 2012). Para mais, o crescimento contínuo de miséria também foi dado pela redução de contratação de trabalho vivo, impondo aos sujeitos o desemprego, inatividade e desocupação impostos socialmente, resultando no exército industrial de reserva¹⁵.

Netto (2006) pôde constatar em seus estudos que “a produção capitalista não é tão-somente produção e reprodução de mercadorias e de mais valia: é a produção e reprodução de relações sociais” (Netto, 2006 p.136). Logo, para que o Capital se reproduza, é preciso que as relações entre os sujeitos sociais sejam definidas. Segundo Martinelli (2011):

O modo de produção capitalista [...] definia também, como consequência, uma nova estrutura social, pois a concentração da propriedade dos meios de produção nas mãos de uma classe que representava apenas uma minoria da sociedade determinava o aparecimento de uma outra classe, constituída por aqueles que nada tinham. (Martilelli, 2011, p. 29)

Por conseguinte, voltando à ideia que aqui nos trouxe, diante da crescente produção de riqueza e, proporcionalmente, do pauperismo, temos um paradoxo ao revelar que “quando as condições materiais do progresso científico colocam [...] a possibilidade de diminuir o tempo de trabalho socialmente necessário e, ao mesmo tempo, aumentar o volume da produção” (SANTOS, 2012, p.37) e como efeito, também da distribuição, deparamo-nos com salários

¹⁴ Em Santos (2012, p. 37) a autora afirma que a jornada de trabalho média dos operários podia chegar até 16 horas diárias, sob supervisão constante.

¹⁵ “O exército industrial de reserva pode ser entendido como” um grande contingente de trabalhadores desempregados, que não encontra compradores para a sua força de trabalho” (NETTO; BRAZ, 2006, p.123)

insuficientes, jornadas extensas e cansativas, insalubridade no ambiente de trabalho, falta de investimento em infraestrutura, adoecimento dos trabalhadores, fome, péssimas condições de habitação, grandes taxas de natalidade e de mortalidade e o aumento da pobreza, no geral, dentre outros fatores que ocorrem em decorrência deste fenômeno.

Em outros termos, no processo de acumulação, os sujeitos são produtores de riqueza, mas não se apropriam dela em sua totalidade, pois esta é tomada pelo capitalista burguês. Todavia, as várias questões conjuntas incorporadas na intensificação da pauperização não foram aceitas de forma passiva, e a classe operária, portanto, ingressa “no cenário político por meio de lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo seu reconhecimento como classe, pelo bloco de poder, e, em especial pelo Estado” (IAMAMOTO, 2001, p 17). Assim, tendo em vista o crescimento da pobreza e seus desdobramentos sócio-políticos, Netto (2001) enfatiza que surge um novo conceito para designar este fenômeno: a “Questão Social”.

Os fundamentos da Questão Social, portanto, estão enraizados na contradição entre capital e trabalho. Suas manifestações são produzidas em decorrência dos conflitos gerados pela exploração da mão de obra viva. Produção que se dá de modo dialético na totalidade social, pois as expressões da questão social desenvolvem-se enquanto partes constituintes do todo, interagindo entre si a partir de múltiplas determinações. Para Carvalho e Yamamoto (1983):

A questão social é [...] a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p.77)

Isto posto, “considera-se indiscutível que as formas de protestos dos trabalhadores vão ampliando sua percepção como classe, na medida em que as reivindicações políticas se somam às econômicas” (SANTOS, 2012, p.43), pois em um primeiro momento, as iniciativas frente às expressões da Questão Social, como o desemprego, a fome e a situação de pobreza em suas dimensões, foram assumidas como caso de polícia ou por grupos católicos (IAMAMOTO, 1983) Foi apenas diante da pressão do proletariado por cidadania e acesso aos direitos que o Estado passou a recrutar profissionais com o intuito de reduzir os tensionamentos e não abalar a ordem dominante. Dentre estes profissionais, temos os assistentes sociais e a categoria do Serviço Social.

Por esse motivo, e também para garantir a manutenção da força de trabalho, a burguesia tem a necessidade de intervir na realidade concreta, atualmente, a partir de Políticas Públicas diversas. De acordo com Faleiros (2009):

A natureza da intervenção do Estado, em termos bastante empíricos, considerando-se o que se chama comumente de “medidas de política social”, consiste na implantação de assistência, previdência social, de prestação de serviços, de proteção jurídica, de construção de equipamentos sociais e de subsídios. (FALEIROS, 2009, p.60)

Dessa forma, compreendida a definição de Questão Social e como o Estado atua frente às suas expressões na sociedade, é necessário enfatizar que se deve “considerar suas particularidades histórico-culturais e nacionais” (NETTO, 2001, p.49). Melhor dizendo, as manifestações da Questão Social adquirem aprofundamento e novas dimensões na medida em que o processo de acumulação e o próprio capital passam por alterações em cada realidade e culturas específicas. Para Santos (2012):

Não é o bastante apenas remeter à “questão social” às relações de exploração do trabalho pelo capital. Isso porque estas categorias (trabalho, capital) sendo universais e abstratas- posto que pertencem ao conjunto de mediações do “modo de produção”- não são capazes de elucidar, sozinhas, as demais características da “questão social. (SANTOS, 2012, p. 53)

Atualmente, “as mudanças e propostas de mudanças (das políticas sociais), implicam transformações na relação Estado-sociedade-mercado, marcadas hoje pela perspectiva neoliberal, que propõe menos Estado e mais mercado” (FALEIROS, 2009, p.187). Diante disto, a Questão Social na contemporaneidade, em virtude das novas condições exigidas pela lógica capitalista em sua reestruturação produtiva¹⁶, assume características distintas. “É necessário, hoje, repensar a questão social, porque as bases de sua produção sofrem, na atualidade, uma profunda transformação com inflexões verificadas no padrão de acumulação” (IAMAMOTO, 2009, p.29)

Observa-se, assim, o fenômeno contemporâneo de uma intensa flexibilização nas relações de produção. Na medida em que a mundialização acelera, as relações postas no modo de produção capitalista são impulsionadas e transformadas, além de manter a criação e reprodução de “desigualdade, classes antagônicas, com aumento e diversificação da subclasse, miséria e tensões sociais em todo o mundo, assim como resistência e novas formas de luta. ” (FREIRE, 2006, p.244). Para Iamamoto (2009):

Busca-se uma flexibilidade no processo de trabalho, em contrapartida à rigidez da linha de produção, da produção em massa e em série; uma flexibilidade do mercado de trabalho, que vem acompanhada da desregulamentação dos direitos de trabalho, de estratégias de informalização

¹⁶ Para Freire (2006): “o processo de reestruturação produtiva consolidou-se [...] sob o despotismo da competitividade provocada pelo mercado globalizado, no atual estágio de acumulação *flexível* do capital” FREIRE, Lúcia M. B O serviço social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional-2ed- São Paulo: Cortez, 2006

da contratação dos trabalhadores; [...] uma flexibilidade dos padrões de consumo. Esse processo, impulsionado pela tecnologia de base microeletrônica, pela informática e pela robótica, passa a requerer novas formas de estruturação dos serviços financeiros, inovações comerciais, o que vem gerando e aprofundando uma enorme desigualdade de desenvolvimento entre as regiões, setores, etc. (IAMAMOTO, 2009, p.31)

Ante o exposto, e considerando que a realidade neoliberal, presente no estágio do capital financeiro, é pautada pela “satanização do Estado” e pela “exaltação e santificação do mercado e da iniciativa privada” (IAMAMOTO, 2009, p.35), as consequências para as políticas sociais assumem facetas significativas. Isto é, diante deste cenário de flexibilização e da multiplicação de expressões da Questão Social, as políticas sociais tornam-se cada vez mais descentralizadas e focalizadas. Assim, a atuação profissional da categoria do Serviço Social é chamada para intervir na realidade buscando novas formas de enfrentar os desafios para efetivação da democracia e da cidadania, a partir do acesso aos direitos políticos, civis e sociais. A autora também revela que:

O assistente social tem sido solicitado ainda para atuar no [...] desenvolvimento de programas voltados à saúde do trabalhador (prevenção de: stress, uso de drogas, de doenças sexualmente transmissíveis, de acidentes de trabalho e atendimento da saúde da mulher), [...] programas de atenção à saúde, envolvendo acompanhamento de pacientes, inserção em equipe interdisciplinar etc. (IAMAMOTO, 2009, p.131)

Por conseguinte, e tendo em mente o básico das particularidades da Questão Social na contemporaneidade, bem como sua conceitualização, este trabalho tem como ponto de partida atentar-se para o horizonte da saúde, especificamente da saúde mental, contudo com foco no processo de adoecimento psíquico. Faz-se interessante indagar se a Questão Social se configura como um conceito que exerce influência nesse processo. Assim, existe uma relação entre Questão Social e adoecimento mental?

1.4. Da relação entre a questão social e o adoecimento mental

No que se refere à uma leitura materialista histórica, urge oferecer uma contribuição da teoria social marxiana¹⁷ e marxista para compreensão de como a loucura e o adoecimento mental estão circunscritos no MPC. Em seus escritos, Marx (1983) elabora uma análise ontológica do ser social de forma concomitante à crítica da economia política e ao movimento de compreensão da sociedade e sua sociabilidade. De maneira concisa, o ser social produz suas

¹⁷ A teoria marxiana é aquela das próprias obras de Karl Marx. Já a teoria marxista é composta por concepções de diversos autores que se pautaram em uma aproximação das leituras de obras de Marx.

próprias condições objetivas e subjetivas de existência, relacionando-se com a natureza e com a totalidade social, além de considerar fundamentos ideológicos e determinantes sociais. A partir disso pode-se questionar: como o adoecimento mental é *produzido* na realidade concreta?

Foi mencionado anteriormente que a saúde mental e, por consequência, o adoecimento mental são explicados por múltiplas e complexas interações. Isto é, seus determinantes podem ser não só biológicos e/ou psicológicos, como também sociais, econômicos, políticos e culturais. Sob a perspectiva materialista histórico dialética, busca-se enxergar tal fenômeno pelo espectro do desenvolvimento orgânico da totalidade, considerando-o como produção humana inserida em contextos de desenvolvimento desiguais e desumanizantes. Assim, entender a saúde/adoecimento mental para além de um fenômeno em si é de tamanha pertinência, visto que no modo de produção capitalista, segundo o sociólogo Robert Castel (1987), “a preocupação com o psicológico decorreria da necessidade de potencializar as capacidades humanas do indivíduo, as quais são solicitadas pela governamentalidade neoliberal.” (CORBANEZI,2021, p.134)

Sabe-se que tomar os fatos de forma isolada da realidade totalizante pode contribuir para reduzi-los, no que diz respeito às suas concepções, além de negar dimensões essenciais para entendê-los. É preciso reconhecer que outros fatores exercem influência sobre estes fatos específicos. Dessa maneira, pretendo introduzir a hipótese: existe uma relação entre Questão Social e adoecimento mental. Aqui, não se planeja afirmar que o fenômeno pode ser explicado apenas pela Questão Social, mas observar de que modo o todo exploratório e opressivo pode contribuir para a sua manifestação na realidade concreta.

Portanto, as facetas que o adoecimento mental pode assumir diante de suas múltiplas determinações serão analisadas a partir das seguintes categorias: 1. As consequências do MPC para o aumento do sofrimento causado pela pobreza/desigualdade; 2. Anormalidade produtiva, alienação dos sujeitos e a dinâmica de vida adoecedora; 3. A mercantilização da loucura/adoecimento mental. É válido ressaltar que este trabalho não conseguirá aprofundar em todas as dimensões desta discussão, por se tratar de um trabalho de conclusão de curso com limite estabelecido. Não obstante, será construída uma argumentação fundamental e introdutória para compreendê-las.

1. As consequências do MPC para o aumento do sofrimento causado pela pobreza/desigualdade e os impasses do aos tratamentos nos serviços de saúde mental

Ao refletir acerca da lei geral de acumulação do capital¹⁸ e das mudanças advindas com a sociedade moderna, tem-se que no processo de desenvolvimento da sociabilidade industrial e capitalista, ao mesmo tempo em que a riqueza é produzida e acumulada, elevam-se proporcionalmente os níveis de miséria e pauperismo. Marx (1983). Assim, as forças expansivas do capital potencializam as condições de desigualdade no interior da sociedade, de forma distinta e em diferentes contextos. Esta discrepância ocorre de modo a afetar grupos populacionais específicos e pode tornar-se razão pela qual é necessário analisar o AM como expressão da QS, visto que a conformação da dinâmica capitalista produz sofrimento, muitas vezes materializado na/pela pobreza a partir das adversidades impostas por ela, de forma direta ou indireta.

Dessa forma, voltando à Inglaterra do século XIX, local onde o nível do desenvolvimento capitalista, em seus primórdios, foi significativo, Marx observa que existem consequências provocadas pelo crescimento das forças produtivas que estão em conformidade com o aumento da pobreza e também do adoecimento mental¹⁹. Embora ele não seja um autor que se dedicou exclusivamente à compreensão da loucura, como forma de sofrimento, ele foi capaz de identificar que:

Não há, talvez, fato mais bem estabelecido na sociedade britânica do que o correspondente crescimento da riqueza moderna e do pauperismo. Curiosamente, a mesma lei parece valer com respeito à loucura. O aumento da loucura na Grã-Bretanha acompanhou o aumento das exportações e ultrapassou o aumento da população. Seu rápido progresso na Inglaterra e no País de Gales durante o período que se estende de 1852 a 1857, um período de prosperidade comercial sem precedentes, ficará evidente a partir da seguinte comparação tabular dos números anuais de indigentes e loucos nos anos de 1852, 1854 e 1857. (Marx, 1858)

¹⁸ “Quanto maiores forem a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e o vigor de seu crescimento e, portanto, também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior será o exército industrial de reserva [...] A grandeza proporcional do exército industrial de reserva acompanha, pois, o aumento das riquezas. Mas quanto maior for esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto maior será a massa da superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa do martírio de seu trabalho. Por fim, quanto maiores forem as camadas lazarentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial.” (Marx, 2013/1867, pág. 875)

¹⁹ Utilizo o termo *adoecimento mental* nesta oração, pois apesar de o autor não utilizar tal conceito, infere-se que a terminologia “loucura” era designada para falar daqueles que vivenciaram, de forma permanente ou não, algum tipo de sofrimento psíquico, hoje conhecido pela terminologia dos “transtornos mentais”, vistos pela sociedade, n o geral, a partir de um espectro patológico.

Tabela 1:

DATA	POPULAÇÃO	Pacientes em asilos do condado ou municipais	Em instituições residenciais licenciadas	Nas Workhouses	Com amigos ou em outros lugares	Total de loucos	Proporção da população
Jan. 1, 1852	17,927,609	9,412	2,584	5,055	4,107	21,158	1 em 847
Jan. 1, 1854	18,649,849	11,956	1,878	5,713	4,940	24,487	1 em 762
Jan. 1, 1857	19,408,464	13,488	1,908	6,800	5,497	27,693	1 em 701

Fonte: <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1858/08/20.htm> | Tradução: Prof.Dr. Pedro Henrique A. Publicado em: 15/07/2021 01h14 | <https://esquerdaonline.com.br/2021/07/15/um-marx-antimanicomial/>

Diante disto, observa-se que a tendência colocada no MPC é a de um processo de desenvolvimento desigual e combinado da totalidade, no qual as consequências econômicas provocadas pelo pauperismo somam-se e às consequências sociais, políticas e culturais provocando fenômenos como a própria loucura, a miséria, a violência, o desemprego, dentre outros fatos decorrentes do binômio opressão/exploração. Portanto, tendo como elemento basal a contradição capital x trabalho e a lei geral de acumulação capitalista é possível discorrer acerca do diálogo existente entre as múltiplas determinações da SM e as próprias manifestações da QS.

