

Canoas, n. 58, 2025.



<https://doi.org/10.18316/dilogo.v1i58.12324>

Diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica e seus efeitos psicossociais

Daniel Dall'Igna Ecker¹

Lucas Prudencio²

Resumo: Objetiva refletir sobre os efeitos psicossociais dos diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica. Abordagem qualitativa, com dados de Diário de Campo sobre os casos clínicos acompanhados em dois Centros de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, pela equipe de Psicologia NASF-AB. Através dos registros, foram propostos três núcleos de sentido para a análise: 1) *Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como identidade ou característica pessoal; 2) *Fui agredido/a, Irei agredir* – Diagnósticos como validação de violências; 3) *Eu necessito, Você tem direito* – Diagnósticos como garantia de direitos.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Saúde Mental; Atenção Básica; Diagnóstico; Sistema Único de Saúde.

Diagnosis of mental disorders in Primary Care and their psychosocial effects

Abstract: It aims to reflect on the psychosocial effects of diagnoses of mental disorders in Primary Care. Qualitative approach, with data from the Field Diary on clinical cases followed up in two Health Centers in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, by the NASF-AB Psychology team. Through the records, three cores of meaning were proposed for the analysis: 1) *I am, I have* – Diagnoses such as identity or personal characteristic; 2) *I was attacked, I will attack* – Diagnoses as validation of violence; 3) *I need, You have the right* – Diagnostics as a guarantee of rights.

Keywords: Mental Disorders; Mental Health; Primary Health Care; Diagnosis; Unified Health System.

¹ Psicólogo no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago na Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da UFSC - Alta Complexidade. Mestre e Doutor em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. E-mail: daniel.ecker@ebserh.gov.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5522-2231>

² Psicólogo no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago na Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da UFSC - Alta Complexidade. Psicólogo pela UFSC. E-mail: l-prudencio@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2497-9175>

1 Introdução

A noção de ‘diagnóstico’ está presente nas diferentes diretrizes de saúde pública no Brasil. Na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), o conceito de ‘diagnóstico’ se refere, não apenas a diagnósticos sobre o corpo do sujeito de forma mais individual e psicopatológica, mas também a “diagnósticos de recursos no território” (p. 12), “diagnóstico situacional” (p. 56) e ao “diagnóstico da situação familiar” (p.76), os quais possibilitam desenvolver uma atenção integral à saúde e um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essas concepções de diagnóstico consideram a pessoa, sua autonomia, a família, seus direitos, e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades e dos territórios em que as pessoas vivem sob uma perspectiva da saúde integral e biopsicossocial (Ministério da Saúde, 2013; Ecker, 2021).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde está organizada em três níveis de acordo com as necessidades em cada situação: atenção básica ou primária, secundária ou especializada e terciária ou hospitalar. A Atenção Básica corresponde à porta de entrada preferencial do SUS, caracterizada como responsável por coordenar o cuidado em saúde e por promover “um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o *diagnóstico*, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (Ministério da Saúde, 2013, p. 19, *itálico nosso*).

No que refere à especificidade da Saúde Mental, percebe-se como hegemônica a noção de ‘diagnóstico’ diretamente atrelada às classificações de transtornos mentais presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (Martinhago & Caponi, 2019). Conforme as autoras, nos últimos anos, houve uma proliferação de diagnósticos de transtornos mentais e estes têm tomado proporção devastadora sobre a população mundial na classificação dos sofrimentos psíquicos (Martinhago & Caponi, 2019).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2008), dentre as atribuições dos profissionais da Psicologia no Brasil está a prática do ‘diagnóstico’, que pode ser realizado “através de diferentes abordagens teóricas” (p. 1). Deste modo, no processo de ‘diagnosticar’ o sofrimento psíquico, não há um consenso entre profissionais das diferentes correntes teóricas de que o uso da classificação da CID e do DSM é algo funcional, ético, desejável ou teoricamente válido. Conforme Busnello et al. (1999), nem mesmo na própria Psiquiatria a determinação de diagnósticos psiquiátricos apresenta consenso, sendo constatado que

diferentes psiquiatras, num mesmo país e em diferentes países, discordam dessa classificação sobre o adoecimento psíquico humano.

Para Martinhago & Caponi (2019), a questionabilidade da confiança das categoriais diagnósticas se intensifica ao situar que grande parte das pesquisas e práticas profissionais que defendem a lógica do DSM são convenientes, uma vez que o uso dos diagnósticos gera benefícios a diversos setores, como seguros de saúde e a indústria farmacêutica. Dentre as principais críticas a CID e ao DSM, ressalta-se o fato de transformarem o sofrimento psíquico em “patologias de cunho genético e cerebral.” (p. 11). Nas abordagens críticas, as classificações psiquiátricas também são responsabilizadas por executarem práticas de medicalização das existências (Resende, Pontes & Calazans, 2015), controle dos corpos, dispositivo de segurança (Caponi, 2014), psicopatologização das vidas contemporâneas (Bocchi, 2018), patologização das normalidades (Ceccarelli, 2010), patologização e medicalização de condições próprias dos humanos (Ribeiro et al., 2020) e a psiquiatrização dos problemas sociais (Leone, 2000).

