



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANDRESSA DE FRANÇA ALVES FERRARI

**O CIRCUITO DOS AFETOS NA CONSTRUÇÃO E FORTALECIMENTO DO
MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DF**

Brasília, 2020

ANDRESSA DE FRANÇA ALVES FERRARI

**O CIRCUITO DOS AFETOS NA CONSTRUÇÃO E FORTALECIMENTO DO
MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DF**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Muna Muhammad Odeh

Brasília 2020



ANDRESSA DE FRANÇA ALVES FERRARI

**O CIRCUITO DOS AFETOS NA CONSTRUÇÃO E FORTALECIMENTO DO
MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DF**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em defesa realizada em 12 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh (Presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (membro titular)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Eduardo Vasconcelos Mourão (membro titular)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Jamila Zgiet (membro suplente)

A Deus, meu melhor amigo, por me ensinar sobre amor e justiça.

AGRADECIMENTOS

*o mundo tem medo
de mulheres extraordinárias.*

Ryane Leão

A Deus, por seu imenso e infinito amor.

Aos meus pais Antelmo e Débora, porque me deram o que podiam e assim me deram tudo o que eu precisava.

Aos meus irmãos Vinícius, Douglas e Camila e cunhada Renata, por sempre serem apoio e acolhida.

Às minhas afilhadas Helena e Hadassa, por serem meu incentivo diário para lutar por um mundo em que haja possibilidades de vida.

Às amigas-irmãs Christine e Geisa. Vocês foram e são morada.

Aos amigos Vittor, Cláudia, Waleska, Dalilla, Ana Luiza e Júlia. Inspiração, luz, ensinamentos, vocês são alegria no meio do caos.

Às minhas eternas professoras Gussi e Glória, minha inspiração.

Ao Sistema Único de Saúde e à oportunidade de trabalhar em serviços substitutivos CAPS, e a todos os usuários das unidades onde trabalhei. Fui atravessada pela saúde mental, sonhava em transformar vidas e acabei por ser totalmente transformada.

À professora Muna Odeh, pela sensibilidade e encontro que transcenderam a orientação.

A Gismair, que partiu, mas deixou seu legado de luta e inspiração.

A Juliana Pacheco, que participou deste trabalho, cujo último encontro entre nós gravei em minha memória, e que deixou tanto de sua pessoa linda em mim e na militância do Distrito Federal.

Ao Movimento Pró-saúde Mental do Distrito Federal e a cada um de seus integrantes, por me ensinarem sobre privilégio, justiça, militância e afeto.

Ao meu companheiro Guido, por ser imenso.

"Embora haja cicatrizes inúmeras, é bom lembrar que, em termos de resistência à tração e à capacidade de absorver pressão, uma cicatriz é mais forte que a pele."

(Clarissa Pinkola Estés)

RESUMO

O campo da saúde mental nasce de uma nova perspectiva de cuidado, promovida a partir de mobilizações presentes em várias frentes da sociedade, organizadas no que chamamos de luta antimanicomial. Os arranjos que os atores da mobilização social produzem na luta por direitos são os mais diversos e visam ao resgate de autonomia, por meio da atribuição de valor que possibilita trocas e novas produções de afeto. Tais arranjos formam uma rede constituída por pessoas, que produzem o circuito dos afetos. Só são produzidas transformações sociais na medida em que somos e nos deixamos ser afetados de maneiras diferentes. Objetiva-se nesta pesquisa evidenciar como o campo de saúde mental se torna um terreno propício para gerar, manter e transformar o circuito dos afetos entre aqueles que atuaram e atuam como militantes no Movimento Pró-saúde Mental (MPSM) do Distrito Federal (DF). Utilizou-se abordagem qualitativa, à luz do estudo das memórias e da teoria da subjetividade. A coleta de dados foi realizada por entrevista com questões abertas. As falas transcritas foram analisadas e separadas em categorias temáticas e quadros explicativos que ilustraram o circuito dos afetos construídos com e no coletivo do MPSM-DF. No percurso das entrevistas, foi possível perceber que o medo como afeto estruturante da sociedade faz com que os integrantes cheguem ao coletivo de militância com dificuldades conjunturais. Porém, na construção de um corpo político e coletivo, delineia-se circuito dos afetos entre os membros, e são eles mesmos que fortalecem o pertencimento e a adesão às ações. É nesse ambiente não favorável que emerge o circuito, que não é estável, mas mutável, adverso e potente.

Palavras-chave: Saúde mental; mobilização social; circuito dos afetos; Movimento Pró-saúde Mental.

ABSTRACT

The mental health field arises from a new perspective of care, held through mobilizations present on various fronts of organized society, in what we call anti-asylum struggle. The arrangements that the social mobilization agents produce when fighting for rights are the most diverse and they aim to rescue autonomy, through value attribution that allows exchanges and new productions of affection. Such arrangements form a network made up of people, who produce the circuit of affections. Social transformations are only produced to the extent to who we are and how we allow ourselves to be affected in different ways. The aim of this research is to demonstrate how the mental health field becomes a favorable ground to generate, maintain and transform the circle of affections among those who acted and still act as activists in the Movement for Mental Health (MPSM) of the Federal District (DF). A qualitative approach was applied, under the perspective of the memory studies and the subjectivity theory. Data collection consisted of open questions interview. The transcribed speeches were analyzed and separated into thematic categories and explanatory charts which illustrated the circuit of affections built with and in the MPSM-DF collective. Throughout the interviews, it was possible to notice fear as a certain structuring affection of a society that causes its members to reach the militancy collective with short-term difficulties. However, in the construction of a political and collective body, a circuit of affections between the members is created, and the sense of belonging is strengthened by themselves and also the engagement to actions. It is in this unfavorable environment that the circuit emerges, which is not stable, but changeable, hostile and powerful.