Isto pode ser exemplificado na medida em que numa sociabilidade que contempla a venda da força de trabalho como forma de se realizar e reproduzir, àquele que não está inserido no mercado de trabalho, ou que não se adequa à forma como ele funciona, pode encontrar dificuldades para sobreviver nesta ordem econômica, como acontece com sujeitos em situação de desemprego, aqueles inseridos num mercado de trabalho informal, e como foco nesta pesquisa, com os sujeitos acometidos por algum tipo de adoecimento mental, considerados inaptos ao trabalho, ou não. Logo, para que esta parte marginalizada da sociedade consiga sobreviver, é preciso que haja uma intervenção estatal. Assim, é preciso ressaltar que:

A superpopulação relativa foi alvo de assistência e preocupação constante do Estado desde o século XVI e foi o objeto da análise de Castel em seu *Metamorfoses da questão social*; ulteriormente, a própria assistência aos miseráveis seria setorizada e aos loucos seria destinado o asilo. Este

contingente (a superpopulação relativa) é a própria “questão social” tal qual significada pela burguesia; a loucura é uma de suas facetas; o asilo, uma das respostas oferecidas; e a psiquiatria, o seu fiel depositário. (CARVALHO E PIZA, 2016, p 34)

Portanto, a lógica do MPC é a de uma sociedade que produz ao mesmo tempo os ricos, os pobres e aqueles que sofrem, seja pelos efeitos da pobreza, pela dinâmica das relações, ou por motivos bio/psicológicos. Contudo, “o sistema econômico-político da sociedade “liberal” tem como objetivo transfigurar os conflitos resultantes do sistema de exploração e dominação capitalista em problemas de [...] saúde-doença, delinquência, loucura...” (CASTILHO, 1990, p.201). Melhor dizendo, a fim de favorecer a acumulação, cria-se um ethos capitalista que permeia as condições concretas de produção e reprodução da realidade. Este contribui para suprimir o fato de que na medida em que se acumula riqueza, o aumento do empobrecimento amplia os contextos de desigualdades provocando um declínio nas condições de vida da população.

Dessarte, o que defendemos aqui, é que este ethos, intrínseco do modo de produção vigente mistifica as condições reais e concretas da vida, produzindo de modo constante um cenário no qual o povo produtor de riqueza, não se apropria dela, mas sim, vivencia a precarização e deterioração das condições de vida. Este fato, revela as condições desiguais de existência entre os sujeitos, evidenciando recortes de classe, de gênero e de raça. Para Zgiet:

A ética capitalista [...] parte do pressuposto de que a pobreza é resultado de uma irresponsabilidade individual, da incapacidade de adaptação aos movimentos do mercado de trabalho e da incompetência das próprias pessoas na gestão dos riscos na venda da força de trabalho. (2021, p.83)

Entretanto, é inegável que ao individualizar as causas da pobreza, ignoram-se as questões que subsistem na estrutura do problema, ou seja, a própria QS. A loucura e a saúde/adoecimento mental também se configuram como questões estruturais, pensadas e produzidas historicamente pelo todo, portanto, detentora de múltiplas determinações. É neste ponto que a categoria do Serviço Social deve contribuir, evidenciando que os determinantes da QS são os próprios determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que configuram também, as motivações e considerações acerca do AM. Como questão de saúde pública, as iniquidades no tratamento à saúde mental (ou falta dele) representam as desigualdades entre grupos populacionais, que podem ser consideradas evitáveis, injustas e desnecessárias.

Constantemente, chegavam ao serviço do CAPS que esta pesquisadora estagiou casos de sujeitos e familiares com condições insalubres de moradia, em situação de desemprego, fome, bem como uma série de direitos violados, contribuintes para o agravamento da saúde mental.

Por ora, estas situações provocavam certo tipo de perturbação mental, dependência de substâncias psicoativas, motivações para suicídio, dentre outros. Por conseguinte, fica notório que estes danos sociais contribuem direta ou indiretamente para danos de saúde mental, como uma expressão da Questão Social.

Ainda, de acordo com Marx:

O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e pela vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração. Às queixas sobre a degradação física e mental, a morte prematura, a tortura do sobretrabalho, ele responde: deveria esse martírio nos martirizar, ele que aumenta nosso gozo? (MARX, 2013/1867 p.342)

Perante o exposto, a realidade imposta pelo Capital nas relações sociais, cria impasses ao acesso à saúde. Estes só são enfrentados diante de exigências dos sujeitos por novas formas de intervenção que lhe garantam melhores condições de vida e saúde, como foi dito por Iamamoto (1983). Aqui, discorreremos especificamente acerca dos serviços de saúde mental. E em consideração a isto, tendo em mente que o sofrimento causado pela busca constante de lucro, faz parte da dialética de produção e reprodução da dinâmica social do MPC, o tratamento da loucura/do AM, diante todo seu histórico de segregação e estigma moral que pudemos observar no tópico 1.1, pouco importa para a lógica capitalista, pois “se a saúde daqueles que lhe vendem a força de trabalho não é interessante, tanto menos é a dos incapazes” (Zgiet, 2021, p.113)

A autora também expõe outro empecilho no tratamento ao AM, visto que:

Quando há pobreza ou outro estigma moral associado ao sujeito, a veracidade do diagnóstico é questionada. E isso é especialmente comum no âmbito da saúde mental porque, na maioria das vezes, não há elementos materiais comprobatórios dos transtornos mentais, causando uma dupla culpabilização moral: pela pobreza e pela doença. (ZGIET, 2021, p. 138)

Portanto, a atuação profissional dos serviços de saúde mental não deve se esgotar na questão do adoecimento mental apenas como determinado por fatores bio/psicológico, mas sim considerar toda a complexidade e o contexto sócio histórico que o sujeito e sua família estão inseridos.

2. Conceito de anormalidade produtiva, alienação dos sujeitos e a dinâmica de vida adoecedora.

No MPC “ao atribuir o emprego [...] como atividade principal do ser humano, afasta-se da condição humana quem não se comporta a fim de realizar essa atividade” (Zgiet, 2021, p.96). Por isso, há um contingente de sujeitos que são fadados à exclusão por não conseguirem

participar da dinâmica do mercado e sequer do conjunto das relações. Tal contingente, é necessário à acumulação capitalista, como foi visto no tópico 1.3 desse capítulo e conforme colocado por Netto e Braz:

[...] Na base desse contingente, e descontando o lumpem proletariado (a parcela degradada do proletariado: vagabundos criminosos, prostitutas, rufiões), estão os que vegetam na miséria e no pauperismo, trabalhadores aptos, mas que há muito não encontram emprego, órfãos, filhos de indigentes, mutilados, viúvas, enfermos etc. O pauperismo em que está imersa essa massa, no dizer de Marx, “constitui o asilo para os inválidos do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva (MARX, 1984, I, 2, p.209)

Assim, só é visto como *normal* pelo ethos capitalista o indivíduo que goza de condições necessárias para vender sua força de trabalho. Essa ideia inserida na dinâmica social contribui para que os sujeitos considerados incapazes para o trabalho, como é o caso daqueles acometidos por algum adoecimento mental (não de forma generalizada) continuem sendo estigmatizados, excluídos e marginalizados das demais relações sociais, negando-lhes o acesso ao lazer, à cultura, e à realização de atividades de forma autônoma, bem como outros direitos.

Existe também um determinante político da saúde mental que tem origem no debate entre as diferentes concepções de psiquiatria, sobretudo nos anos 1960 (Corbanezi, 2021). Para o autor, após as críticas ao tratamento manicomial “ a desconstrução dos muros asilares produz o efeito de uma dissolução ainda maior da oposição normal-patológico, favorecendo a difusão da ação psiquiátrica no espaço aberto da sociedade” (idem, p.118). Sendo esta sociedade, um espaço marcado por diversas expressões da QS, a loucura (vista como uma patologia), apesar de se expressar de forma individual, mas com determinações das relações e dos contextos, tem sua dimensão orgânica desprezada por perspectivas políticas que desconsideram os agravos dos determinantes sociais no adoecimento mental. Considerando a situação de pobreza como um destes determinantes, Zgiet afirma que:

Quando se estabelece alguma ação de concessão de recursos para a sobrevivência dos pobres, cobra-se comprovação de esforço de adequação-buscar emprego, engajamento em formação profissional, comprovantes quanto à forma do uso da renda. A economia neoliberal é atrelada, portanto, a uma agenda social não liberal, paternalista, que dita a forma de os pobres se comportarem. Dessa forma, a ética social protecionista dá lugar a uma ética da autorresponsabilização. (ZGIET, 2021, p. 83)

Consentindo com esta ética individualista e visando moldar comportamentos, a nova psiquiatria, embora tenha no início feito uma contestação crítica às formas de tratamento da loucura/AM, utiliza uma perspectiva psicológica subjetiva que constitui uma estratégia política na produção do conceito de normalidade. Isto é, de acordo com Corbanezi:

[...] a predominância do psicológico promovido pelo “movimento de potencial humano” ou “psicologia humanista”- que são as formas como tais técnicas oriundas em grande parte dos EUA entre os anos de 1960-1970 são designadas na Europa- seria uma maneira de maximizar o capital humano, programando sua eficiência também para o mercado. (CORBANEZI, 2021, p 117)

Portanto, buscando um ponto consensual entre Corbanezi (2021) e Zgiet (2021) é possível observar que, no atual estágio do MPC, intensificado pelo ideário neoliberal e conservador, a individualização da vida, que ignora os contextos da totalidade social, contribui para que o conceito de normalidade esteja atrelado à ideia de uma normalidade produtiva. (ZGIET,2021, p. 163)

Além do que foi dito, deve-se considerar o caráter de desumanização do MPC no que diz respeito à natureza alienante dessa sociabilidade, não apenas no binômio exploração-opressão, mas também no que se refere à constituição dos sujeitos (para além da classe trabalhadora).

A alienação se generaliza afetando todos num processo de reificação²⁰, no qual o estranhamento é universalizado na dinâmica social e o que prevalece é uma perspectiva de vida individualizante e cada vez mais privativa, reforçada pela sociabilidade burguesa a partir de uma concepção de propriedade privada, que desconsidera determinações sociais. No que tange às expressões da questão social, essa noção desqualifica a produção dialética das mesmas, enquadrando-as numa construção reducionista das relações de produção e reprodução social. Para Zgiet: “Tanto a alienação mental quanto a alienação no trabalho trazem à tona o sofrimento e a condição de existência da classe que depende do trabalho” (2021, p.124). Diante disto, a loucura e o AM podem ser analisadas como uma manifestação da alienação e pelo próprio trabalho alienado.

Após a argumentação colocada até aqui, temos que o movimento da vida no MPC é produtor de miséria, de sofrimento e conseqüentemente de adoecimento. O caráter

²⁰ “A reificação consiste especialmente em determinada relação social na qual as coisas são concebidas como autônomas, efetivas e determinadas para além de seus produtores” É também a “expressão da determinação das coisas sobre as pessoas em todas as esferas da vida humana” e segue a lógica de que “e a sociedade reificada é aquela na qual o espírito imperante é o do ter e não, o do ser e, na medida em que a mercadoria e a economia se universalizaram, todos os setores da vida humana moderna estão impregnados pela lógica do mercado, pela imposição das coisas, das mercadorias. Das atividades que os homens realizam, sejam elas quais forem, somente têm valor se forem produtivas, isto é, se produzirem mais mais-valia. A produtividade implica diretamente na existência do indivíduo, porém, não sua plena existência de homem, e sim, sua existência como força produtiva, força de trabalho para o mercado mundial.” (Oliveira, 2018)

desumanizante do modo de produção capitalista, portanto, funciona de modo a contribuir com o próprio adoecimento mental.

3. A mercantilização da loucura/ adoecimento mental;

Sob a fase do capitalismo contemporâneo, o mercado de trabalho foi substancialmente alterado pela reestruturação produtiva, trazendo para o cenário atual a ética da autorresponsabilização, as diferentes formas de gerência/controle daqueles que sofrem com a loucura como expressão da QS, a ausência de responsabilização do Estado, bem como a falta de recursos e investimentos às políticas conquistadas pela reforma psiquiátrica e sanitária. É válido, então, questionar como as relações de mercado contribuem para a manutenção das opressões manicomiais?

Para responder a esta questão, analisamos que com o desenvolvimento, consolidação e permanência do MPC, ocorre um recrudescimento da produção da QS e suas mazelas, na qual tem a loucura/o adoecimento mental como uma de suas expressões, numa proporção e quantidade cada vez maior, e que, por isso precisa ser administrada pela sociedade. Voltando à comunidade britânica do século XIX, vimos que existiam as *workhouses* e os asilos representando espaços de materialização de uma função social necessária a esta gerência, que era a de disciplinar os sujeitos ao sistema de trabalho assalariado.

Assim como foi colocado por Foucault (1972) as casas de internação e casas de trabalho, voltadas para o abrigar indigentes e loucos, combinavam elementos como a assistência precária, o trabalho em condições degradantes e a punição como forma de exercer o controle. Nesse contexto, e em consonância com os determinantes sociais da SM, a probabilidade de um indivíduo desenvolver ou agravar uma situação de adoecimento mental é inquestionável. Como coloca Marx:

É um resultado natural que a detenção em *workhouses* não apenas piore os casos não tão agudos de loucura [harmless imbecility] para os quais foi originalmente planejada, mas tem a tendência de cronificar e tornar permanentes os casos que deveriam ter sido tratados por cuidados precoces. (MARX, 1858)

Para além disso, o asilamento configurou-se como forma de manter tais sujeitos *calados*, a fim de evitar críticas das condições de vida enquanto pobres, e pobres loucos e não comprometer o próprio desenvolvimento do MPC. De acordo com Marx: “os asilos públicos, ou asilos para loucos propriamente ditos, eram, por lei, exclusivamente destinados ao acolhimento dos loucos pobres, para serem utilizados como hospitais para tratamento médico, e não como locais seguros para a mera custódia de loucos.” (MARX, 1858 tradução)

O autor, neste artigo, publicado no *New-York Daily Tribune*, em 20 de agosto de 1858 também revela que:

A tarifa semanal per capita para manutenção, tratamento e vestimentas, destinada a esses contratantes privados [donos das residências], varia de cinco a doze xelins, mas o subsídio médio pode ser estimado entre 5 a 8 xelins e 4 pence. Todo o planejamento dos contratantes consiste, é claro, no único ponto de fazer grandes lucros com essas pequenas receitas e, conseqüentemente, de manter o paciente com o menor gasto possível. Em seu último relatório, os Comissários da Loucura afirmam que mesmo quando os meios de acomodação nessas casas licenciadas são grandes e amplos, a acomodação real oferecida é uma mera farsa e o tratamento dado aos internos uma vergonha. (Idem,1858)

Perante o exposto, vemos que as instituições asilares e manicomiais funcionam como produto e como produtora das relações no MPC. Assim, situando a análise na fase atual do capitalismo, que abarca o estágio monopolista, a mundialização financeira e o neoliberalismo, há um movimento do Estado em relação ao próprio funcionamento social no que tange ao tratamento da loucura. Isto é, a tendência do neoliberalismo é a da diminuição da responsabilização estatal, relegando este tratamento a iniciativas e instituições privadas regidas pela lógica do mercado ou inclusive pelo financiamento do Estado. Conforme Bisneto (2009) “o Estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos” e devido a isto, a saúde pública e os serviços de saúde mental são afetados por cortes de gastos, insuficiência de repasses, déficit nas redes de saúde, dentre outros aspectos.

Zgiet (2021) afirma que “considerando a execução do cuidado da saúde como política pública, não é possível ignorar os interesses econômicos, que se sobrepõem com frequência aos interesses da população” (p.112). Com isso, a lógica asilar-manicomial opressora também se configura como possibilidade de acumulação capitalista. O lucro com o sofrimento, sob a roupagem de tratamento pode ser encontrado com facilidade em contextos distintos, incluindo a realidade brasileira. A autora também enfatiza que no modelo de vida norte-americano, não só os serviços de saúde mental, como qualquer serviço de saúde também são tratados como mercadoria, e por isso, exclui muitos indivíduos de contemplar a saúde como um direito universal.