No contexto do atendimento em Saúde Mental do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, o uso dos diagnósticos de transtornos mentais aparece como subsídio técnico em diferentes Protocolos de Atenção em Saúde Mental³ que orientam as práticas da Rede de Atenção Psicossocial local, incluindo a assistência e o cuidado na Atenção Básica - AB (Prefeitura Municipal de Florianópolis - PMF, 2010). Esse contexto possibilita inferir que o uso de diagnósticos de transtornos mentais é um dos fundamentos na compreensão dos sujeitos, na construção de seus tratamentos e dos recursos terapêuticos nos serviços públicos de saúde do município. Neste sentido, se propôs este estudo, formato Relato de Experiência, com o objetivo refletir, através da prática de Psicólogo Clínico residente⁴ em dois Centros de Saúde de Florianópolis, sobre o uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica e seus possíveis efeitos psicossociais na clínica em Saúde Mental.

³ Na Prefeitura Municipal de Florianópolis diversos protocolos estão disponíveis na ferramenta *Gestão da Clínica* que subsidiam as atuações em Saúde Mental do ambulatório de psiquiatria, psicologia, neurologia, neuropediatria, psicologia na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (adulto, álcool e outras drogas, infantil), dentre outros. Existem também documentos sobre o fluxo de atendimento e critérios de diagnósticos formulados pelos/as profissionais da Psicologia de diferentes níveis de atenção em saúde que definem seus processos de trabalho.

⁴ Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), Escola de Saúde Pública (ESP) de Florianópolis, pela Secretaria Municipal de Saúde. Equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

2 Os usos de Diagnósticos de Transtornos Mentais no campo da Saúde Mental

A discussão sobre a complexidade que envolve as práticas que se utilizam dos diagnósticos de transtornos mentais esteve presente na criação dos modelos assistenciais do SUS da Atenção Psicossocial, considerando que o processo de implementação da atenção em Saúde Mental, no Brasil, preocupava-se em superar efeitos negativos de um “modelo assistencial então denominado hospitalocêntrico e predominantemente baseado no modelo médico psiquiátrico, considerado caro, ineficaz, iatrogênico e violador dos direitos humanos fundamentais” (Conselho Nacional de Saúde - CNS, 2022, 1º parágrafo). Ao questionar os modelos de cuidado e de assistência, predominantes em Saúde Mental nos anos 1980, o tema da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2002 "Cuidar sim, Excluir não" expressa uma das éticas da Reforma Psiquiátrica preocupada em produzir efeitos de qualidade no acesso, cuidado e assistência, baseado na humanização, na garantia de direitos e no controle social. Essa perspectiva compreende a importância de um Sistema Único de Saúde funcionando em organicidade na Saúde Mental: “público, democrático, de amplo acesso, eficaz, cidadão e com controle social” (CNS, n.d., 1º parágrafo).

No campo do cuidado e da assistência em Psicologia, múltiplas teorias foram desenvolvidas na esfera da produção de saúde, sendo o diagnóstico um termo amplo que não remete necessariamente à Psiquiatria, como é o caso da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 02/01, Anexo 1, no capítulo VI, que discorre sobre a atuação do psicólogo(a) especialista em Psicologia Clínica e afirma que o mesmo:

[...] atua na área específica da saúde, em diferentes contextos, através de intervenções que visam reduzir o sofrimento [...] em uma variada gama de dispositivos clínicos [...] tanto em perspectiva preventiva, como de *diagnóstico* ou curativa [...] utilizando, para tal, procedimentos de *diagnóstico* psicológico tais como: entrevista, utilização de técnicas de avaliação psicológica e outros (Resolução CFP nº 02/01, p. 12, itálico nosso).

Na especificidade da prática psicológica, que envolve os diagnósticos psiquiátricos da CID e do DSM, Guareschi, Lara & Ecker (2016) demonstram a relação entre questões econômicas, a formulação de Projetos Terapêuticos Singulares e os efeitos da psiquiatrização dos problemas sociais que ocorre nos serviços públicos. Ao analisar o uso de diagnósticos em 107 internações de Saúde Mental, as autoras identificam que essa prática opera como uma medida estratégica para governar sujeitos que advêm de situações de rua, abandono, pobreza e marginalização. Os diagnósticos de transtornos mentais, obrigatório para que a pessoa tenha acesso ao serviço público de Saúde Mental, marca no real o que não existia a priori como uma categoria de classificação e, através do processo de internação, passa a produzir efeitos na vida

das pessoas pós internação: inserindo-as em um circuito repetitivo e estereotipado de serviços em Saúde Mental, medicalizando sua existência, restringindo possibilidades de vida (Guareschi, Lara, & Ecker, 2016).

Vilhena & Rosa (2012) consideram o conceito de transtorno mental não como algo que representa a realidade, mas um modo de lidar com a realidade e situam “o caráter circunstancial, convencional e político dos critérios diagnósticos em saúde mental” (p. 27). Nesse argumento, relacionam as bases argumentativas que fundamentam essa forma de conceber questões psiquiátricas e psicológicas, através de diagnósticos da CID e DSM, como classificações semelhantes as utilizadas pela Botânica “na qual eram separadas as plantas de acordo com características observáveis” (p. 27). Essa forma de conceber a Psiquiatria e a Psicologia, como extensão da Biologia, tornaria o cuidado e a assistência em Saúde Mental passível a efeitos de generalização, deslocalizando aquilo que há de singular no sofrimento de cada pessoa, seu contexto e complexidade de vida (Vilhena & Rosa, 2012).

Deste modo, nas práticas das políticas públicas, em diferentes áreas profissionais e na Psicologia, há de se considerar os efeitos que o uso de diagnósticos de transtornos mentais pode produzir no cuidado e na assistência em Saúde Mental, tanto do ponto de vista da prática profissional preocupada com a ética e eficácia da sua intervenção, quanto os efeitos na subjetividade dos sujeitos, seus processos de vida e resolução ou amenização de seu sofrimento psíquico e na produção de saúde. Nessa problemática, propõe-se o presente estudo, no intuito de trazer para discussão o contexto do cuidado e da assistência em Saúde Mental na Atenção Básica, pela experiência prática da Psicologia em um NASF-AB.

3 Metodologia

O presente estudo tem como objetivo refletir sobre os efeitos psicossociais do uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica, tanto na vida de usuários e usuárias do SUS quanto na prática de profissionais da saúde. Por esse percurso, visa problematizar a clínica do cuidado e da assistência em Saúde Mental nas políticas públicas. Fundamentado na abordagem qualitativa (Minayo, 2007), articulado a autoras e autores que teorizam sobre o tema, utiliza-se do formato Relato de Experiência, de caráter narrativo e reflexivo, envolvendo as vivências de um dos autores como Psicólogo Clínico na equipe de Psicologia NASF-AB, do município de Florianópolis, pelo vínculo com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do município.

Os dados analisados foram registrados em Diário de Campo (Falkembach, 1987) com relatos dos casos clínicos acompanhados pelo residente em dois Centros de Saúde (CS) –

definição dada as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Florianópolis. O vínculo com o primeiro CS ocorreu de março de 2020 com término em fevereiro de 2022, totalizando 2 anos. O vínculo com o segundo CS iniciou em outubro de 2020 com término em fevereiro de 2022 (modalidade teleatendimento nos últimos 11 meses), totalizando 1 ano e 5 meses de prática. Contabilizando os atendimentos dos dois CS, na Relação de Atendimentos⁵ do residente nos dois anos de vínculo, houve o registro de 1119 (mil cento e dezenove) consultas realizadas, incluindo a modalidade individual, familiar, visita domiciliar, atividade em grupo e/ou coletivas e atendimentos para profissionais da saúde.

Para organização e análise dos dados da pesquisa foi utilizado o método de Análise de Núcleos de Sentido (ANS), técnica adaptada por Mendes (2007) a partir da análise de conteúdo categorial desenvolvida por Laurence Bardin em 1977. Essa ferramenta de análise de dados consiste na divisão do texto proveniente de uma comunicação oral, escrita ou experiencial, em núcleos de sentido formados por meio do reconhecimento dos temas psicológicos mais relevantes do discurso, com a finalidade de integrar o conteúdo manifesto e latente do texto. Para cada núcleo é atribuído um título que pode ser um trecho da fala, escrita de um sujeito ou conteúdo do registro sobre a experiência, como breve categorização e, em seguida, são apresentadas as anotações que se encaixam no conteúdo de específico núcleo.

A proposta de pensar núcleos de sentido a partir da noção de efeitos “não é considerada como estabelecimento de causa e consequência, mas, sim, de relação. Relação como ligação, conexão, vinculação ou certa dependência que determinado fator ou elemento da cena clínica possa ter com” (Ecker, 2020, p. 114) a atribuição de diagnósticos de transtornos mentais e o modo como as pessoas se constituem subjetivamente, produzindo e conduzindo a si, no mundo, enquanto seres subjetivos. Essa abordagem metodológica tem inspiração nas epistemologias pós-estruturalistas relacionadas às discussões de Michel Foucault (Foucault, 2005), que compreende o conhecimento científico como uma fabricação humana, localizada histórica e culturalmente, envolvendo disputas políticas e sociais. Desse modo, o saber construído não pretende representar essências ou verdades totalizantes do objeto de análise, mas, sim, operar enquanto exercício crítico e analítico para a produção de pensamentos sobre o que se entende por realidade em uma determinada época sócio-histórica (Hüning & Scisleski, 2018).

Por fim, ao se tratar de um Relato de Experiência, no momento da análise da vivência os eventos estavam consumados, não sendo previsto na pesquisa experimentos com os objetos do estudo. Desse modo, não foram utilizados quaisquer dados de usuários, usuárias e

⁵ Registrados pelo sistema *CELK* que organiza os prontuários do SUS no município.

profissionais (nome, codinome, iniciais, informações postais, números de telefone, endereços eletrônicos, fotografias, figuras, características morfológicas, entre outros) que pudessem identificar os mesmos e quebrar a confidencialidade. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelos responsáveis legais dos Centros de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF/ESP), assim como submetida na Plataforma Brasil (PB) e no sistema CEP/Conep da UDESC, sob Número do Parecer: 4.812.707.

4 Resultados e discussões

Através dos registros realizados em Diário de Campo foram propostos três núcleos de sentido para análise dos dados, pensando nos possíveis efeitos psicossociais do uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica e o modo como as pessoas se constituem subjetivamente: 1) *Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como identidade ou característica pessoal; 2) *Fui agredido/a, Irei agredir* – Diagnósticos como validação de violências; 3) *Eu necessito, Você tem direito* – Diagnósticos como garantia de direitos.