Já foi mencionado que no Brasil houve um grande movimento a partir de entidades de luta, que ao traçar questionamentos a respeito da manutenção daqueles sujeitos considerados doentes mentais conseguiram conquistar avanços em prol de um tratamento de base territorial e comunitária, com vistas à desospitalização e substituição do tratamento em meio fechado em instituições asilares-manicomiais. Com o surgimento das RAPS, integrante do SUS, e que é

composta pelos CAPS e outros serviços especializados em saúde mental, a reabilitação social tornou-se pauta. Todavia, esta pauta vem sendo constantemente ameaçada pela lógica neoliberal do mercado, traduzidas em políticas e ações governamentais. Considerando a realidade brasileira e os riscos na concepção de saúde mental como um direito temos que:

Dentre as primeiras ações do governo de Jair Bolsonaro no que se refere à saúde mental está a Nota Técnica n. 011/2019, da Coordenação-Geral de Saúde Mental e Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, que reitera a linha adotada pela gestão golpista [...] O documento considera não só o hospital psiquiátrico, mas também a comunidade terapêutica parte da RAPS. Também lembra que o Fundo Nacional de Saúde está autorizado a financiar a aquisição de aparelhos para eletroconvulsoterapia (ECT). [...] que foi utilizado historicamente [...] constituindo método de tortura e punição aos internos de hospitais psiquiátricos, os quais não era, obrigatoriamente, pessoas com diagnósticos psiquiátricos definidos, mas muitas vezes, pessoas com comportamento desviante ou até presos políticos. (ZGIET, 2021, p.172-173)

As comunidades terapêuticas²¹ (CT) surgiram sob a justificativa de configurar espaços de atenção e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e abuso de álcool e outras drogas. Entretanto, é um serviço pouco conhecido e que oculta práticas perversas. De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017, há várias violações de direitos nestes ambientes, como maus-tratos, trabalho forçado e sem remuneração, imposição da abstinência como tratamento, violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual, castigos, punições, indícios de tortura, além de privação de liberdade e restrição ao acesso aos meios de comunicação. Além disso, são espaços inseridos na lógica de mercado, e no horizonte da saúde, algumas dessas CT são subsidiadas pelo fundo público. Grande parte disso vai contra a ideia colocada na formulação da Política Nacional de Saúde Mental, regida pela Lei n. 10.216/2001.

Dessa forma, em conformidade entre o que foi colocado no Manifesto de Bauru, que diz que “o estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência” (1987), vemos que as mediações estatais e governamentais promovem não só o próprio processo de circulação de capital, como também a lógica asilar-manicomial, buscando maneiras de lucrar a partir do sofrimento dos sujeitos.

Em síntese, a sociedade construída nas bases do MPC enxerga o louco como indivíduo “incapaz” de produzir, atrelando à sua condição a ideia de *(a)normalidade* produtiva. Entretanto, essa noção se traduz não de modo a excluí-lo, mas com o intuito de extrair o

²¹ É preciso evidenciar que: a problemática das CTs não surge nos governos dos anos de 2017, ou 2019. Essa questão vem sendo discutida durante anos, tendo no ano de 2019 um marco importante devido sua inserção nas RAPS.

máximo de lucros possíveis provenientes desta condição por meio da criação de mecanismos estratégicos de promoção tranquilidade e “controle social”. Em outras palavras, é uma sociabilidade que aprisiona os sujeitos considerados loucos, enquanto “protege”, a grosso modo, a forma de ser e existir imposta pelo ethos capitalista, que tem como *modus operandi* a comparação com a figura do louco a fim de garantir comportamentos voltados para concepção de sobrevivência mediante inserção no mercado de trabalho, seja ele formal ou não.

Sendo assim, os mecanismos de gerenciamento da loucura e das demais manifestações da QS, revelam uma estrutura societária punitiva e coercitiva, pautada na lógica asilar-manicomial produzida na/pela sociedade. Lógica essa, central ao próprio desenvolvimento do MPC e que contribui para enraizar perspectivas ideológicas e políticas que visam favorecer a economia. Por fim, uma sociabilidade que prende e exclui sujeitos é uma sociedade a ser modificada, visto que contribui para uma naturalização da desumanização. Dessa maneira:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Ante à argumentação exposta, para compreender a loucura como manifestação do adoecimento mental deve-se considerar, novamente, o que foi colocado por Netto (2001). Novas questões sociais não existem, deve-se investigar para além do tradicional, manifestações vigentes da QS. Por isso, é preciso investigar suas múltiplas determinações, já que:

Uma análise que despreza o papel desempenhado pela dinâmica de produção e reprodução social do capitalismo na história da loucura pode resultar em duas posições igualmente irracionais (em que pese suas diferenças essenciais): a) a naturalização da loucura como um fato orgânico-médico, como o fizera a medicina ou b) a naturalização de sua história, como o fizera Foucault. (CARVALHO;PIZA, 2016, p.34)

Sendo assim, buscando desnaturalizar a loucura/ o AM, busca-se nestas circunstâncias considerar a totalidade dos processos que os circunscrevem na evolução do MPC. Por isso, pode-se enquadrar tal fenômeno como uma expressão da Questão Social, marcado historicamente por particularidades e contextos distintos, pois como já relatado, o AM, apesar de se expressar de forma individual e psíquica, possui uma dimensão orgânica incorporada pela dinâmica social.

Por conseguinte, urge ao Serviço Social, enquanto categoria, investir na produção de conhecimento científico com o intuito de apropriar-se do AM enquanto expressão/

desdobramento da QS. Isso se faz necessário mediante a situação atual de parte da categoria inserida nos serviços de saúde mental, pois de acordo com Bisneto (2009) ainda existem muitas dúvidas em relação ao próprio objeto de trabalho nestes serviços, bem como no que diz respeito às formas de intervir e ocupar os espaços de trabalho.

Por fim, este debate é atual e relevante para que os/as assistentes sociais identifiquem o AM como objeto de trabalho e busquem, em conjunto, oferecer estratégias eficientes para um tratamento e acompanhamento digno e de qualidade. Portanto a assimilação das determinações sociais, culturais, econômicas e políticas na concepção de saúde mental contribui para reafirmar o objeto de intervenção da profissão e garantir um tratamento ao adoecimento mental vinculado a uma pauta emancipatória dos sujeitos.

CAPÍTULO 2

PERCURSO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 2

PERCURSO METODOLÓGICO

*"O que faz andar o barco não é a vela enfunada,
mas o vento que não se vê..." - Platão*

2.1 Procedimentos metodológicos e delineamento de pesquisa

Este capítulo aborda a caracterização deste estudo e propõe-se a discutir o percurso metodológico utilizado para a obtenção dos resultados da pesquisa. Assim, partindo do pressuposto de que as ciências sociais apresentam especificidades dentro do campo do conhecimento, os critérios que serão utilizados para analisar o objeto de estudo consideram o seu caráter histórico, sua consciência histórica, sua essência qualitativa e o fato de ser intrínseca e extrinsecamente ideológico. (MINAYO,2001, p.13)

Em outras palavras, tais fatores expõem que o objeto está localizado no tempo e em estruturas sociais específicas, nas quais a totalidade dos sujeitos lhe atribui sentido. Sentido este, carregado de interesses e visões de mundo não generalizáveis. (LIMA; MIOTO,2011, p.38-39) Dessa forma, partindo do pressuposto de que a realidade pode ser enxergada por perspectivas distintas e de que “também há diferentes posições metodológicas que explicitam a construção do objeto de estudo” (LIMA; MIOTO,2011, p.39) faz-se necessário pontuar este percurso além de reforçar que a narrativa teórica a ser utilizada aqui é fundamentada na concepção teórico metodológica de Karl Marx (1983).

Segundo Netto (2001), ao longo de seu processo de elaboração teórica, Marx (1983) teve como objetivo de seus estudos a análise crítica da sociedade burguesa. Assim, com o intuito de compreender sua estrutura e dinâmica, o autor buscou ir além da aparência fenomênica e imediata. Logo, tendo como base uma orientação de natureza ontológica somada à leitura da realidade a partir de suas particularidades históricas e expressamente materialista, Marx (1983) elaborou ideias na qual as relações de produção e a práxis do trabalho são fatores essenciais e que constituem a sociedade como um todo. Sociedade essa que é produzida por

seus indivíduos, além de ser marcada por contradições e sofrer transformações no decorrer da história. Isto posto, é possível observar que a teoria em Marx (1983)

É a reprodução, no plano do pensamento, do movimento real do objeto. Esta reprodução, porém, não é uma espécie de reflexo mecânico, com o pensamento espelhando a realidade tal como um espelho reflete a imagem que tem diante de si. Se assim fosse, o papel do sujeito que pesquisa, no processo do conhecimento, seria meramente passivo. Para Marx, ao contrário, o papel do sujeito é essencialmente ativo: precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica (mais exatamente: para apreendê-lo como um processo), o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação. (NETTO, 2001, p.25)

Logo, a escolha pela perspectiva de análise da teoria social de Marx (1983) “implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo. ” (LIMA; MIOTO, 2011, p.40). Ademais, vale ressaltar que a escolha por essa narrativa teórica se deu, também, pela aproximação existente do Serviço Social com o marxismo. Fato que ocorreu não só atrelado ao movimento de Reconceituação nas décadas de 1960-1970, marcado não só pela crítica ao conservadorismo profissional e pelo compromisso com as lutas e movimentos sociais das classes subalternas, como também pela superação de uma prática de trabalho conservadora e reguladora. No Brasil, tal superação é sinalizada por “amplo movimento pela democratização da sociedade e do Estado no País, com forte presença das lutas operárias, que impulsionaram a crise da ditadura militar. ” (IAMAMOTO, 2018, p.217).

Diante do exposto e entendendo a metodologia como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2001), o percurso metodológico deste trabalho foi estruturado a partir dos fundamentos da pesquisa qualitativa. Assim, sabe-se que as pesquisas científicas são orientadas por dois tipos de abordagem, a quantitativa e a qualitativa. Entretanto, para Minayo (2001) tais abordagens não apresentam oposição no que se refere aos dados obtidos, mas sim atuam de forma a complementar-se.

A escolha pela abordagem qualitativa deu-se em virtude do objetivo deste estudo, que precisou passar por alterações no decorrer do processo de pesquisa. Os desafios impostos pelo contexto da pandemia da covid-19 e o impedimento injustificado das superintendências responsáveis pelos locais no qual a pesquisa seria realizada, foram fatores que ocasionaram a mudança do objeto a ser investigado durante a primeira fase de elaboração deste trabalho conclusivo. Entretanto, considerando a vivência e as práticas cotidianas realizadas no espaço do CAPS III de Samambaia, Brasília, Distrito Federal, o interesse pela área saúde mental

fortaleceu-se e tal experiência proporcionou-me diversos questionamentos a respeito dos pormenores da temática e acerca do possível diálogo existente com a Questão Social.

Assim, dentre às dúvidas que pairavam em minha mente, a mais latente era: Existe uma relação entre a Questão Social e a produção do Adoecimento Mental? Partindo deste ponto, e buscando um elo entre ambas as variáveis, esta investigação tem como objetivo problematizar o adoecimento mental como uma expressão/ manifestação/ desdobramento da própria Questão Social, não o reduzindo somente a ela. Logo, tendo em vista o caráter subjetivo do objeto, “já que a realidade social é mais rica do que as teorizações e os estudos empreendidos sobre ela” (LIMA; MIOTO, 2011, p.39), foi mantida a opção pela abordagem qualitativa.

2.2 Da busca pelos parâmetros temáticos

Para responder à pergunta de pesquisa, foi necessário detalhar e definir as variáveis envolvidas, buscando estabelecer uma relação entre as duas. Visto que são poucos os estudos que estabelecem ligação direta entre o AM e a QS, a processualidade da escolha dos autores para revisão bibliográfica foi feita em múltiplas bases de dados, como por exemplo o banco de dados da biblioteca da Universidade de Brasília, da biblioteca Nacional, Biblioteca Virtual do NESCON, na Scielo, Proquest, Periódicos Fiocruz, Google Acadêmico, na revista Katalysis, e na revista Serviço Social e Sociedade.

Assim, visando efetuar uma revisão teórica acerca dos dados analisados, houve um mapeamento das produções literárias sob os seguintes critérios de seleção: aproximação dos autores com a perspectiva crítica a respeito do enclausuramento dos sujeitos acometidos por AM de qualquer natureza; concepção do conceito de QS a partir da lógica da desigualdade; escritas desenvolvidas com base no materialismo histórico dialético; produções históricas passíveis de crítica; e afinidade com a categoria do Serviço Social. Diante disto, foram selecionados autores diversos a fim de buscar pontos de intersecção e/ou divergências entre eles, atribuindo cientificidade à pesquisa e buscando traçar uma análise crítica, pois como foi colocado por Minayo (2012):

Para tornar o objeto um construto científico é preciso investir no conhecimento nacional e internacional acumulado, dialogando com ele ou em torno dele, caso não haja estudos sobre o mesmo assunto, como ocorre nas investigações exploratórias. (MINAYO, 2012, p.5)

Frente à escassez de material específico e à complexidade do objeto de estudo, essa investigação é de fato, de caráter exploratório. Por isso, os trabalhos foram selecionados

seguindo os critérios mencionados acima, mas também observando o critério de afinidade com o tema desta pesquisa. As produções selecionadas pautam-se em torno das seguintes palavras-chaves:

Tabela 2:

Base de Dados	Palavras- Chaves	Trabalhos Selecionados	Trabalhos Não Selecionados
Periódicos Fiocruz	1.Loucura; Pobreza 2.Desigualdades Sociais; Saúde	1. --- 2.Barata (2009)	1. Oliveira (2011) 2. Freitas(1987)
Proquest	1. Serviço Social; Saúde Mental 2. Loucura; Pobreza	1.Corbanezi (2021) 2.Foucault (1972)	1.Faleiros; Campos; Faleiros (2017) 1.Vivas (2021) 1.Bravo(2016)
Revista Katalysis	1.Saúde Mental	---	Bru (2022)
Biblioteca da UnB	1.Serviço social; Saúde mental 2.Questão Social; Saúde Mental	1.Bisneto (2009) 1.Pereira (1990) 2.Santos (2012)	---
Biblioteca Nacional de Brasília	1.Acumulação Capitalista	Luxemburgo (1984)	--
Google Acadêmico	1.Questão Social; Saúde Mental 2.Determinantes Sociais; Saúde Mental	1.Bisneto (2009) 1.Pereira (2015) 2.Alves e Rodrigues (2010) 2.Bosi, M.L.M. ET AL (2014)	
Scielo	1.Questão Social; Saúde Mental 2.Determinantes Sociais; Saúde Mental	1. --- 2.Scheffer, Silva (2014)	1.Robaina (2010) 2. ---
Amazon	1.Serviço Social; Saúde Mental	1.Zgiet (2021)	1.Dunker (2020)
Nescon Biblioteca Virtual	1.Saúde mental; Organização Mundial de Saúde	1.OMS (2001)	---

Fonte: Elaborado pela autora

Para além de uma revisão bibliográfica crítica, a pesquisa também contou com técnicas, instrumentos e estratégia de produção, a fim de coletar os dados de forma mais abrangente. A primeira técnica foi a realização de entrevistas com roteiro de perguntas com três profissionais de referência. Sendo dois deles, assistentes sociais e o terceiro um psicólogo. A escolha pela realização dessas entrevistas deu-se para ampliar o debate e trazer concepções dos especialistas que atuam direta ou indiretamente com as variáveis apresentadas. Não obstante, ainda com o intuito de complementar as respostas alcançadas, foi feita a aplicação de outro instrumento de pesquisa disponibilizado após sete meses da realização de cada entrevista para os mesmos sujeitos selecionados anteriormente, sendo este um questionário fechado com o apoio da ferramenta do Google Forms. A seguir, serão detalhados os parâmetros de pesquisa, os sujeitos participantes, os cuidados éticos e os procedimentos para análise de dados da pesquisa como um todo.

2.3 Parâmetros de pesquisa:

Para que as entrevistas fossem realizadas e o questionário fosse aplicado, foi necessário observar certas condições. Uma delas é a de que os sujeitos entrevistados fizessem parte de um grupo fundamentado na atuação assídua na área da saúde mental, sendo essa conectada direta ou indiretamente com as temáticas do Serviço Social. Assim, considerando que “a entrevista com alguém de um grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo” (MINAYO, 2017, p.4) foi utilizada, no primeiro momento, a técnica da entrevista semiestruturada como instrumento de pesquisa com roteiro de perguntas²².

Em um segundo momento, após sete meses da realização de cada entrevista, foi aplicado para os mesmos participantes um questionário fechado²³ com o auxílio da ferramenta do Google Forms. Este questionário seguiu o padrão temático das perguntas anteriormente feitas nas entrevistas. Isto é, as perguntas de ambos os instrumentos dialogam entre si já que se dispõem a alcançar os mesmos objetivos. Todas foram elaboradas após a revisão de literatura a respeito das variáveis do problema de pesquisa (QS e AM) sob dois critérios: ter embasamento em teorias pré-existentes e apreender o cotidiano das práticas profissionais diante do potencial dinâmico entre adoecimento mental e Questão Social.