4.1 *Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como Identidade ou Característica Pessoal

Neste núcleo de sentidos estão aqueles discursos em que a pessoa define aspectos de sua identidade – personalidade, característica pessoal ou comportamento – a partir do uso de diagnósticos psiquiátricos. Essa atribuição de diagnósticos também pode ser efetuada pela pessoa atendida quando ela fala de outra pessoa no atendimento (amigo(a), familiar, colega de trabalho, namorado(a), esposo(a), dentre outros(as)) descrevendo suas ações, em uma tentativa de justificar ou definir identidades – personalidade, característica pessoal ou comportamento – do/a mesmo/a. A busca do atendimento em saúde na Atenção Básica, justificada pelo diagnóstico em um sentido identitário, também acontece no caso de crianças e adolescentes que, de forma geral, vêm acompanhados de adultos ou de seus representantes legais os quais dizem *Ele/a é, Ele/a tem* (Transtornos da Conduta, Transtorno do Espectro Autista, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Alimentares, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, depressão, ansiedade, deficiências intelectuais, entre outros).

Neste núcleo, também se incluem os discursos dos/as profissionais de saúde que falam do paciente/usuário/a a partir do diagnóstico - *Ele/a tem, Ele/a é* - para justificar o encaminhamento para a Psicologia ou solicitar atendimento psicológico. Cabe salientar, que o diagnóstico no sentido identitário *Ele/a tem, Ele/a é* também é usado por profissionais para nomear e qualificar/quantificar a gravidade de um caso. Destaca-se que grande parte dos encaminhamentos para a Psicologia NASF-AB impressos em papel, enviados por e-mail ou

WhatsApp, contém em seu conteúdo algum diagnóstico remetendo ao *Ser* ou *Ter/Estar* do diagnóstico 'no/a' paciente[1].

Eu sou, Ele/a é, Eu tenho, Ele/a tem (transtorno bipolar, depressivo, ansioso, esquizofrênico, psicótico, etc.), definindo diagnósticos como identidades, emerge nos discursos dos atendimentos individuais, familiares, visitas domiciliares e demais consultas na AB de múltiplas formas, dentre as quais nomeiam-se algumas: 1) falar do diagnóstico em uma tentativa de buscar no profissional psicólogo/a a legitimação de que aquele diagnóstico seria 'real' ou 'verdadeiro'; 2) falar do diagnóstico como forma de questionar essa atribuição por algum profissional de saúde e/ou por pessoas de seus relacionamentos interpessoais; 3) falar do diagnóstico como forma de buscar entender melhor sobre o tema e se conhecer através dos sinais e sintomas descritos por aquele diagnóstico; 4) falar do diagnóstico como forma de atribuir uma doença a si ou a alguém (doença tanto no sentido pejorativo, de desqualificar e/ou inferiorizar, quando no sentido positivo, de estar preocupado com a própria saúde ou a de alguém); 5) falar do diagnóstico como forma de desacreditar no tratamento de determinada pessoa (*Ela/e é, portanto, não mudará, já que é uma característica pessoal*); e 6) falar do diagnóstico acreditando haver um manejo específico para ele (*Ela/e é esse diagnóstico, portanto precisa daquele tratamento que foi feito para pessoas como ela/e*).

Este último aspecto remete à ideia de Vilhena & Rosa (2012), quando a autora e o autor falam dos efeitos de generalização que os diagnósticos de transtornos mentais podem causar, deslocalizando aquilo que há de singular no sofrimento de cada pessoa – desingulariza, homogeneiza as histórias de vida e a solução dos sofrimentos, as complexidades de cada vida e uniformiza a multiplicidade de contextos sociais das pessoas e seus adoecimentos. Ao mesmo tempo, como no exemplo 3, os registros da pesquisa fazem pensar sobre como a 'lista' de sinais e sintomas[2] descritos nos manuais diagnósticos CID e DSM podem operar como 'dicionários' do sofrimento psíquico, funcionando como guia de palavras que nomeiam sensações e sentimentos, produzindo sentidos sobre *Ser* e *Estar* que antes não tinham contornos linguísticos e/ou existência concreta pela fala[3].

As experiências nas consultas como Psicólogo Clínico no NASF da Atenção Básica permitem inferir também que a descrição dos sinais e sintomas relacionados aos diagnósticos de transtornos mentais se oferecem como uma forma categórica (Ceccarelli, 2010), instantânea e acessível, tanto para a pessoa atendida quanto para o/a profissional que atende, de nomear sensações, emoções e expressões corporais. Entretanto, essa função que o diagnóstico ocupa no cotidiano do serviço e das práticas profissionais não representa a totalidade de perspectivas teórico-científicas que os/as profissionais utilizam para interpretar o sofrimento psíquico. Ao

mesmo tempo, como efeito da prescrição de diagnósticos de transtornos mentais para nomear e estabelecer critérios de interpretação da realidade e dos adoecimentos, formulando critérios de risco e de prioridade para atendimento, se tem uma certa imposição de uma ‘linguagem universal’ que, de forma geral, são validados na AB em última instância por profissionais da Medicina (de Família e Comunidade - MFC, Psiquiatria e outras especialidades) que autenticam os transtornos através de sua avaliação publicada em documentos impressos, atestados médicos, ou em sistemas de informação, como o sistema de prontuários da Prefeitura.

Nesse contexto pode-se pensar sobre os aspectos convencionais e políticos dos diagnósticos de transtornos mentais (Vilhena & Rosa, 2012, p. 27) para legitimar a prática de determinadas categorias profissionais em Saúde Mental, assim como sua relação com diversos setores, como com os do seguros de saúde e da indústria farmacêutica (Martinhago & Caponi, 2019), assim como os serviços públicos de saúde, comunidades terapêuticas, hospitais, ambulatorios, clínicas e demais profissionais da rede pública e privada (Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Medicina/Psiquiatria, Fisioterapia, Nutrição, Educação Física, Odontologia, etc.) que se utilizam dos diagnósticos de transtornos mentais como recurso discursivo em suas práticas[4]. Aqui se incluem a vasta cartela de serviços especializados que abrem com a promessa e publicidade de atenderem demandas relacionadas aos diagnósticos psiquiátricos como, por exemplo, clínicas para crianças autistas, atividades físicas para pacientes com fibromialgia, tratamentos multiprofissionais, dentre outros. Nesse raciocínio torna-se útil e estratégico os discursos sobre os diagnósticos como algo identitário, *Eles/as são, Eles/as têm*, que permitem facilitar compreender/autenticar esses serviços como essenciais ou necessários a uma ‘condição identitária/orgânica’.

4.2 *Fui agredido/a, Irei agredir* – Diagnósticos como Validação de Violências

Neste núcleo de sentidos se incluem duas ideias, que não estão diretamente relacionadas, mas remetem ao mesmo tema da violência. A primeira está baseada no uso dos diagnósticos psiquiátricos como categorias possíveis de nomear efeitos da violência nos corpos de quem as sofreu. Seja no caso de violência física, psicológica, sexual, verbal, econômica, patrimonial, moral, dentre outras, os termos dos diagnósticos que descrevem sinais e sintomas (ansiedade, tristeza, dificuldade de concentração, delírio, alucinação etc.) aparecem nos discursos das pessoas atendidas pela Psicologia NASF-AB, assim como no discurso dos/as profissionais de saúde, como instrumento de linguagem para validar violências. *Fui Agredido/a* e, por isso, desenvolvi; *Você* desenvolveu (ansiedade, depressão, delírios, estresse, traumas, etc.). Destaca-se que essa validação das violências através das nomenclaturas diagnósticas ocorre tanto de

forma oral nas consultas e encaminhamentos, quanto na emissão de documentos escritos (prontuários, laudos, atestados, relatórios, encaminhamentos, e-mails, dentre outros), fazendo-se presentes na articulação com serviços da rede especializada para situações de violência (Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - CREMV, abrigos, casas de passagem, delegacias, Defensoria Pública, etc.).

Nesse contexto, os diagnósticos de transtornos mentais operam efeitos ambíguos na Atenção Básica: por um lado, podem ser compreendidos como medidas estratégicas para governar sujeitos vulneráveis, psiquiatrizando os problemas sociais, medicalizando existências e restringindo possibilidades de vida (Guareschi, Lara, & Ecker, 2016), mas também se oferecem como recurso discursivo para a proteção social, nomeando os efeitos das violências nos corpos, sendo um dos operadores para garantir direitos protetivos a pessoas que sofreram agressões e que não possuem recursos biopsicossociais para sua auto proteção.

No momento em que os diagnósticos de transtornos mentais agilizam atendimentos na AB – definindo gravidades de um adoecimento psicológico – a ‘linguagem universal’ imposta pelos diagnósticos produz efeitos de expansão, sendo exigida pelos serviços especializados na temática das violências. Os códigos da CID e do DSM criam e codificam violências e, na Atenção Básica, é frequente que as pessoas busquem atendimento na Equipe de Saúde da Família (ESF) associando o adoecimento às situações de violência, vulnerabilidade social, conflitos familiares, condições precárias de trabalho, entre outros aspectos. Na expansão dessa temática é possível encontrar materiais como, por exemplo, o das *Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho* (Santos *et al.*, 2018) que abordam o tema dos diagnósticos para definir parâmetros de adoecimento relacionado ao trabalho.

Poder-se-ia ampliar essa discussão, dos efeitos do uso dos diagnósticos como forma de nomear violências, no caso de denúncias realizadas na AB (pela ESF, equipes multiprofissionais, pelos serviços intersetoriais, etc.) de violências contra outros grupos considerados vulneráveis: crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas em restrição de liberdade, população LGBTQIA+, população em situação de rua, discriminação étnica ou racial, dentre outras populações identificadas como vulneráveis no campo dos Direitos Humanos (Brasil, 2021). Essas situações explicitam o estado ambíguo e contraditório, estrategicamente planejado ou não, dos diagnósticos de transtornos mentais na atualidade, a partir do núcleo de sentido aqui proposto.

A segunda ideia sustentada dentro deste núcleo propõe analisar o diagnóstico como validação de violências no sentido *Irei agredir*, presente nos discursos de usuários e usuárias

do SUS que foram acompanhados pela Psicologia NASF-AB e se autodenominam (ou foram denominados por profissionais de saúde ou por pessoas de suas relações interpessoais) de ‘portadores’ de diagnósticos (Transtorno Afetivo Bipolar, Espectro da Esquizofrenia, Transtornos Psicóticos, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Transtornos de Personalidade, etc.). De forma breve, esse núcleo de sentido exemplifica momentos vivenciados em consultas na AB em que era possível visualizar a pessoa que recebeu o diagnóstico justificando atos de violência (agressão física ou verbal, ameaças, alterações significativas de humor, falta de paciência, ausência de empatia, gritos, cuspes, chutes, socos, arremessar objetos, dentre outras expressões emocionais e/ou comportamentais) afirmando estar agindo dessa forma por ser ‘portador/a’ de determinado diagnóstico. Esse efeito de descontrole – agressividade, falta de limites ou até de liberdade extrema de seus atos – sem preocupação com o/a outro/a, com o coletivo ou com a proteção do patrimônio público ou privado, vincula-se a categorias diagnósticas como se elas tornassem possível a ausência de leis ou regras sociais quando a pessoa obtém específica classificação psiquiátrica sobre si.