²² Apêndice A e A', página 85 e 86.

²³ Apêndice B, página 87.

Todavia, foram oferecidas alternativas heterogêneas e delimitadas neste novo questionário. Isto, para que cada participante pudesse eleger a opção de maior aproximação com sua perspectiva. O objetivo da divisão em dois momentos de coleta de dados foi, não só verificar se a concepção (de cada participante) referente às perguntas realizadas na primeira etapa sofreu algum tipo de alteração, mas principalmente com vistas a comparar as três respostas numericamente. Ademais, para cada pergunta, foi definido o objetivo da mesma, com vistas a amparar a posterior análise, diante disso é preciso salientar que:

É preciso ter em mente que os instrumentos operacionais também contêm bases teóricas: são constituídos de sentenças (no caso dos roteiros) [...] que devem guardar estreita relação com o marco teórico, sendo cada um desses elementos um tipo de conceito operativo pensado na teorização inicial. (MINAYO,2012)

Contudo, diante da dimensão do objeto, três entrevistas não são suficientes para responder à pergunta deste trabalho e garantir sua fidedignidade. Isto é, a amostragem não é o bastante para tornar os dados generalizáveis, já que estatisticamente falando, a amostragem mínima para tornar dados generalizáveis é de trinta participantes. Todavia, devido ao seu caráter exploratório e ao espaço limitado para produzi-lo, optou-se por manter a amostra desta pesquisa reduzida. Por isso, a generalização, confirmação ou a não validação da hipótese tornou-se algo trivial para esta pesquisadora, dado que o que a atrai é disponibilizar, com base em pontos de vistas profissionais, uma maior intensidade na argumentação iniciada pela revisão bibliográfica crítica. Além de objetivar a abertura de espaço para novos questionamentos, novas coleta de dados e outras formas de investigação que possam elucidar o objeto em análise.

2.3.1. Sujeitos participantes da pesquisa

Considerando a natureza exploratória do estudo em questão, o foco das entrevistas e da aplicação do questionário fechado não foi traçado pela quantidade de sujeitos participantes, mas sim pela qualidade e profundidade das informações obtidas a partir do contato estabelecido com estes profissionais, Contato este, mediado pelos instrumentos²⁴ de construção dos dados. Logo, os sujeitos participantes desta pesquisa são todos profissionais que atuam na área de saúde mental, sendo dois deles profissionais da categoria do Serviço Social e o terceiro, um profissional que tem sua formação e atuação na área da Psicologia. Por serem de ocupações distintas, a participação deles deu-se em duas etapas.

²⁴ Instrumento construído pela autora que estarão disponíveis na parte dos apêndices.

Na primeira etapa, na qual ocorreu a aplicação do questionário semiestruturado instituído para assistentes sociais. Foram entrevistados dois profissionais com o objetivo de identificar a relação entre o AM e a QS no cotidiano de trabalho destes participantes. Os critérios de escolha e seleção de sujeitos foram:

1. Ser um profissional registrado no CFESS-CRESS;
2. Ter atuado no campo da saúde mental há pelo menos 5 anos;
3. Ter disponibilidade e interesse em participar da pesquisa;
4. Declarar concordância ao estudo após o conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Participação em Pesquisa.²⁵
5. Declarar concordância ao estudo após preenchimento e envio das respostas às perguntas feitas no Questionário Fechado da plataforma Google Forms, destacando a garantia de sigilo.

Já na segunda etapa foi selecionado apenas um profissional, psicólogo e professor universitário, com produção teórica correspondente e/ou em torno do objeto de pesquisa. O intuito de eleger este autor foi o de trazer sua contribuição para a construção do caráter científico e crítico da pesquisa. Os critérios de participação deste autor foram:

1. Ser um profissional registrado no Conselho Regional de Psicologia (CRP).
2. Ter atuado no campo da saúde mental há pelo menos 5 anos;
3. Ter disponibilidade e interesse em participar da pesquisa;
4. Declarar concordância ao estudo após o conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Participação em Pesquisa, destacando a não necessidade do sigilo pelo entrevistado, nessa etapa.
5. Declarar concordância ao estudo após preenchimento e envio das respostas às perguntas feitas no Questionário da plataforma Google Forms, destacando a garantia de sigilo.

2.3.2 Cuidados éticos da Pesquisa:

Como foi visto, para a construção desta pesquisa opta-se por realizar uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e que não procura, necessariamente, enumerar e/ou medir os eventos estudados. A partir disso, utilizou-se a entrevista com roteiro de pergunta semiestruturado, individual, sem tempo de duração pré-estabelecido, como instrumento que “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a

²⁵ Apêndice C, página 89.

compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 1987, p. 152). Para facilitar a análise do conteúdo e garantir maior precisão na coleta de dados, elas foram gravadas para posterior transcrição e análise. Além disso, o questionário fechado foi outro instrumento utilizado para obter os dados necessários a este trabalho.

Em relação à ética em pesquisa, foram disponibilizados para assinatura, antes das entrevistas, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, com o tema, objetivos gerais do estudo e informações sobre sua participação voluntária e sem remuneração, além da garantia de confidencialidade, ou não. Por se tratar de uma pesquisa realizada com seres humanos, ressaltou-se os eventuais riscos e benefícios dela. Considera-se que a metodologia adotada não apresenta riscos significativos à segurança física ou psicossocial dos sujeitos entrevistados. Contudo, apresenta risco mínimo no que se refere a uma pesquisa com seres humanos. Tendo em vista que, como toda ação humana, toda pesquisa tem riscos, ficam reconhecidas as possibilidades da ocorrência de desconforto, cansaço e aborrecimento constrangimento ou alterações de comportamento durante a gravação, bem como temor pela quebra da confidencialidade e a quebra de sigilo de forma involuntária e não intencional.

Logo, a fim de mitigar tais riscos, foi assegurado o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que pudesse identificar os sujeitos de pesquisa, mantendo então a confidencialidade, privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos participantes. No caso do autor de referência entrevistado, houve sua autorização e interesse para a quebra de sigilo mediante assinatura do TCLE, uma vez que ele discute e debate livremente o tema em questão. Ademais, o acesso às gravações provenientes das entrevistas foi exclusivo da pesquisadora. Ressalta-se também a inexistência de conflito de interesses entre pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, que tiveram liberdade para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento durante a realização das entrevistas. A recusa em participar não acarretou qualquer penalidade ou perda.

2.3.3 Delimitação da Pesquisa:

A temática da SM é cada vez mais atual e discutida na sociedade como um todo, por isso urge a necessidade de apropriação desse campo por outras ciências que não as ciências médicas, biológicas e psicológicas. As análises e discussões provenientes desse estudo de conclusão de curso possuem potencial para contribuir de forma benéfica com uma nova forma de atuar e enxergar a SM no campo do Serviço Social, tomando-a como objeto de trabalho

intrínseco à categoria, para que assim, sejam propostas novas formas de intervenções profissionais. Isto é, ao compreender os desafios colocados aos assistentes sociais nos serviços de saúde mental, é possível materializar e desenvolver alternativas efetivas para garantia e manutenção dos direitos sociais em cenários em que a atuação profissional dos (as) assistentes sociais em instituições de saúde mental se encontre, de certa forma, oculta e/ou comprometida. Para Bisneto (2009):

Nos serviços reformados há uma dissolução dos objetos específicos e uma certa descaracterização profissional, que é inclusive politicamente desejável, mas que tem trazido mais indefinições aos assistentes sociais. (BISNETO, 2009, p. 124)

Além disso, pretende-se fomentar reflexões acerca da necessidade de se pensar uma sociabilidade que invista na constante promoção de saúde mental dos indivíduos que a compõem a partir de políticas públicas amplas, irrestritas, acessíveis e que acima de tudo tenha como objetivo ofertar uma real reabilitação psicossocial.

2.4 Procedimento para análise de dados:

Com o intuito de analisar a relação entre a Questão Social e o processo de produção do adoecimento psíquico na sociedade capitalista, foram convidados três profissionais para a participação nas entrevistas com roteiro de perguntas, a partir da aplicação de questionário específico para cada um e posteriormente de um questionário fechado na plataforma do *Google Forms*. A intenção destas etapas foi a de compreender a visão destes profissionais acerca de uma possível relação entre Questão Social e Adoecimento Mental. Logo, por meio destes dois instrumentos, foi viável estabelecer um diálogo não só a respeito da percepção destes sujeitos atuantes na saúde mental e as variáveis colocadas, como também com as considerações feitas no Capítulo 1 deste trabalho. Tudo realizado a fim de ilustrar a subjetividade do assunto.

Por isso, a construção dos dados foi iniciada a partir da aplicação destes questionários, sendo dois desses, questionário para assistentes sociais²⁶ e o outro, o questionário para autor de referência²⁷. Todos os instrumentos foram divididos em blocos de perguntas, tendo início pelo bloco introdutório, seguido pelo bloco da questão social, o da relação entre a Questão Social e a produção do sofrimento psíquico e por fim o bloco de finalização. Este processo foi realizado durante o mês de fevereiro de 2022 de modo *online*, com auxílio do gravador da

²⁶ APENDICE A- página 84;

²⁷ APÊNDICE A'- página 85;

plataforma *Teams*. A durabilidade média das entrevistas foi em torno de 60 minutos, não havendo interrupções em nenhuma delas. Todas foram realizadas após um contato prévio com os sujeitos, no qual foi agendado o dia e a hora da entrevista, escolhidos por eles.

Outra razão pela qual optou-se pela entrevista como técnica, está dada pelo seu caráter informativo e isento de neutralidade (MINAYO,2001). Em outras palavras, os sujeitos entrevistados são convidados a falar livremente sobre o tema, aprofundado pelo entrevistador, por meio de questões específicas. Dessa forma, é possível tecer uma aproximação da vivência individual de cada um com a experiência coletiva, já que existe um elo entre o particular vinculado ao contexto social. Partindo deste pressuposto, a percepção dos sujeitos entrevistados contribui para a compreensão de uma possível relação entre as variáveis deste estudo em questão, já que ela fornece dados e apreensões do processo saúde-doença mental numa sociedade marcada por contextos repletos de manifestações da QS.

Diante disso e com vistas à melhor definir a forma como os dados seriam analisados, foi utilizada nova estratégia de pesquisa. Isto é, após transcrição e tabulação dos dados de cada entrevista, foi elaborado um segundo instrumento capaz de facilitar a análise das respostas obtidas e estabelecer ou não um padrão entre cada ponto de vista profissional. Este outro instrumento foi um questionário fechado²⁸ composto por sete perguntas diretamente associadas aos blocos colocados no primeiro questionário aplicado. Os dados foram coletados com a utilização da ferramenta *Google Forms* e o objetivo também foi amplificar a discussão sobre a relação entre QS e AM, com base na perspectiva dos mesmos participantes das entrevistas semiestruturadas, contudo tendo esta nova avaliação certo cunho estatístico.

Apesar da amostragem ser reduzida, os dados obtidos a partir do formulário com o público-alvo revelam premissas a serem debatidas e avaliadas. Dessa forma, reitera-se que estes mesmos dados, posteriormente apresentados, não são generalizáveis e que a finalidade deste segundo instrumento foi buscar circunscrever ainda mais as duas variáveis em questão (QS e AM). Destarte, destaca-se que, sendo esse trabalho essencialmente qualitativo:

“Nas pesquisas qualitativas, as amostras não devem ser pensadas por quantidade e nem precisam ser sistemáticas. Mas a sua construção precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições desta seleção” (MINAYO,2017, p.5)

²⁸ Apêndice B, página 86;

Por conseguinte, após transcrição de todas as gravações e a sistematização das informações obtidas pela aplicação do segundo questionário, deu-se início à análise dos dados, mediante os seguintes quesitos:

- Concepção de Questão Social do participante, bem como de seus determinantes;
- Argumentação do entrevistado contra e/ou a favor da identificação do AM como uma expressão/manifestação/desdobramento da Questão Social, considerando os fundamentos dessa argumentação;
- Identificação de fatores comuns ou não (entre os participantes) para o desencadeamento do processo de adoecimento mental;

Haja vista que estes quesitos foram aplicados em todas as três entrevistas, e também na análise do questionário fechado, a tabulação dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, da análise das entrevistas, ela foi feita de forma separada para cada entrevistado. Em seguida, os dados obtidos foram colocados em comparação, a fim de observar eventuais compatibilidades de argumentação, bem como possíveis discrepâncias. A exemplo, temos que tabulação se deu no seguinte formato:

Tabela 3:

Entrevistados/ Perguntas	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3...
Participante 1	resposta x	resposta j	resposta y
Participante 2	resposta x	resposta z	resposta k
Participante 3	resposta a	resposta b	resposta k

Legenda. Em azul: compatibilidade de argumentação

Em branco: discordância de argumentação

Fonte: Elaborado pela autora

Após estabelecimento de um diálogo entre as três percepções, juntamente com o que foi colocado na primeira parte desta pesquisa, foi feita a inferência dos assuntos trazidos por estes profissionais, assim como eventuais observações críticas. É importante ressaltar que “a interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções.” (MINAYO, 2010, p.7)

Por fim, o objetivo comum para todos os participantes foi o de aferir de que forma os argumentos contra e/ou a favor da identificação do adoecimento mental como uma das expressões/manifestações e/ou desdobramentos da Questão Social foram desenvolvidos por

estes profissionais, com base em seus estudos, experiências e nas respostas tanto às entrevistas quanto ao questionário fechado.

CAPÍTULO 3

A QUESTÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ADOECIMENTO MENTAL

CAPÍTULO 3

A QUESTÃO SOCIAL NO PROCESSO DE ADOECIMENTO MENTAL

*“A realidade verdadeira de um objeto
é apenas parte dele”*

Fernando Pessoa.

3.

O propósito deste capítulo é apontar, por meio do discurso e das respostas dos profissionais participantes, perspectivas referentes à hipótese de uma relação entre as variáveis: Questão Social e Adoecimento Mental. Dessa forma, para além de retomar e complementar o esforço teórico apontado nos capítulos anteriores, buscou-se analisar as dimensões dessa temática com base na compreensão do processo do adoecimento mental a partir das problemáticas advindas da Questão Social. Assim, é importante salientar que o foco desta pesquisa recai especificamente sobre os sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico, independentemente de sua natureza ou da forma na/pela qual se manifesta. Isso significa direcionar atenção ao questionamento do paradigma bio/psicologizante do AM, a fim de reorientar e aprimorar seu entendimento.

Por consequência, a averiguação das entrevistas foi realizada a partir da análise de conteúdo. Nesta direção:

Através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa. (MINAYO, 2001, p.74)

Logo, considerando que esse procedimento pressupõe uma pré análise, levantamento do material, tratamento de resultados e interpretação dos dados obtidos, foram selecionadas unidades de registro (UR) e unidades de contextos (UC). No primeiro caso, temos por exemplo, a própria palavra *Questão Social*, já no que se refere às unidades de contexto, selecionou-se o momento histórico do desenvolvimento do MPC e suas consequências. Ambas as categorias, UR e UC²⁹ foram exploradas meticulosamente, com seleção de outros aspectos, além dos

²⁹ “Podemos optar por vários tipos de unidades de registro para analisarmos o conteúdo de uma mensagem. Essas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem. Podemos utilizar

exemplificados. Ademais, foi estabelecida uma categorização de todas em grupos específicos, de acordo com cada pergunta realizada. Como consequência disso, todas as etapas foram pensadas conforme a necessidade de verificar “ideologias, tendências e outras determinações características” (Idem, p.76) que circunscrevem a possível relação entre Questão Social e adoecimento mental. Por efeito, aspira-se que a pergunta de pesquisa, bem como seu objetivo geral e seus objetivos específicos logrem retorno.

3.1 Adoecimento Mental e Questão Social de acordo com os entrevistados.

Antes de apresentar o perfil de todos os entrevistados, ressalta-se que para a preservação do anonimato das profissionais do Serviço Social, serão mantidos em sigilo seus nomes. Diante disso, para referir-me a elas, suas falas serão identificadas por: Assistente Social (AS)1 e Assistente Social (AS) 2. No caso do profissional de psicologia, como foi autorizada a quebra do sigilo, suas colocações serão indicadas por: Prof. Pedro. Para mais, os trechos colocados pelos entrevistados não estão reproduzidos, em sua totalidade, exatamente da forma como foram falados. Tal fato se justifica pela necessidade de transcrever as concepções de cada entrevistado para uma linguagem formal que este trabalho exige.