De forma paradoxal, nas situações das consultas em que alguns desses/as pacientes foi questionado/a sobre a origem e/ou o significado dos diagnósticos que eles/as acreditavam ser ‘portadores/as’, muitos erraram as nomenclaturas[5], falavam sobre sintomas que não estavam relacionados com o diagnóstico em questão, misturavam conceitos e sentidos e, em alguns casos, até criaram explicações na tentativa de responder a indagação do terapeuta. Houve situações, ao longo dos atendimentos, que pacientes comentaram ter buscado na plataforma de pesquisa Google a definição do diagnóstico recebido, leram a explicação em alguma reportagem, assistiram programas ou séries de TV em que personagens do enredo apresentavam o diagnóstico ou visualizam algum vídeo do YouTube em que o/a apresentador/a (*YouTuber*) dizia ter recebido determinada classificação semelhante à que ele/a recebeu. Neste sentido, não é apenas por parte da comunidade científica que o DSM-5 é criticado por apresentar “grandes fragilidades epistemológicas, limitando-se a elencar uma lista de sintomas pouco claros para um conjunto cada vez maior de patologias mentais” (Caponi, 2014, p. 742), mas também se apresenta frágil e pouco consistente/consciente no próprio discurso da pessoa que se considera diagnosticada. Em alguns casos, a/o paciente valida violências por diagnósticos supostamente fictícios que não tem compatibilidade com os aspectos científicos e técnicos elencados na CID e no DSM.

4.3 *Eu necessito, Você tem direito* – Diagnóstico como Garantia de Direitos

Neste núcleo de sentidos situam-se aqueles discursos em que a pessoa usuária do SUS se utiliza do diagnóstico de transtorno mental para ter acesso a algum Direito Humano ou Social para a produção de sua saúde, e/ou o/a próprio/a profissional de saúde orienta a pessoa sobre a possibilidade de obter direitos (benefícios) por ser ‘portadora’ do diagnóstico. Dentre os efeitos obtidos por meio do diagnóstico como garantia de direitos pode-se citar, como exemplo: 1) o acesso ao cartão de ônibus público para o passe gratuito; 2) laudo que ateste incapacidades para solicitação do Benefício de Prestação Continuada - BPC; 3) laudo que ateste adoecimento psíquico para afastamento pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; 4) atestado que legitime sofrimento psíquico para afastamento do trabalho por alguns dias; 5) laudo de deficiência intelectual para garantia de direitos a pessoa com deficiência (vagas de trabalho, isenção de tributos, aposentadoria diferenciada, dentre outros); 6) laudo que ateste transtornos do neurodesenvolvimento para solicitação de Atendimento Educacional Especializado - AEE e outros benefícios educacionais; 7) laudo que ateste violências, conforme descrito no núcleo de sentido anterior, com fins jurídicos ou assistenciais; 8) afirmar o diagnóstico (de forma oral, escrita ou por tecnologias de comunicação) como forma de acelerar atendimentos e procedimentos no cuidado e na assistência em saúde na Atenção Básica; 9) afirmar o diagnóstico (de forma oral, escrita ou por tecnologias de comunicação) como forma de acelerar atendimentos e procedimentos no cuidado e na assistência em saúde nos serviços da Média e Alta Complexidade do SUS, assim como na articulação com serviços intersetoriais de educação, assistência social, transporte, moradia, segurança, dentre outros.

Nesse panorama, mesmo que Busnello *et al.* (1999) afirmem que, nem dentro da própria Psiquiatria a classificação de diagnósticos de transtornos mentais para nomear o adoecimento psíquico apresenta consensos, através da prática na Psicologia NASF-AB foi possível visualizar que na esfera da garantia de direitos os diagnósticos são aceitos como consenso legítimo no coletivo de profissionais da saúde e da rede intersetorial, como registros autorizados e validados discursivamente, quando autenticados por laudos médicos/psiquiátricos. Por esse dado, torna-se possível pensar os riscos de que, futuramente, “a proliferação de diagnósticos que redefinem quase todos nossos sofrimentos e condutas em termos médicos” (Moynihan & Cassels, 2006; Caponi, 2012) também tenham esse efeito sobre os Direitos Humanos e Sociais (Ecker, 2022), invertendo negativamente a ética dos direitos que deveria ser universal e gratuita, sem qualquer forma de discriminação, passando a impor a necessidade de diagnósticos médicos para que eles sejam garantidos.

Essa reflexão, relativamente pessimista, também pode ser substituída pela análise mais positiva, baseada em experiências na Psicologia NASF-AB do esforço que muitos dos/as profissionais da área da saúde fazem para garantir direitos da população atendida, às vezes tendo que recorrer aos diagnósticos de transtornos mentais como forma de promover o exercício de direitos[6] (Ecker, 2020). Em um país socioeconomicamente desigual como o Brasil, os diagnósticos de transtornos mentais se apresentam “de forma paradoxal [...] também, porque boa parte da população não tem direitos garantidos e precisam obter alimentação, moradia, saúde, dentre outros, à custa da manutenção de patologias como justificativa” (Zambillo, Palombini & Ecker, 2018, p. 416). Essa conjuntura torna a Atenção Básica um dos campos de cuidado e de assistência à saúde do SUS onde as fragilidades político-sociais são evidenciadas.