Primeiramente, o perfil dos profissionais que participaram da pesquisa cumpre todos os critérios colocados em cada TCLE assinado. Desses profissionais, todos atuam na área de Saúde Mental há pelo menos cinco anos, ou mais. Entretanto, apenas dois possuem especialização nesta área, além disso, esses mesmos, são autores de referência para o debate contemporâneo da temática. Dessa forma, com o objetivo de compreender seus pontos de vista a respeito das variáveis, da relação entre QS e AM, bem como suas possíveis consequências, foram feitas seis perguntas ao Prof. Pedro e sete perguntas à (AS)1 e (AS)2, todas durante a realização das entrevistas na modalidade online. Já o formulário aplicado após as entrevistas, foi composto por sete questões fechadas, com alternativas, aos mesmos participantes da etapa 1 de coleta de dados. Cada um preencheu o formulário de modo individual.

Isto posto, este tópico é, de certa forma, introdutório e visa assimilar a percepção dos entrevistados acerca da Questão Social e do Adoecimento Mental. Para mais, será estabelecido um diálogo entre as percepções informadas e as colocações feitas no primeiro capítulo desta

a palavra como uma unidade, trabalhando com todas as palavras de um texto ou com apenas algumas que são destacadas de acordo com a finalidade do estudo. A frase ou a oração também são outros exemplos de unidade de registro. [...] Além das unidades de registro, devemos definir as unidades de contexto, situando uma referência mais ampla. Em outras palavras, devemos precisar o contexto do qual faz parte a mensagem" (MINAYO,2001, p.75)

pesquisa, conforme autores previamente mencionados e autores mais logo apontados. Por conseguinte, com o objetivo de compreender as causas prováveis do adoecimento mental, foi feita a seguinte pergunta para a categoria do Serviço Social: Ao longo dos anos, conversando com os usuários encaminhados para psiquiatria e seus familiares, quais motivos, na sua opinião, do processo de adoecimento/sofrimento mental desses indivíduos?

Ambas as entrevistadas entendem que o AM é multifatorial e que não há como desprezar o aspecto da socialização, do contexto social no qual um sujeito que está vivenciando algum tipo de sofrimento psíquico está inserido. A primeira entrevistada coloca:

“A gente sabe que muitas vezes, o sofrimento vem de um contexto social específico. Eu fiz alguns atendimentos recentes relacionados a isso. Teve um caso de uma pessoa que perdeu a guarda do filho, o que teve muito a ver com sua situação de pobreza. Como ela não conseguiu pagar as coisas que esse filho necessitava, ela perdeu a guarda dessa criança, agora institucionalizada. Essa mãe entrou em um processo depressivo gravíssimo. Eu sei que, por trás disso, existe um contexto e uma justificativa, não é simplesmente uma gota d'água que provocou tudo isso”. (Assistente Social entrevistada 1, 2022)

Outros fatores colocados pela (AS)1, que ela acredita ser determinante para esse processo de adoecimento mental, são elementos como: aspectos socioeconômicos (que dialoga com o exemplo dado por ela), aspectos culturais, contexto familiar e a socialização diante da moral capitalista. A (AS) 2, coloca que, embora o histórico hereditário seja relevante, existe certa dificuldade em identificar logo de cara esses aspectos que vão além dos sintomas atávicos, pois as demandas são apresentadas, principalmente mediante de um prisma clínico, isto é:

“Essa questão de sintomatologia aparece muito no primeiro contato com um usuário do serviço público de saúde mental, como por exemplo a insônia. Sabe-se que a privação do sono afeta diretamente a saúde mental. Assim, demanda um bom tempo até compreendermos todos esses sintomas e suas possíveis causas, para só então chegar nas questões específicas do Serviço Social. Isso é, o que causa essa insônia? São só fatores físicos ou existem outras questões? Essas questões podem ser, por exemplo, o desemprego, uma situação de violência, discriminação, contexto social, pressões sociais...” (Assistente Social entrevistada 2, 2022)

Como foi colocado no primeiro capítulo desta pesquisa, no tópico 1.1 do primeiro capítulo, o esforço de se compreender o processo saúde-doença ultrapassou o paradigma unicamente biologizante. A SM, por isso, passa a ser analisada como fenômeno socialmente produzido e determinado por razões variadas, inclusive pensando as dimensões sociais e culturais como determinantes da própria promoção da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009). Desse modo, observando o exemplo acima, entende-se que um sujeito que vivencia certo

contexto ou situação capaz de violar seus direitos sociais, pode desenvolver ou experimentar alguma forma de sofrimento e/ou adoecimento mental que não tem fundamentos exclusivamente bio/psicológicos. Isso pode ser exemplificado pela seguinte fala da (AS) 2:

“Por exemplo, há casos de mulheres em situação de violência, em contexto de discriminação de gênero ou que venham de uma trajetória de relacionamentos abusivos, que mesmo considerando o histórico hereditário sem a presença de pré-disposição de transtornos mentais, passam a vivenciar essas questões não biológicas que fortalecem o desenvolvimento do adoecimento mental, justificando então qual é a origem desse acontecimento. A gente consegue inclusive perceber que o número de mulheres que acessam esses serviços de saúde mental são bem maiores do que o número de homens, em especial quando tratamos de questões de tentativa de autoextermínio. ” (Assistente Social entrevistada 2, 2022)

Com respeito ao fator *socialização diante da moral capitalista*, colocado pela AS1, se faz necessário destacar que a profissional entende que:

“A moral capitalista se impõe inclusive sobre a saúde mental. Essa moralidade vem relacionada a questões comportamentais. Ao imperativo do trabalho. Nesse sentido, a única forma de não trabalhar é você ser muito doente. Quando falamos de saúde mental, aqui eu quero evidenciar o transtorno mental. Temos que esses tipos de adoecimento, em alguns casos, não têm “provas” palpáveis. Disso, vem o julgamento sobre aqueles sujeitos que não conseguem se inserir na lógica produtiva da sociedade. Grande parte desses sujeitos vivem em situação de pobreza e o julgamento, sob a ótica da moral capitalista de produção, recai sobre eles sob a forma de acusações. O pobre, ele mente, por que não é possível ver sua doença, ele só quer conseguir seus benefícios e ter o privilégio de não trabalhar. ” (Assistente Social entrevistada 1, 2022)

O trecho destacado acima faz interlocução com o que foi dito acerca da lógica da (a)normalidade produtiva. Viu-se que a ideologia defendida pela dinâmica de mercado visa ajustar o comportamento dos sujeitos trazendo à tona a ideia de que as pessoas consideradas *normais* são somente aquelas que são capazes de vender sua força de trabalho. Isto é, apenas aqueles que trabalham, que produzem, que ganham dinheiro, que compram, que vendem e que participam, de alguma forma, da dinâmica de acumulação são considerados normais. Por outro lado, a parcela que não se adequa a este formato social, por opção ou, no geral, sem esse poder de escolha, está designada à exclusão, estigmatização, marginalização e reificação.

Além desse aspecto do controle comportamental colocado pela lógica do MPC, a AS1 cita e exemplifica como isso está intimamente relacionado a uma questão cultural. De acordo com ela, existe, muito presente no Brasil, uma cultura de comportamento difundida e normalizada que diz respeito ao cuidado (ao sujeito acometido por algum AM) centrada na família. No entanto, esse cuidado se configura de maneira distinta em outras culturas, como

acontece, por exemplo, na Itália. Para ela, que teve a oportunidade de conhecer os trabalhos em saúde mental neste país, especificamente na cidade de Trieste, a cultura foi um fator responsável por lhe chamar a atenção e lhe instigar questionamentos:

“Uma coisa que me chamou a atenção lá é que, quando aparece um sujeito jovem com algum tipo de transtorno mental grave que promova sofrimento familiar agudo, a primeira coisa feita pelo governo italiano é tirar esse sujeito de seu contexto familiar. Ele vai para uma outra residência, não necessariamente terapêutica, é uma residência médica de caráter social. Aqui no Brasil a cultura é fazer de tudo para manter esse mesmo sujeito sob os cuidados da família. Essa é uma obrigação que o Poder Público incita e incentiva. Por que a família tem que cuidar dessa pessoa a qualquer custo? Por que o governo não oferece políticas públicas necessárias para dar respostas a esse tipo de demanda? No DF, não há sequer oferta de residência terapêutica. Continuamos com uma cultura e política familista.” (Assistente Social entrevistada 1, 2022)

Em relação ao Prof. Pedro a pergunta foi feita da seguinte forma: Com base em seus estudos, quais são as causas do processo de adoecimento/sofrimento mental? Antes de ir para a resposta, é preciso colocar que o próprio entrevistado destaca que sua explicação será feita de maneira sintética, e que por isso algumas mediações e determinações importantes serão deixadas de lado. Diante disso, o Prof. Pedro aponta que dentre as causas prováveis do AM, temos três que são significativas, sendo elas: 1- *“a própria estrutura de organização e dinâmica do capitalismo; 2- o atual estágio de desenvolvimento do modo de produção capitalista; 3- os mecanismos de psicopatologização e medicalização da vida.”*. Portanto:

“Temos que buscar analisar e aprender a concretude do sofrimento, não basta falar do sofrimento humano/psíquico de maneira genérica. A gente tem que falar do sofrimento nessa sociabilidade, pois esse sofrimento diz muito acerca da forma como a gente se produz, se desenvolve. Nesse processo encontramos como resultado o sofrimento. Acredito que o começo das causas está numa sociabilidade que é imanentemente desigual. Sociabilidade que inclusive tem o seu desenvolvimento dado com base no recrudescimento de tais desigualdades, pela concentração de riqueza, que por sua vez se dá muito por uma série de relações que se pautam em mecanismos de opressão.” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

Esse movimento de compreensão do panorama total, ou seja, do contexto no qual o adoecimento mental se manifesta, foi apresentado no capítulo 1 a partir de uma leitura não biologizante com foco nas consequências do MPC para o aumento do sofrimento causado pela pobreza/desigualdade. Diante desses dois fatores, entende-se que a cultura sintetizada na própria dinâmica de organização capitalista é pautada na opressão engendrada pela exploração do trabalho (IAMAMOTO, CARVALHO, 1983; NETTO 2008). As instituições que exploram e oprimem esses trabalhadores são subordinadas aos interesses das classes dominantes, dos

capitalistas, porém, na busca incessante pelo acúmulo progressivo de lucros, o sistema capitalista apresenta momentos de crise, esses períodos trouxeram e ainda trazem diversas consequências para a classe trabalhadora, que sofre.

As crises no MPC são inerentes à condição de existência do capitalismo. Por meio da crise, o capitalismo reorganiza suas estratégias de produção e, dessa forma, da própria reprodução da sociedade. A política neoliberal preconizada por organismos internacionais e disseminada pelas teses do economista austríaco F. Hayek (1889-1992) se apresenta como a grande saída à crise capitalista que se instala na década de 1970 e se aprofunda nas décadas seguintes. O ideal neoliberal prescreve, dentre outras coisas, uma maior flexibilização das relações de produção, “um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO,2008, p.227.) Como efeito, há um aumento da exploração da força de trabalho. Assim, como afirma uma das assistentes sociais:

“Grande parte dos usuários do serviço do CAPS onde atuo chegam como se estivessem sendo refletidos por um espelho da sociedade. O que quero dizer é que hoje a sociedade está em crise, crise em vários aspectos, econômicos, sociais etc. Diante disso o “eu”, ou seja, os muitos sujeitos inseridos nessa mesma sociabilidade também se identificam com o estado de crise. Então, o que deve ser feito para enfrentar a crise? A crise da sociedade e a minha crise? Como posso me identificar e conseguir sobreviver? Diante dessa situação, a maioria das pessoas vão aos CAPS e outros serviços de SM, nessa iminência e no auge do momento em que não são mais capazes de lidar com pressões sociais. ” (Assistente Social entrevistada 2, 2022)

Considerando que o neoliberalismo se configura de modo significativo no MPC, é relevante evidenciar a fala do Prof. Pedro, que diz:

“Acho que temos que entender o atual estágio de desenvolvimento do modo de produção capitalista, enquanto um estágio corrente na qual é necessário que ele se pautem na/pela destruição, barbárie, objetiva e subjetiva, cada vez mais intrincada e recrudescida. (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

Dessa forma, é válido questionar, de que modo essa crise se desdobra e afeta a produção do sofrimento? O entrevistado nos mostra seu ponto de vista ao afirmar:

“Eu acredito que essa crise estrutural na sua faceta econômica, em termos de maior precarização e deterioração das condições de vida, vai ser uma precarização que é objetiva, mas que obviamente deve se expressar subjetivamente. Essa ofensiva do capital, até mesmo como uma tentativa de sanar a crise estrutural do mesmo, é uma ofensiva cada vez mais forte frente a classe trabalhadora. No momento atual ela se expressa de maneira mais evidente nas contrarreformas neoliberais, trabalhistas, previdenciárias, e por aí vai. E isso tem um intuito claro e evidente de deteriorar e de explorar ainda mais a classe trabalhadora. É claro que isso vai resultar numa lógica, numa dinâmica de vida cada vez mais sofrida. (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

“A produção de sofrimento cada vez mais intensificada, cada vez mais acentuada, de novo, como uma manifestação da própria deterioração/precarização da vida como um todo, da dinâmica de vida, especialmente da classe trabalhadora, também vai ser forjada de uma maneira artificial, especialmente por meio dos mecanismos de psicotopalização e medicalização da vida. Esses mecanismos funcionam como estratégia de controle da própria classe trabalhadora. ” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

Novamente, podemos observar a estratégia de ajuste comportamental presente na ideologia capitalista. Antes dada pelo imperativo do “normal produtivo”, agora é colocada a partir de mecanismos de psicopatologização e medicalização da vida comentados pelo Prof. Pedro.

“O que vemos hoje em dia, sobretudo fomentado pela psiquiatria, pela psicologia, pelo campo psi como um todo, é um processo de psicopatologização da vida, onde quaisquer comportamentos, ou quaisquer estranhamentos ou mal estar, ou coisas do tipo, são vistos já por meio de um viés psicopatológico/ patologizante, e como que o resultado desse processo de psicopatologização é uma série de mecanismos de disciplinamento, mesmo que a gente não tenha uma ciência disso. ” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

A título de informação e categorização, as entrevistadas do Serviço Social citam alguns dos tipos de situações de adoecimento mental recorrentes em seus atendimentos, identificadas como os transtornos de personalidade, transtornos psicóticos, ansiosos, depressivos, inclusive episódios de tentativas de autoextermínio. Contudo, uma delas aponta para o fato de que a maioria não deveria ter diagnóstico. Em outras palavras, na sua opinião, alguns dos casos de adoecimento mental apresentados no cotidiano de sua práxis profissional são causados por uma construção social, e decorrentes de consequências de contextos específicos. Ela explica o porquê disso na seguinte fala:

“Grande parte do sofrimento e do adoecimento psíquico é visto por meio de um aspecto individual, como se ele não tivesse origem em outros fatores externos ao indivíduo. Essa perspectiva ignora a influência dessa cultura que move a sociedade. Uma cultura patriarcal, branca, consequentemente discriminatória, desigual e exploradora. É louvável que existam cientistas tentando fazer uma lista dos comportamentos humanos e dizer até que ponto isso é normal? O que é normal? O que não é normal? E se normal, normal em relação à que? Uma coisa que pode ser normal para mim, pode ser considerada estranha por você, caso você não tenha tido a mesma educação, os mesmos costumes, os mesmos acessos aos direitos sociais... Bom, deixa eles lá! De qualquer forma, eu sei que essa classificação só ocorre porque existe uma lógica, pautada na moral capitalista, que diz o que é normal nesta sociedade... que prega uma cultura dentro de um contexto.” (Assistente Social entrevistada 1, 2022)

A colocação da entrevistada dialoga com o que foi colocado pelo Prof. Pedro, que identifica no debate atual formas de sofrimentos artificiais reforçados pela perspectiva de psicopatologização e medicalização da vida. O pesquisador destaca que:

“A discussão que se tem hoje em dia sobre o Burnout é basicamente o esgotamento total em decorrência dessas condições cada vez mais precárias de trabalho, cada vez mais exploratórias, cada vez mais opressivas. Então, quando o Burnout é visto de forma individualizada, você apaga toda essa complexidade que está sendo expressa naquele algo, que a gente tende a chamar de sofrimento psíquico, mas que a psiquiatria entende como os transtornos mentais, da doença mental. Tudo isso é apagado, e, portanto, despolitizado, dissociado do seu próprio caráter social. Ele é visto como um mero problema do indivíduo, de um problema do trabalhador, da sua mente, do seu corpo. Então se o problema é ele a gente atua sobre ele, taca remédio nele, faz psicoterapia para ajustar a normalidade produtiva, que é cada vez mais produtora do sofrimento.” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

No que tange à compreensão da Questão Social e seus determinantes, as profissionais do Serviço Social responderam a seguinte pergunta: Na sua opinião, enquanto profissional, o que você entende como Questão Social e quais são seus determinantes? O objetivo dessa pergunta foi averiguar o entendimento das entrevistadas em relação a seu próprio objeto de trabalho. As respostas obtidas foram as seguintes:

“A questão social, já diz a nossa querida Yamamoto, ela consegue ser o reflexo do que acontece diante das faltas da sociedade. Ela é o reflexo daquilo que o ser humano, que o indivíduo, aquele sujeito não consegue lidar dentro dessa dinâmica social. Por exemplo, se não tenho um emprego, consequentemente não alcanço pagar alimento, não consigo pagar aluguel, e por aí vai. Assim, tem uma série de fatores que acontecem. Nesse conjunto, essas consequências são dadas como as questões sociais de enfrentamento para nossa atual conjuntura.” (Assistente Social entrevistada 2, 2022)

“A questão social é esse ente que está por trás de todos os atendimentos que fazemos. Sabemos que não vamos conseguir mudar esse contexto. Ela é esse grande pano de fundo que envolve todo mundo. Ela permeia tudo, o tempo inteiro. Ela nos faz ficar pensando na sociedade durante todos os atendimentos. No mal que a sociedade causa para as pessoas. Acho que a QS é essa coisa fantasmagórica, e o que está evidente são, na verdade, suas expressões. Elas aparecem no formato de desemprego, falta de acesso às políticas públicas, no desmonte de outras (políticas públicas), e ela se revela também por meio de levantes ideológicos conservadores”. (Assistente Social entrevistada 1, 2022)

Em outras palavras, as entrevistadas entendem que a QS diz de uma abstração que é própria da dinâmica da sociedade, que faz parte de sua essência. Sociedade esta, que segue a lógica da acumulação de capital e riqueza, mesmo que algumas comunidades não simpatizem com esse modo de produção, como é o caso de países que declaram viver no regime socialista, ou outro. No primeiro capítulo, ressaltou-se que a acumulação de riqueza, no MPC, é

proporcional ao aumento das desigualdades. Essas desigualdades são materializadas no cotidiano da dinâmica social e expressadas, muitas vezes, a partir das expressões da Questão Social. Por isso:

“A Questão Social e o capitalismo estão intimamente ligados. De certa forma, um não sobrevive se o outro não estiver sugando e movimentando essa relação.” (Assistente Social entrevistada 1, 2022)

“A QS sempre nos faz refletir que há um contexto muito mais complexo por trás do que fica aparente, durante qualquer atendimento. Contexto este, repleto de considerações sociais significativas, que não são possíveis de solucionar com uma única intervenção pontual. Para enfrentar a QS é necessário acessar e acionar múltiplas mediações, não é possível buscar respostas sozinho.” (Assistente Social entrevistada 2, 2022)

Para o Prof Dr. Pedro perguntou-se: Na sua opinião, enquanto pesquisador, o que você entende como Questão Social? Quais são seus determinantes?

“Meu entendimento da questão social está filiado na análise que a tradução marxista faz acerca da mesma. Tal análise é muito influenciada pelo Serviço Social, que a tem como objeto de suas práxis. Então, para mim, a questão social diz desse próprio caráter eminentemente desigual da sociabilidade e do modo de produção capitalista. Diz do processo de apropriação privada dos meios de produção, que engendra uma contradição, que é a contradição capital X trabalho. E que por sua vez vai forjar-se por meio de um antagonismo de classes, que cada vez mais tem se antagonizado, em decorrência dos movimentos de centralização e concentração de capital e da riqueza socialmente produzida.” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

No primeiro capítulo, é notável que debater sobre a definição de Questão Social é dizer acerca do próprio modo de produção capitalista. Fica subentendido que o MPC determina o surgimento da Questão Social, vista como um conceito capaz de explicar as diversas iniquidades presentes na dinâmica da sociedade. Ainda, para o Prof Dr. Pedro:

“A questão social é uma questão una, é singular. Isso nos leva a entender que o que tendemos a nomear de questões sociais, na verdade são manifestações/expressões ou desdobramentos dessa questão una, que é a questão social. No primeiro momento o termo QS foi utilizado para caracterizar a pobreza na Europa ocidental, nos países com estágios mais avançados de desenvolvimento capitalista do século XIX, especialmente a Inglaterra e posteriormente se expandiu. Então ela tem uma gênese vinculada à explicação do pauperismo e à própria produção da classe trabalhadora. Seu desenvolvimento (da QS), na germinação do modo de produção capitalista se expande, buscando encampar uma série de outras expressões e manifestações, não apenas o pauperismo, a pobreza, mas o próprio exército industrial de reserva, a superpopulação relativa, o desemprego estrutural, a fome, a violência, a criminalidade...” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

Além disso, ele esclarece que a Questão Social nos fornece uma importante chave interpretativa para apreender o movimento do real. Por isso ela é um conceito, por isso, não é

uma categoria. A partir desse conceito, é possível identificar suas manifestações/ expressões e/ou desdobramentos, e em seguida tecer críticas dentro dos mais variados espaços onde elas aparecem, inclusive no campo da SM e por consequência no que se refere ao próprio adoecimento mental. Para ele:

“A ideologia dos determinantes sociais da saúde, por mais que avance frente a uma concepção tradicional hegemônica da saúde de caráter biologizante, saber biomédico hegemônico tem suas lacunas. Esses determinantes são colocados de modo fragmentado, muitas das vezes sendo lidos e vistos como meras variáveis, e que na verdade se portam como variáveis uma influenciando na outra. Mas se eu falo que uma provoca influencia na outra, eu já estou partindo da pressuposição que elas estão separadas, que elas estão fragmentadas. Por isso, o conceito de QS mostra que não podemos dissociá-los um dos outros, porque de novo, eles se produzem na realidade, e se relacionam uns com os outros. (Entrevistado, Prof Dr. Pedro, 2022)

Por conseguinte, o que entendemos como as expressões, manifestações e desdobramentos da QS, jamais devem ser dissociadas entre si. É como se cada uma dessas expressões estivesse conectada umas às outras por um “ente” maior, que pode ser entendido como a própria QS. Diante do exposto, avançar-se-á na direção de analisar as conexões entre Questão Social e o processo de AM.

3.2 Análise de dados:

Logo que captamos as ideias e compreensões dos entrevistados acerca da QS e do AM, de forma separada, vamos investigar suas opiniões a respeito da existência de uma possível relação entre o adoecimento mental e a Questão Social. Nessa parte da pesquisa serão destacadas apenas as perguntas consideradas como principais para obtenção de uma resposta concreta que capte como a QS afeta o processo de AM. Por isso, intenção aqui é compreender os efeitos da Questão Social a partir do diálogo estabelecido entre ela e as variáveis que foram selecionadas conforme a revisão crítica feita no primeiro capítulo, a fala e as respostas do questionário dos sujeitos participantes da pesquisa.

3.2.1 Da relação entre Questão Social e Adoecimento Mental na perspectiva de assistentes sociais e do Professor Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa;

Para compreender a relação entre a Questão Social e o Adoecimento Mental na perspectiva dos entrevistados, suas respostas foram analisadas com o suporte das duas etapas descritas no percurso metodológico, dispostas no segundo capítulo. A primeira etapa foi a da entrevista com roteiro de perguntas e a segunda levou em conta as respostas obtidas no questionário do Google Forms. Diante disso, as perguntas em destaque para análise de dados são:

- **Pergunta X feita durante a entrevista:** Considerando a múltipla caracterização da saúde mental, para além de sua dimensão biológica e psicológica, para você, o sofrimento mental pode ser compreendido como uma manifestação ou expressão da questão social? Por que?
- **Pergunta Y feita no questionário do Google Forms:** Na sua opinião, qual das alternativas abaixo contém o conjunto de fatores mais relevantes para desencadear o processo de adoecimento mental?

As alternativas consideravam as seguintes variáveis: *Aspectos bio/psicológicos; situação de pobreza; questão socioeconômica; aspectos culturais; Questão Social e suas expressões; e por fim o trabalho.* Essas variáveis foram selecionadas a partir da revisão crítica feita no primeiro capítulo, por isso julgadas como fatores que já afetam o processo de AM, de alguma forma. Assim, elas foram dispostas formando os conjuntos de opções para resposta.

A partir das colocações do primeiro capítulo, é possível entender que durante seu percurso histórico, o fenômeno do adoecimento mental foi interpretado de modo distinto a variar da cultura, do contexto, dos sujeitos de análise, dentre outros fatores que se fazem presentes na disputa por sua definição. Aqui nessa pesquisa, embora não seja seu objetivo final, uma das finalidades é oferecer a interpretação que a categoria do Serviço Social pode fazer acerca desse processo de adoecimento mental. Com isso, sabendo que a saúde mental é multideterminada, o objetivo da pergunta (X) foi o de compreender esse movimento saúde/doença considerando um possível elo entre o AM e a QS. Ao serem questionados a respeito dessa associação, os participantes da pesquisa colocaram que as duas variáveis possuem, de fato, uma correlação. Então o sofrimento mental pode ser entendido como uma manifestação ou expressão da questão social? As respostas à pergunta foram:

“Sim, totalmente. Digo isso porque o foco não deve ser apenas nessa questão sintomatológica, clínica ou psicológica. A urgência social tem sido ignorada. A Questão Social e suas manifestações se materializam nas violências e violações de direitos cotidianos que afetam a saúde mental, sendo o adoecimento mental, também parte dessas expressões da QS.” (Assistente Social entrevistada 2, 2022);

“Sim, ele sempre é uma manifestação da Questão Social, mesmo quando a fonte é mais biológica. O que traz a outra faceta para entendermos esse adoecimento mental é a socialização. Além disso, como diria Foucault, o transtorno mental só passou a ser um problema de saúde, um problema social, com a industrialização. Diante da industrialização, vemos que existem pessoas que não conseguem ser produtivas no ritmo que o sistema existe,

*consequentemente elas não conseguem servir a esta sociedade. Em outras circunstâncias, elas provavelmente seriam vistas apenas como pessoas com algumas “manias”, desde que houvesse alguma forma de amparo. Porém, não havendo forma de amparo, esses sujeitos tornam-se um problema. E por que um problema? Porque suas famílias passam a ter que sustentar uma pessoa que **não** consegue trabalhar. E a partir da consolidação capitalista o trabalho passa a ser esse motor da sociedade. Ele não é qualquer trabalho, é o trabalho que gera lucros e acúmulo de riqueza. Por isso, se o sujeito não trabalha, ele encontra dificuldades para se inserir na dinâmica social. O aspecto social é o fundamento daquilo que se pensa como transtorno mental. Por isso que falo, o conceito de transtorno mental tem a ver com o comportamento na socialização. Eu acho que isso discutir sobre isso é fundamental.” (Assistente Social entrevistada 2, 2022)*

“No meu entendimento, o próprio sofrimento/adoecimento psíquico, a própria loucura pode ser considerada uma manifestação/expressão da Questão Social. Se não uma expressão da questão social direta, ao menos um de seus desdobramentos, porque dizem justamente da forma como os indivíduos se produzem nessa sociabilidade, especialmente no que diz respeito a classe trabalhadora, na qual o seu sofrimento está encarnado na sua condição enquanto classe trabalhadora, de uma classe de um ser explorado, de um ser alienado, de um ser cuja dinâmica de vida lá se expressa por meio de uma série de relações de dominação “coisal” que resultam, enquanto coisificação da vida, da própria dimensão, do próprio conjunto das relações produtivas.” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022).

Portanto, buscando entender de modo delimitado, as razões pelas quais o adoecimento mental foi considerado, de fato, como uma expressão/manifestação/desdobramento da QS pelos participantes, optou-se por delinear as variáveis em uma questão de múltipla escolha. Logo, conforme o resultado desta pergunta (Y), observou-se o seguinte ponto de vista: As noções mais relevantes para desencadear o processo de AM, para o grupo selecionado, correspondem à alternativa B, sendo essa: Aspectos bio/psicológicos; aspectos culturais e Questão Social e suas expressões. Atesta-se esse dado pelo seguinte gráfico:

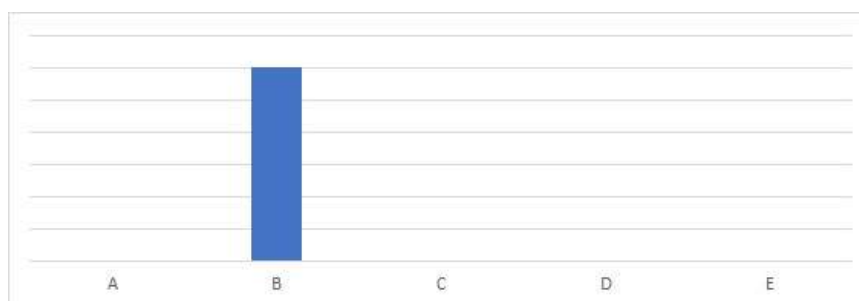


Gráfico 2:

Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Legenda: ■ Resposta marcada pelos participantes;

A- Aspectos bio/psicológicos, situação de pobreza, questão socioeconômica;

B- Aspectos bio/psicológicos; aspectos culturais e Questão Social e suas expressões.

C- Aspectos culturais, questão socioeconômica; trabalho;

D- Situação de pobreza, trabalho, Questão Social e suas expressões;

E- Aspectos bio/psicológicos, Questão Social e suas expressões, trabalho

Visto que este trabalho se trata de uma pesquisa de caráter exploratório, é preciso priorizar alguns aspectos iniciais para o debate. Portanto, mediante unanimidade do resultado alcançado na pergunta acima, as principais variáveis selecionadas para aprofundamento analítico da relação entre QS e AM foram as que compõe a resposta sinalizada na própria alternativa (B): *os aspectos bio/psicológicos, os aspectos culturais e a Questão Social e suas expressões*. Assim, optou-se por correlacioná-las de acordo com as elucidações dos participantes, durante a etapa das entrevistas realizadas com roteiro de perguntas.

Por esse motivo, foi dada ênfase na ponderação dos *pesos* dessas variáveis. Em outras palavras, foi interessante dispor em uma escala, criada pela pesquisadora, o nível de importância de cada uma delas, obviamente de acordo com o discurso de cada participante. Tais níveis foram medidos após mapear os aspectos mais frequentes e mais enfatizados nas considerações dos entrevistados. Escolheu-se um seguimento de um (1) a três (3), sendo três (3): o aspecto mais importante; dois (2): um aspecto importante e um (1): aspecto *menos*³⁰ importante; Com base na tabulação dos dados e na repetida análise das entrevistas foi possível observar os níveis de importância de cada variável. Esses níveis estão demonstrados a seguir:

Tabela 4:

FATORES	ENTREVISTADO			SOMA	PORCETAGEM
	1	2	3		
Aspectos bio/psicológicos	1	1	1	3	19%
Aspectos culturais	2	3	1	6	38%
Questão Social e suas expressões	3	2	2	7	44%

Fonte: Criada pela autora

Condizente com as elucidações de todos os três profissionais, o nível de importância dado à Questão Social, como fator mais relevante para o processo de adoecimento mental é de 44%. Dessa forma, eles confirmaram, de maneira não generalizável³¹ que a hipótese que existe uma relação entre QS e o processo de AM. Contudo, esse é apenas o início de um debate, que deve ser amplificado, difundido e aplicado a uma população maior de assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde mental, ou com profissionais de outras categorias, da mesma área, que compreendam o conceito de Questão Social.