5 Considerações finais

Ao analisar e refletir sobre o uso de diagnósticos de transtornos mentais na Atenção Básica e seus possíveis efeitos na clínica do cuidado e da assistência em Saúde Mental, e no modo como as pessoas se constituem subjetivamente, foram propostos três núcleos de sentido para discussão: 1) *Eu sou, Eu tenho* – Diagnósticos como identidade ou característica pessoal; 2) *Fui agredido/a, Irei agredir* – Diagnósticos como validação de violências; 3) *Eu necessito, Você tem direito* – Diagnósticos como garantia de direitos. Por eles foi possível explicitar discursos e problematizar possíveis efeitos que se materializam no cotidiano das práticas profissionais no campo da Saúde Mental, quando essas se articulam aos diagnósticos de transtornos mentais como recurso argumentativo.

Evidenciando uma análise que propõe pensar a realidade de uma determinada época sócio-histórica, os diagnósticos de transtornos mentais foram apresentados destacando seu caráter paradoxal e ambíguo: definem e questionam identidades; qualificam e desqualificam sujeitos; quantificam e desquantificam critérios de gravidade; priorizam e despriorizam atendimentos; criam e fecham sentidos sobre o nome de sensações, emoções e expressões corporais; nomeiam os efeitos das violências e padronizam esses efeitos; validam violências, indiretamente autorizando agressões e transgressões por legitimar o discurso do descontrole; propõem e impõem certa linguagem universal para a Saúde Mental, deslocando a atenção de outras possíveis compreensões sobre adoecimento psíquico; definem parâmetros de adoecidos e não adoecidos; tornam possível a criação e manutenção de serviços da rede especializada, públicos e privados, que estejam aliados a seus argumentos discursivos; garantem direitos, sem necessariamente produzir mobilizações coletivas baseadas nas diretrizes do controle social e da participação popular do SUS; aceleram atendimentos e procedimentos no cuidado e na

assistência em saúde para algumas pessoas, mas não para todas; e, por fim, funcionam como recurso discursivo para a proteção social de grupos considerados vulneráveis, ao mesmo tempo em que não atuam na intervenção de assistência social sobre aquilo que os torna vulneráveis.

Com a experiência da pesquisa, pode-se afirmar que os diagnósticos de transtornos mentais são expressos com múltiplos sentidos na relação terapêutica entre profissional e paciente/usuário/a do SUS, na Psicologia NASF-AB. Os registros no Diário de Campo explicitam que o uso de diagnósticos de transtornos mentais na AB são mais frequentes nos discursos dos profissionais de saúde do que na fala dos/as pacientes/usuários/as, visto que estes ficam, muitas vezes, em uma condição mais passiva e receptiva ao que o profissional orienta. Durante os atendimentos, foi frequente encontrar usuários e usuárias que questionaram o diagnóstico recebido ou traziam em seu relato outras formas de compreender seu adoecimento que não estava baseado nos diagnósticos de transtornos mentais. Argumentos religiosos, espirituais, místicos, políticos, sociais e outros fundamentam a compreensão do adoecimento psíquico justificado por situações em ‘vidas passadas’, ‘desequilíbrio energético’, ‘árvore genealógica’, ‘possessão’, ‘mal agouro’, ‘trabalho feito com a intensão de querer meu mal’, ‘universo em desequilíbrio’, ‘astros’, ‘ciclo da lua’, ‘chegando o fim dos tempos’, ‘infância conturbada’, ‘criação’, etc., que evidenciam a presença de outras compreensões sobre si, sobre os/as outros/as e sobre a vida, que não fundamentadas em um saber médico.

Entretanto, destaca-se a interferência que os diagnósticos produzem na vida de muitos pacientes, ao atribuir sentidos sobre eles, induzem em como seus processos subjetivos e de saúde serão fabricados – interpretados, conduzidos e medicados. Interpretação, condução e medicalização que se intensificam com a legitimação dos discursos psiquiátricos por diferentes modalidades linguísticas (oral, escrita, tecnologias de comunicação e linguagem corporal) pelas quais os diagnósticos são materializados e circulam, sem que o usuário e a usuária possam interferir, como acontece em muitas situações. Cabe salientar que profissionais da saúde, pacientes ou serviços intersetoriais muitas vezes pedem laudos autenticados com CID que podem definir permanentemente uma vida, o que torna ainda mais complexo o trabalho profissional, multiprofissional e intersetorial. A validação de diagnósticos por médicos e médicas evidencia, também, a relação de dependência, certa ligação ou subserviência, que o discurso médico produz como efeito às demais categorias profissionais quando se pensa em um trabalho multiprofissional e em rede que opera no SUS.

No caso específico da cidade de Florianópolis, verifica-se que a dificuldade de compreensão de como a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS deveria operar, segundo normativas e documentos técnicos, faz com que as categorias profissionais e a gestão do

município se empenhem na criação de fluxos e protocolos, envolvendo todas/os as/os atoras/es dos diversos pontos da rede, que nem sempre baseiam suas práticas em diagnósticos da CID e do DSM. Nesse sentido, destaca-se a relevância de estudos que avaliem o uso de diagnósticos de transtornos mentais na clínica do cuidado e da assistência em Saúde Mental no SUS, tanto do ponto de vista da prática profissional, preocupada com a ética e eficácia da sua intervenção, quanto seus efeitos na subjetividade das pessoas e em seus processos de vida. Assim, enfatiza-se a importância de propostas de produção de conhecimento que considerem a relação dos discursos e seus efeitos subjetivos, políticos e sociais, na produção de saúde (promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e ações de manutenção), pautada por Direitos Humanos e Sociais, na perspectiva do modelo biopsicossocial de saúde – universal, integral e equitativo – previsto nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Referências

- BOCCHI, J. C. Psicopatologização da vida contemporânea: quem faz os diagnósticos? DOXA: **Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, v. 20, n. 1, p. 97-109, 2018. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/11309>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- BRASIL. **Denunciar violação de direitos humanos** (Disque 100). Assistência Social. Rede de Assistência e Proteção Social. Proteção Social, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-violacao-de-direitos-humanos>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- BUSNELLO, E. D'A.; TANNOUS, L.; GIGANTE, L.; BALLESTER, D.; HIDALGO, M. P.; SILVA, V.; JURUENA, M.; DALMOLIN, A.; & BALDISSEROTTO, G. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 487-494, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000500008>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, n. 33, p. 125-136, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução CFP nº 02/01**. Altera e regulamenta a Resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Brasília: CFP, 2001. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil**. Brasília: CFP, 2008. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Saúde mental**. Modelos Assistencial. Brasília: CNS, 2022. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/modelos_assist.htm Acesso em: 12 ago. 2024.

ECKER, D. D. **O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial**. 2020. 173 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/213918>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ECKER, D. D. Acompanhamento Terapêutico e Direitos Sociais: Territórios existenciais e sujeito biopsico-político-social. **Psic. Clin**, v. 33, n. 2, p. 357-378, 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v33n2/09.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ECKER, D. D. Riscos na Atenção Psicossocial: a quase inexistência do discurso ‘Direitos Sociais’ em saúde mental. **PSI UNISC**, v. 6, n. 1, p. 82-97, 2022. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/16414>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ECKER, D. D.; PALOMBINI, A. L.; MELLO, V. R. C.; PEREIRA, M. A. Psicologia, direitos sociais e processos terapêuticos de pessoas negras: efeitos históricos do racismo na subjetividade, diagnóstico de transtorno mental como racismo institucional. **Aletheia**, v.56, n.1, p.128-151, jun./jul. 2023. Disponível em: <http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/aletheia/article/viewFile/7636/472>. Acesso em: 14 ago. 2024.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e educação**, Ijuí, v. 2, n. 7. p. 19-24, 1987.

FOUCAULT, M. **O que é a crítica? [Crítica e Aufklärung]. Relatório da sessão de 27 de maio de 1978**. In: BRITTO, F. L. Crítica e modernidade em Foucault: uma tradução de “Qu’est-ce que la critique?”. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. p. 35-63.

GUARESCHI, N. M. de F., LARA, L. & ECKER, D. D. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 25-35, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160004>. Acesso em: 12 ago. 2024.

HÜNING, S. M. & SCISLESKI, A. C. C. Ressonâncias de uma epistemologia foucaultiana em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. e170632, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30170632>. Acesso em: 12 ago. 2024.

LEONE, E. B. Balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental - 1990/1997. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, Edição Esp. Temática, p. 121-151, 2000.

MARTINHAGO, F. & CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MENDES, A. M. Pesquisa em psicodinâmica: A clínica do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 65-85.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 12 ago. 2024.

MOYNIHAN, R. & CASSELS, A. **Medicamentos que nos enferman: la industria farmacéutica que nos convierte en pacientes**. Barcelona: Contrapunto, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS - PMF. **Protocolo de atenção em saúde mental. Município de Florianópolis**. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão\SC: Copiart, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+mental&menu=5&submenuid=153>. Acesso em: 14 ago. 2024.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 ago. 2024.

RESENDE, M. S., PONTES, S. & CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 3, p. 534-546, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a08.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

RIBEIRO, A. S., GONÇALVES, G. A., TEODORO, E. F., BATISTA, S. A., & FERREIRA, P. H. E. Psicopatologia na contemporaneidade: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, 46-56, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>. Acesso em: 12 ago. 2024.

SANTOS, E. A.; COUTINHO, A. F.; MONTEIRO, C.; MASSON, L. O. A.; & SABA, T. (Orgs.). **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. Secretária de Estado da Saúde de Goiás, Superintendência de Vigilância em Saúde, Goiânia: SUVISA, 2018.

VILHENA, J.; & ROSA, C. M. Diagnóstico em Saúde Mental: por uma concepção não objetivista das representações da loucura. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 1, p. 26-36, 2012. Disponível em:

<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.51.03> Acesso em: 12 ago. 2024.

ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A. L. & ECKER, D. D. Paradoxos nos 'benefícios' aos incapacitados: biopolítica e saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 4, p. 416-426, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180039>. Acesso em: 12 ago. 2024.

Data da submissão: 10/01/2025.

Data da publicação: 29/08/2025.

Editoria deste artigo: Dra. Maria de Lourdes Borges.