³⁰ Aqui não pretendo dizer que o aspecto não tem importância, a palavra “menos” foi utilizada apenas para fins de nivelamento.

³¹ A população de três sujeitos de pesquisa não é capaz de generalizar um dado. O número mínimo são trinta participantes.

Em seguida, como segundo fator mais relevante para o processo de adoecimento mental, contabilizando 38% do nível de importância para que esse fenômeno ocorra estão os aspectos culturais. Por último, mas não a título de desmerecimento, estão os aspectos biológicos e psicológicos que provocam o adoecimento mental, com 19% de nível de importância. Essa classificação não está dada com o intuito de dizer o quantum cada um desses aspectos é responsável pelo surgimento de alguma forma de adoecimento psíquico. Novamente, ela foi realizada apenas para compreender melhor a percepção dos entrevistados no que se refere à importância dada por eles ao fator Questão Social.

É possível inferir que, diante da gama de estudos, pesquisas, livros e demais produções que tratam o AM pela lógica médica, biológica e psicológica, os participantes optaram por reforçar a QS como esse “outro lado da moeda” que provoca o adoecimento psíquico. Um fator não deve anular o outro, mas sim complementá-lo. Essa integração entre as diferentes formas de enxergar o AM é relevante no que tange à busca pelo seu tratamento, explorando possíveis intervenções que não apenas um medicamento, ou algo pontual. Por isso, considerando que existe um debate antigo em volta dos aspectos bio/psicológicos do AM, traçado muito superficialmente no tópico 1.1 do primeiro capítulo desse trabalho, o foco aqui será trazer o diálogo existente desse fenômeno (AM) com a própria QS, observando os aspectos culturais³² na que a determinam (a Questão Social) e a envolvem.

Voltando à Questão Social, observa-se que ela está relacionada a vários aspectos destacados pelos participantes como os prováveis determinantes do processo de adoecimento mental. Por exemplo, o Prof. Pedro coloca que a “*a própria estrutura de organização e dinâmica do capitalismo*” (Prof. Pedro, 2022) é um desses aspectos. Diante disso, e considerando o que foi colocado por Iamamoto e Carvalho (1983), a QS só existe por conta dessa estrutura, ou seja, ela é resultado direto da dinâmica capitalista, suas expressões são as manifestações concretas da contradição entre a apropriação privada de riqueza pela classe burguesa e as desigualdades, violências e iniquidades vivenciadas pela classe trabalhadora, explorada, oprimida e alienada.

Assim, se uma das causas prováveis do AM é, para o participante, o próprio sistema capitalista, a QS, como fruto desse sistema produtivo também pode ser entendida como elemento que se relaciona com o processo de adoecimento psíquico. Em função dessa relação, observamos que as expressões da QS são consumadas pelo próprio sofrimento expressos por

³² O foco nos aspectos culturais é justificado pela classificação desse fator como a segunda variável mais relevante para o desencadeamento e alguma forma de adoecimento psíquico, de acordo com os participantes

elas, como a situação de pobreza, exclusão, estigma social, más condições habitacionais e muito mais. Logo:

“Falar de sofrimento psíquico, então, é falar sim de pobreza, de pauperismo, de desemprego, falar da condição violenta dessa sociabilidade, o que por sua vez também nos implica em analisarmos essa dinâmica, obviamente que trazendo para as mediações das particularidades sociais que medeiam não apenas a forma social capitalista, mas como esse capitalismo se realiza, como se desenvolve/ científica particularmente nos determinados contextos. O contexto brasileiro dependente é muito diferente do estadunidense, inclusive o estadunidense se faz capitalista no/pelo modo do nosso subdesenvolvimento, as custas da exploração do nosso país e de outros vários. (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

Uma colocação da (AS) 1 que conversa bastante com a lógica capitalista e consequentemente com a QS, como parte das determinações desse processo de adoecimento mental é a seguinte:

“Em relação a geração de adoecimento, temos uma questão dialética [...] na dinâmica capitalista, o próprio trabalho, como eixo central decretado para a garantia de sobrevivência, exige uma despersonalização do sujeito, o tornando um robô, como se as pessoas não tivessem mais nada para fazer, além de trabalhar. Então é interessante pensar que a dinâmica exige características apresentadas por uma pessoa sem afeto, que é o caso de um sujeito esquizofrênico, mas quando se trata de um sujeito que tem esquizofrenia, a sociedade o exclui e julga. O que eu chamo de normal quando se fala de trabalho é aquela pessoa que é quase um robô, que não reclama, não contesta e que apenas produz. Mas, como isso é possível diante dessa construção social capitalista que faz com que as pessoas sofram? ” (Assistente Social entrevistada 2, 2022)

Por fim, a QS também se relaciona com os aspectos culturais da sociabilidade capitalista. Podemos dizer que, se o *atual estágio do capitalismo* é visto pelo Prof. Pedro como uma das causas prováveis do desencadeamento do adoecimento psíquico, deve-se olhar para a lógica cultural ideológica presente nesse estágio para tentar explicar como ela afeta a Questão Social e como afeta o AM, tentando encontrar um ponto de encontro entre todas essas as variáveis. Diante disso, tem-se que o atual momento capitalista é marcado pela cultura neoliberal, pois como foi colocado por Iamamoto (2009) o neoliberalismo é o sistema dado como solução para as crises internas inerentes ao MPC. Devido as consequências desse movimento de acúmulo de capital, como podemos elucidar pela própria Questão Social, temos que a ocorrência de períodos de recessão é constante e cíclica.

Como solução, já foi mencionado que o ideário neoliberal defende o Estado mínimo, essa defesa foi prescrita por meio de mecanismos culturais, sejam esses discursos políticos, econômicos, sociais, informais e/ou aqueles que estão presentes no senso comum de

determinado contexto. Esses discursos são carregados de conservadorismo, imposições de comportamentos ditos “adequados” à produtividade constante, com foco no imperativo do trabalho para a tentativa de garantir a incessante e acumulação de riqueza pelo capital.

Com o Estado mínimo, as políticas públicas são desvalorizadas e o foco recai com força numa perspectiva individual e privativa. Diante disso, com intuito de tirar a responsabilidade estatal frente aos problemas sociais, o neoliberalismo prega uma cultura de cuidado centrada na família em casos daqueles sujeitos considerados “loucos” ou que são afetados por algum tipo de adoecimento psíquico. Esse aspecto foi colocado pela (AS)¹ quando questionados os determinantes desse processo de adoecimento mental.

Por conseguinte, apreendendo a cultura como algo amplo, dependente de contextos, percepções, normas, ideologias, e com base na revisão crítica dos teóricos do primeiro capítulo, bem como nos resultados obtidos por meio das duas etapas de coleta de dados, infere-se que: modo de viver da dinâmica capitalista que provoca o surgimento da Questão Social é estabelecido conforme uma cultura político-econômica que, pautada na constante busca por lucros, explora, oprime e gera sofrimento generalizado na sociedade. **Sufrimento esse, que pode ser visto na/pelas expressões da QS e até mesmo concretizado como um de seus desdobramentos no que se refere ao próprio fenômeno do adoecimento mental.**

Isso se explica observando que o modo de vida capitalista defende a lógica da normalidade produtiva que afirma que os sujeitos ditos “normais” para esta sociabilidade são apenas aqueles que trabalham e geram lucros ao Capital por meio da extração de mais valia. A extração desse valor excedente ocorre no próprio processo de trabalho que é marcado, também, na/pela atual fase neoliberal do estágio capitalista, por aspectos geradores de sofrimento, como por exemplo: a flexibilização das relações trabalhistas, a precariedade das condições de trabalho, o desmonte das políticas públicas e mais. Consequentemente, temos que os sujeitos produtivos³³ sofrem, assim como aqueles que não produzem e vivem à margem da sociedade e como aqueles que são estigmatizados e excluídos por manifestarem alguma forma de adoecimento psíquico.

Então temos que, embora uma parcela dos indivíduos participe da dinâmica de reprodução do lucro capitalista, todos eles estão suscetíveis a desenvolver níveis de sofrimento psíquico que passem a configurar-se como parte de um processo de adoecimento mental que corrobore para a constatação de diagnósticos de depressão grave, transtornos psicóticos, de

³³ Sejam eles trabalhadores do mercado formal ou do mercado informal.

personalidade, ansiedade generalizada etc. Se esses trabalhadores podem chegar a desenvolver níveis de sofrimento psíquico que passam a configurar processos de adoecimento.

Sob outro ponto de vista intrínseco à dinâmica do MPC, temos aqueles sujeitos que não trabalham, que não geram lucros direto à acumulação capitalista e que não conseguem se adaptar aos movimentos de mercado, como exemplificado pelos indivíduos que compõe o exército industrial de reserva. Assim, a partir da lei geral de acumulação capitalista, que diz que a proporção da riqueza cresce na mesma proporção que o pauperismo, observa-se que esses indivíduos não assalariados, por consequência de não se inserem na dinâmica social, sofrem com o desenvolvimento desigual de sua totalidade. Por isso, esses sujeitos encontram desafios para garantia de sua sobrevivência em sociedade, já que tudo gira em torno de uma lógica mercantil. Desse modo, os impasses econômicos provocados pelo aumento da pobreza estão conectados às consequências sociais, políticas e culturais que provocam o surgimento das múltiplas expressões da Questão Social, como o desemprego, a violência, descriminalização de raça, de gênero, falta de moradia, violação dos direitos, dificuldade de acesso à educação ao trabalho, e à saúde (nesta pesquisa, especificando o foco na saúde mental) Diante dessas situações provocadoras de sofrimento, faz-se necessária uma intervenção estatal para a garantia de sobrevivência dessa população marginalizada, como também uma ampliação da luta e dos movimentos sociais no campo da saúde mental em defesa da garantia e da concretização da reforma psiquiátrica de base antimanicomial.

Por conseguinte, com a finalidade de defender que o processo de adoecimento mental pode ser percebido como um desdobramento da Questão Social, vemos que os determinantes sociais da saúde discutidos no tópico 1.2 do primeiro capítulo, abarcam também os mesmos fenômenos colocados como as expressões, manifestações ou desdobramentos da Questão Social. Portanto, como parte de um conjunto que se configuram pelos mesmos fatores, é possível afirmar que, assim como os determinantes sociais da saúde se relacionam e afetam com/o processo de adoecimento mental, a Questão Social e suas expressões também provocam impacto e influência nele. Ambas as variáveis intensificam a capacidade resolutiva dos casos de adoecimento mental presentes nos serviços públicos que compõem a Política Nacional de Saúde Mental. Podemos perceber melhor de acordo com os seguintes esquemas:

Ilustração 1:

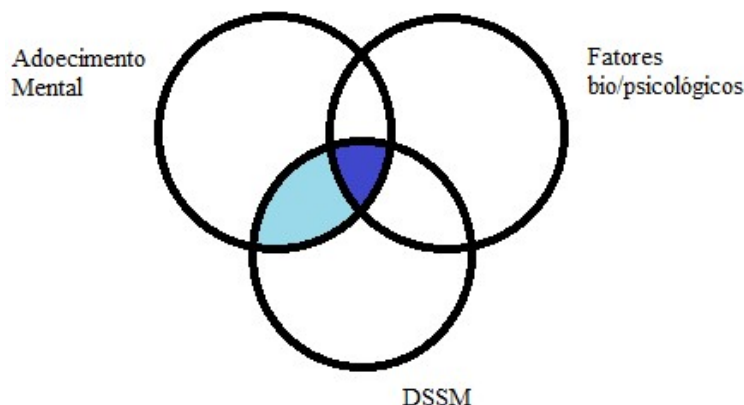
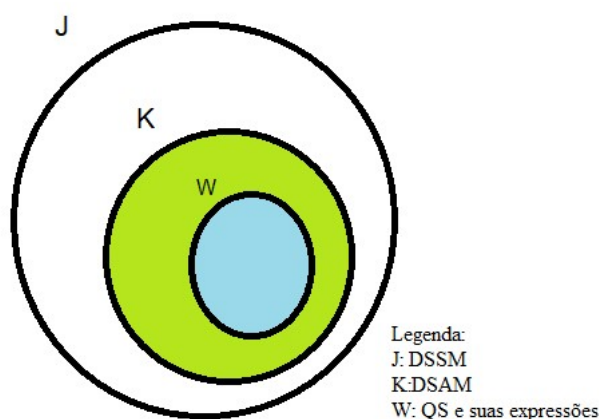


Ilustração 2:



Na ilustração 1 temos que os grupos de elementos: adoecimento mental, determinantes sociais da saúde e fatores bio/psicológicos possuem uma intersecção entre si. Isto significa que os fatores presentes nesse grupo, podem sim, ter um provável e possível determinante comum. Tal afirmação não pretende ser definitiva, cada caso deve ser observado considerando o contexto e a realidade de cada sujeito que vive algum tipo de adoecimento psíquico. Todavia, alguns fatores envolvendo esses elementos estabelecem uma conexão que permite entender o fenômeno de maneira mais ampla, a fim de buscar resoluções em diversas dimensões, não só pelo caminho da medicalização e individualização dos casos.

Assim, sabendo que os DSS afetam de modo positivo ou negativo o estado de saúde mental de um indivíduo, crer-se ser relevante destacar, nesta pesquisa, esses fatores “negativos”. Diante disso, é possível nomear elementos/fenômenos sociais que incidem de

modo prejudicial no que se refere à saúde mental de um sujeito, provocando processos de sofrimento intenso e do desenvolvimento de transtornos mentais. Esses elementos/fenômenos serão chamados aqui de determinantes sociais do adoecimento mental (DSAM). Logo, relembrando que a Questão Social resulta de um processo da dinâmica capitalista que é desigual, exploratória e que provoca sofrimento, é possível relacionar suas expressões aos determinantes sociais do adoecimento mental, que, por muitas vezes são constituídos dos mesmos elementos/fenômenos, isso pode ser exemplificado pela ilustração 2. Buscar entender as dimensões que podem afetar a saúde mental de um sujeito, de modo integral, exige olhar atentamente para a própria Questão Social.

Por conseguinte, esse movimento de apreensão da totalidade social colocado acima pode ser entendido conforme a seguintes colocações do autor de referência e pesquisador entrevistado:

“De maneira mais literal, o sofrimento não tem classe, mas o sofrimento da classe trabalhadora, expressa sua condição enquanto classe trabalhadora. Por meio dele a classe faz sofrimento, se faz sofrida. Por mais que, de novo, o sofrimento psíquico abarque não apenas a classe trabalhadora, o sofrimento dessa classe por sua vez denota o próprio caráter de desumanização dessa sociabilidade, de alienação. Portanto não atravessa apenas a classe trabalhadora, mas atravessa inclusive a classe dominante, obviamente que de maneira não similar, de maneira não indiferenciada, mas acho que começa por aí, pela própria dinâmica de vida na sociabilidade capitalista. ”

“Na realidade brasileira, o grosso dos usuários das políticas de saúde mental são, se não sua totalidade, oriundos da classe trabalhadora. Geralmente não é qualquer classe trabalhadora, é a classe trabalhadora mais pauperizada, mais precarizada. Isso não apenas se expressa em termos da qualidade de como esse sofrimento talvez se expresse, de maneira mais intensa, mais alienante. Não apenas isso, mas inclusive, como que isso é recrudescido a partir do momento que o acesso a tratamento também já é mais defasado para essa população. Então a gente tem meio que uma bola de neve, um ciclo vicioso, na qual ela se faz classe sofrendo praticamente, e na qual é tirado dela/ negado dela, ou quando é possibilitado, é também de maneira precária, o acesso ao tratamento [ao adoecimento psíquico e seus determinantes], o que piora ainda mais essa situação. ”

“O próprio momento que vivemos, de um avanço abrupto, em termos de retrocesso, e de desmonte das políticas públicas demonstra isso. Existe um processo de re-manicomialização vinculado a uma lógica de mercantilização do cuidado à saúde, especialmente reproduzido na forma dos hospitais psiquiátricos e das comunidades terapêuticas, como os novos e velhos manicômios. Toda uma indústria, um comércio da loucura tal como a gente já teve experiências nefastas e barbarizantes, e que estamos vivenciando no presente. Não por acaso eu caracterizo o período que temos vivenciado no campo das políticas de saúde mental como a contra reforma psiquiátrica, que tem que ser entendida no bojo das contra reformas, no atual estágio do desenvolvimento neoliberal. ”

(Entrevistado, Prof. Pedro, 2022)

Por fim, entender a Questão Social como um dos aspectos que tem relação direta com o processo de adoecimento mental é de extrema significação, pois, ao longo da história, percebemos que o tratamento desse fenômeno (AM) foi determinado por intervenções de caráter médico. Essas intervenções já foram cirúrgicas, hoje, no geral são de ordem medicamentosa e/ou psicológicas. Então, tomando que a QS também afeta o AM, não se pode focar apenas nos aspectos bio/psicológicos desse adoecimento psíquico. É preciso olhar além dos determinantes sociais da saúde mental. Como foi colocado pelo Prof. Pedro: “[o processo de adoecimento mental], portanto, só pode ser, não apenas entendido e analisado, mas também combatido a partir dessa análise totalizante” (Entrevistado, Prof. Pedro, 2022). Com o termo combate entende-se buscar novas formas de lutar pela garantia da reabilitação psicossocial dos sujeitos de modo a romper com o estigma, com a exclusão com a violação de direitos dos indivíduos que sofrem com qualquer tipo de adoecimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dedicar-me a estudar e entender a relação entre Questão Social e o processo de adoecimento mental expressou-se como um grande desafio, pois diante da escassez de material sobre a temática e da complexidade de dois fenômenos multideterminados, qualquer tentativa de explicação linear e abrangente se tornava insuficiente. Por isso, foi necessário delimitar alguns pontos e iniciar o debate acerca da provável relação existente entre as variáveis.

Durante a realização da pesquisa, pude tecer novos questionamentos e ampliar o desejo futuro de investigar a hipótese de que o adoecimento mental pode ser visto como um desdobramento da Questão Social. Contudo, visto que este trabalho tem caráter exploratório o objetivo geral deste estudo foi apenas o de analisar a relação existente entre Questão Social e o processo de adoecimento mental.

O objetivo específico ‘investigar de forma breve e bibliográfica a trajetória do tratamento ao adoecimento psíquico e seus determinantes sociais’ pretendeu identificar a transformação da definição do fenômeno do adoecimento mental no decorrer da história. Além disso, esforçou-se para ressaltar a permanência do pensamento biologizante e psicologizante do fenômeno do AM, que no ideário de grande parte da sociedade e até de profissionais atuantes na área de saúde mental, ainda é visto como manifestação dissociada dos aspectos sociais.

Em relação ao objetivo específico ‘discorrer acerca da compreensão da Questão Social e de suas manifestações a partir da perspectiva do Serviço Social e da bibliografia encontrada; foi alcançado mediante revisão bibliográfica específica da categoria. Por último, o objetivo específico ‘identificar a relação entre a Questão Social e o adoecimento mental a partir da percepção e análise do discurso, bem como da aplicação do questionário fechado a duas assistentes sociais que atuam na área de saúde mental e a um professor pesquisador que já trabalha essa temática a partir da perspectiva da Questão Social’ foi o que mais dialogou com a pergunta de pesquisa.

Os dados obtidos pela análise de conteúdo e pela comparação numérica das respostas obtidas durante as entrevistas e após o preenchimento do questionário têm como resultado a confirmação, **de modo não generalizável**, da hipótese de que existe uma relação entre Questão Social e o processo de adoecimento mental. Contudo, esse é apenas o início de um debate, que deve ser amplificado, difundido e aplicado a uma população maior de assistentes sociais que

atuam nos serviços de saúde mental, ou de profissionais de outras categorias, atuantes na saúde mental, que compreendam o conceito de Questão Social.

Diante disso, a relevância deste estudo se deve ao fato de ele apontar outros elementos para compreender quais são os motivos, além dos fatores biológicos e psicológicos, que podem afetar a saúde mental de um indivíduo e até mesmo de uma sociedade. Portanto, ao fim dessa pesquisa novos questionamentos surgem: Quais são os determinantes sociais da saúde mental que dialogam com o processo de adoecimento mental? Dentre eles, qual é a influência que cada um exerce? Quais são os elementos “esquecidos” e/ou “ignorados” para a compreensão do adoecimento psíquico como fenômeno multideterminado?

Diferentes caminhos podem apontar para o entendimento da relação entre Questão Social e o adoecimento mental. Por isso, conclui-se que se tratando de Serviço Social, vale dizer que a luta pela produção de conhecimento científico da categoria deve ser intensificada. No que se refere ao campo da saúde mental, é preciso que os espaços de atuação profissional sejam cada vez mais apropriados por assistentes sociais críticos, que delimitem seu objeto de trabalho, entendendo o adoecimento psíquico como fenômeno que deve, sempre, ser analisado pelas lentes da categoria a fim de que seja possível realizar, de fato, uma reabilitação psicossocial dos sujeitos que sofrem com os mais variados tipos de transtornos mentais. Dessa forma, reitero o que foi colocado por Iamamoto (1998) em Bisneto (2009):

No avanço de um projeto profissional contra hegemônico, o Serviço Social precisa fazer a análise das organizações institucionais de assistência psiquiátrica e ter uma concepção “de saúde mental” [no caso, dos determinantes do processo do adoecimento mental] para poder ser um profissional propositor de alternativas e não só executor. (IAMAMOTO,1998. apud BISNETO 2009, p.190)

Tal análise, entretanto, não deve se limitar apenas aos espaços institucionais de assistência psiquiátrica, sejam eles públicos ou privados. É preciso circunscrever o fenômeno do adoecimento mental trazendo concretude para sua compreensão enquanto produção humana situada em uma sociabilidade pautada no modo de produção capitalista, que, por natureza, já produz sofrimento o suficiente no processo de desenvolvimento desigual e combinado dessa dinâmica exploratória. Por fim, que esta pesquisa impulse os movimentos sociais e a própria luta política em defesa de uma atenção psicossocial antimanicomial, para que floresçam não só novas discussões, mas para que sejam conquistados ganhos no cenário coletivo.

Bibliografia:

ALVES; RODRIGUES. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 28(2), p.127-131, 2010.

AMARANTE. P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
Disponível em: <https://taymarillack.files.wordpress.com/2017/09/212474750-amarante-p-saude-mental-e-atencao-psicossocial.pdf>

_____. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): SNE/ENDP; 1995.

BARATA, Rita Barradas. Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BOSI, M.L; MELO, A.K; CARVALHO, L.B; XIMENES, V.M; GODOY, M.G. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL D.S.S. 2014; 126-135

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

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

BUSS, P.M; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008) in Ciência & Saúde Coletiva, 14(6):2305-2316, 2009.

CARVALHO & PIZA. A história da loucura numa perspectiva marxista: Dialektiké, v. 1, 2016. p. 18-35

DESCARTES, René. Discurso do método / As paixões da Alma / Meditações. Trad. Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 1999. a. p. 33-100. (Coleção Os Pensadores).

_____. Meditações Metafísicas. In: DESCARTES, René. Discurso do método / As paixões da Alma / Meditações. Trad. Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 1999b. p. 247-334. (Coleção Os Pensadores).

FALEIROS, Vicente de Paula, 1941. A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais- 12. ed.- São Paulo: Cortez: 2009.

FOUCAULT, M. A história da loucura. 5. ed. São Paulo (SP): Perspectiva; 1972.

FRAYZE-PEREIRA, João. O que é loucura. São Paulo: abril Cultural/Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos vol. 18)

FREIRE, Lúcia, M.B. O serviço social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional - 2 eds.- São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marxismo e Serviço Social: uma aproximação. In Revista Libertas, Juiz de Fora, v.18, n.2, P. 204-226, ago. a dez. / 2018

_____, M. V. & CARVALHO, R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil Ed.41 Cortez, SP, 1983.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Revista Katálysis, vol.10. Florianópolis, 2007. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR/?lang=pt> Acesso em: 28/12/2021.

MACHADO, Roberto. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: 1982. Disponível em:
<https://lelivros.love/book/baixar-livro-foucault-a-ciencia-e-o-saber-roberto-machado-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/>

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: Identidade e Alienação. 16 ed. São Paulo, Cortez, 2011.

MARX, Karl. Contribuições à Crítica da Economia Política. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____. O crescimento da loucura na Grã-Bretanha; New York Daily Tribune; 1858. Tradução de Pedro Henrique Antunes da Costa; Disponível em:
<https://www.marxists.org/archive/marx/works/1858/08/20.htm>

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Revista Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.3 Rio de Janeiro mar. 2012

_____ Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017

NETTO, J.P. Cinco Notas a propósito da “Questão Social”. Temporalis, Brasília, n. 3. 2001. Disponível em:

http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf

_____ Marcelo Braz. Economia Política: uma introdução crítica- São Paulo: Cortez, 2006 - Biblioteca básica de serviço social; v.1

OLIVEIRA, Gleidimar Alves de. A tradição marxista e o problema da reificação: um exame crítico. / Gleidimar Alves de Oliveira. - João Pessoa, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Relatório mundial da saúde. 2001

Pessotti, I. (1994). Conceito de loucura na Antigüidade. In I. Pessotti. A loucura e as épocas (pp. 13-120). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.

Pimentel e Silva, Christiane. O método em Marx: a determinação ontológica da realidade social, Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 134, p. 34-51, jan. /abr. 2019
<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/dQkqhY3WDkMNX3N44JCKf/?format=pdf&lang=pt>

Phinel, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania. Tradução: Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. 272p. ISBN 978-85-7025-948-6

SANTOS, J. S. "Questão Social": particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, v. 6, 2012.

SAÚDE MENTAL, I. C. N. de T. em. Manifesto de Bauru (1987). **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/19775>. Acesso em: 13 set. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Perguntas da Entrevista para assistentes sociais:

Instrumento de Coleta de Dados

Estrutura do Questionário

Bloco 1. Do Perfil dos entrevistados

Título de formação do/a entrevistado/a:

Tempo de trabalho na área da Saúde Mental:

Bloco 2. Da Questão Social

1. Na sua opinião, enquanto profissional, o que você entende como Questão Social?
2. Quais são seus determinantes?
3. Qual o impacto causado pela Questão Social na vida dos usuários das políticas públicas de Saúde Mental?

Bloco 3. Da relação entre a Questão Social e a produção do sofrimento psíquico

1. Considerando a múltipla caracterização da saúde mental, para além de sua dimensão biológica e psicológica, para você, o sofrimento mental pode ser compreendido como uma manifestação ou expressão da questão social?
2. Que tipo de sofrimento mental você identifica e como você intervém nisso?

APÊNCICE A'

Roteiro de Perguntas da Entrevista com o Prof Dr. Pedro Henrique A:

Instrumento de Coleta de Dados

Estrutura do Questionário

Bloco 1. Especulação sobre a formação do entrevistado

Título de formação do entrevistado:

Quais são as linhas de pesquisa que você atua?

Você já teve alguma experiência de trabalho na área de Saúde Mental?

Bloco 2. Bloco Introdutório

1. Com base em seus estudos, quais são as causas do processo de adoecimento/sofrimento mental?

Bloco 3. Da Questão Social

1. Na sua opinião, enquanto pesquisador, o que você entende como Questão Social?
2. Quais são os determinantes da Questão Social?
3. A partir dos seus estudos, qual o impacto causado pela Questão Social na vida dos usuários das políticas públicas de Saúde Mental?

Bloco 4. Da relação entre a Questão Social e a produção do sofrimento psíquico

1. Considerando a múltipla caracterização da saúde mental, para além de sua dimensão biológica e psicológica, para você, o sofrimento mental pode ser compreendido como uma manifestação ou expressão da questão social? Por que?

Bloco 5. Finalização da Entrevista

1. Você tem alguma sugestão ou recomendação para fechar essa entrevista? Seja do meu questionário ou de forma geral.

APÊNDICE B

Questionário fechado aplicado aos participantes com auxílio do Google Forms:

Pesquisa: Relação entre Questão Social e Adoecimento Mental.

- 1- No seu cotidiano de trabalho, com que frequência você encaminha usuários para atendimento psiquiátrico em função de algum processo de adoecimento/ sofrimento mental?
Alternativas:
Ramamente/As vezes/ Muitas vezes/ Sempre/ Não se aplica

- 2- Na sua opinião, qual das alternativas abaixo contém o conjunto de fatores mais relevantes para desencadear o processo de adoecimento mental?
Alternativas:
A- Aspectos bio/psicológicos; situação de pobreza; questão socioeconômica;
B- Aspectos bio/ psicológicos, culturais; Questão Social e suas expressões;
C- Aspectos culturais; questão socioeconômica; trabalho;
D- Situação de pobreza; trabalho; Questão Social e suas expressões;
E- Aspectos bio/psicológicos; Questão Social e suas expressões; trabalho

- 3- Quais dos tipos de sofrimento psíquico listados abaixo você mais identifica/intervém em sua práxis profissional?
Alternativas:
A- Transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade; transtornos psicóticos
B- Transtornos de personalidade; transtornos psicóticos; transtornos de ansiedade; transtornos depressivos, tentativa de autoextermínio;
C- Transtornos depressivos; transtornos de ansiedade; transtornos de personalidade; transtornos psicóticos
D- Todas as opções acima;

- 4- Marque a alternativa que mais se assemelha com a sua concepção de Questão Social (QS).
Alternativas:
A- QS é o reflexo da dinâmica social;
B- A QS é resultado das contradições existentes na sociabilidade capitalista;
C- A QS não existe;
D- A QS é uma e resultado das contradições existentes na sociabilidade capitalista e pode ser identificada a partir de suas diversas expressões e manifestações;
E- As Questões Sociais são reflexos dinâmica social;

- 5- Assinale abaixo a alternativa que você acredita conter o conjunto dos determinantes da Questão Social:
Alternativas:
A- Contexto social, cultura patriarcal e o processo de apropriação privada dos meios de produção que engendra uma contradição entre capitalx trabalho

- B- Levantes ideológicos, contexto social, cultura patriarcal e o processo de apropriação privada dos meios de produção que engendra uma contradição entre capital x trabalho;
 - C- Processo de de apropriação privada dos meios de produção que engendra uma contradição entre capitalx trabalho; centralização e concentração de riqueza; distribuição desigual do que é socialmente produzido;
 - D- Contexto social, distribuição desigual do que é socialmente produzido; levantes ideológicos
 - E- Não existe Questão Social;
- 6- De zero (0) a cinco (5), quanto você acredita que a Questão Social impacta negativamente a vida dos usuários das políticas públicas de Saúde Mental?
Alternativas:
Escolher um número entre 0 e 5
- 7- Para você, o *adoecimento mental (de forma não generalizada)* pode ser compreendido como uma manifestação/expressão ou desdobramento da Questão Social?
Alternativas:
A- Sim;
B- Sim, mas não podemos reduzi-lo a ela;
C- Não;
D- Não, o adoecimento mental é puramente provocado por questões biológicas e psicológicas;

APÊNDICE C

Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento

Você está sendo convidado/a participar da pesquisa “**CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL À COMPREENSÃO DA RELAÇÃO ENTRE QUESTÃO SOCIAL E ADOECIMENTO MENTAL**”, de responsabilidade da estudante de graduação Rayna Mendes Sancio do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília. Tem como natureza ser o Trabalho de Conclusão de Curso da pesquisadora. O estudo é orientado pela professora Karen Santana de Almeida Vieira do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre a Questão Social e o processo de produção do sofrimento mental na sociedade capitalista. Além disso, o projeto tem como intenção gerar uma reflexão sobre a necessidade de se pensar uma sociabilidade que invista na saúde mental dos indivíduos que a compõem, considerando a totalidade de sua existência. Assim, gostaríamos de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo (a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, e filmagem, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de abordagem qualitativa, pautada no uso da entrevista semi-estruturada, sem tempo de duração pré-estabelecido.

Durante a pesquisa, você será entrevistado e irá responder a um questionário. As atividades serão gravadas em áudio e vídeo. Por se tratar de uma pesquisa de análise qualitativa, acredita-se que a participação não oferecerá riscos significativos à segurança física e/ou psicossocial. Além disso, garanto a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se necessitar de esclarecimentos adicionais, você pode contatar a responsável pela pesquisa pelo e-mail raynasancio@gmail.com ou pelo telefone 61 99977-3202. E também pelo contato da orientadora Karen Santana de Almeida Vieira pelo e-mail karenunb@unb.br. Os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de e-mail, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.