Keywords: Mental health; social engagement; circuit of affections; Movement for Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CT	Comunidades Terapêuticas
COMP	Centro de Orientação Médico Psico-Pedagógica
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
Flamas	Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba
Inverso	Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social
ISM	Instituto de Saúde Mental
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
Obsam	Observatório de Atenção à Política de Saúde Mental do Distrito Federal
ONG	Organização Não Governamental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
Renila	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama Potência de Agir, Conexões e Trajetos de militância do MPSM do DF	38
Figura 2 - Diagrama do circuito dos afetos do MPSM do DF.	59

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	20
2.1. GERAL	20
2.2. ESPECÍFICOS.....	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	21
3.1. O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E A MILITÂNCIA, NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA 21	
3.2. CIRCUITO DOS AFETOS E AS PRÁTICAS DE MILITÂNCIA ANTIMANICOMIAL	28
4. PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1. CENÁRIO DE ESTUDO.....	32
4.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	33
4.3. ANÁLISE DOS DADOS	33
4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
4.5. LIMITES ENCONTRADOS DURANTE A PESQUISA.....	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1. OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E SEUS CIRCUITOS	36
5.2. CAMINHOS E ENCONTROS NO “DESAMPARO”	41
5.3. A ESPERANÇA QUE NASCE DO NÃO LUGAR.....	51
5.4. LUTAS, CIRCUITOS E NOVOS AFETOS.....	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	71
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E DE SOM	74
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (FEPECS)	75
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNB).....	84

APRESENTAÇÃO

Ao iniciar este percurso do mestrado, não poderia me encontrar com qualquer tema que não conversasse com minha atuação e militância. Isso porque é preciso haver encontro e significado nos processos que vivencio. Se não produzir eco em mim mesma e no contexto em que vivo, como trabalhadora da Rede de Atenção Psicossocial e militante antimanicomial, dificilmente me envolveria em uma temática.

Como trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), tive o privilégio de atuar em três serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a saber: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) III Samambaia, Unidade de Acolhimento de Samambaia e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Taguatinga. Nesses locais, confrontei o meu saber e a minha prática, e desenhei caminhos profissionais e de vida que jamais antes pensei.

No meio desse caminho, fui convidada para participar de uma das reuniões do Movimento Pró-saúde Mental (MPSM) do Distrito Federal (DF), já no fim de 2017, movimento esse a que me vinculei e no qual continuo até hoje. Ali minhas inquietações ganharam corpo e voz. Encontrei pares e identificação no coletivo para os anseios da minha alma, de um corpo que é atravessado pelo cuidado em saúde de pessoas que sofrem. Nesse trajeto de militância, em um contexto de privação de recursos e subfinanciamento do SUS e dificuldade na operacionalização de políticas públicas, a luta por direitos acaba por se tornar um compromisso ético e uma perspectiva de mundo.

Vale lembrar, que um dos compromissos mais profundos do movimento da Reforma Psiquiátrica está em garantir um cuidado em saúde mental digno e em liberdade, que desconstrua os estigmas da loucura, redirecionando à democratização das relações de ser e estar no território.

Em meio ao meu percurso de sete anos na área de saúde mental, encontrei o Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (Obsam), do qual esta dissertação faz parte, no âmbito do projeto de pesquisa denominado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa”.

As ações dessa pesquisa foram realizadas por meio de entrevistas com militantes vinculados atual ou anteriormente ao MPSM-DF. Durante as entrevistas,

que foram também encontros afetivos, pude perceber os diversos circuitos construídos numa retrospectiva também histórica.

Dessa forma se constrói a presente dissertação de mestrado, cujo título é “O circuito dos afetos na construção e fortalecimento do Movimento Pró-saúde Mental do Distrito Federal”.

Esta dissertação está estruturada em três partes. A primeira apresenta o referencial teórico; a segunda, o percurso metodológico utilizado para o alcance dos objetivos da pesquisa; e a terceira, dedicada à apresentação e análise dos resultados encontrados. Por último, nas considerações finais revisito o caminho e o aprendizado, bem como manifesto a esperança de novas perspectivas que estão por se fazer, num constante devir.

1. INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais no Brasil surgem com uma perspectiva de politizar as questões sociais em que, mediante lutas específicas, novos direitos são criados e incorporados às políticas públicas. É por meio da mobilização social que se dá início às transformações no campo da saúde mental, uma nova perspectiva de cuidado que nasce do movimento denominado Reforma Psiquiátrica e trabalha para tornar o usuário dos serviços de saúde mental sujeito de direitos (AMARANTE, 2012). Tais lutas culminaram, aqui no Brasil, na promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira ou lei Paulo Delgado, em alusão ao deputado que, por meio de seu projeto de lei com proposição inicial em 1989, consegue regulamentar os direitos das pessoas com transtorno mental e propor a extinção dos manicômios (BRASIL, 2007; DELGADO, 2007). Dessa forma, referida lei constitui um marco na garantia de direitos das pessoas com sofrimento mental ou necessidades decorrentes do uso de drogas, e também redireciona o modelo de cuidado em saúde mental, pautando-se na atenção psicossocial (cujo conceito será discutido mais adiante), no cuidado em liberdade e na reinserção social implementada por uma rede articulada de serviços no território (BRASIL, 2001).

Ainda sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de 1947 a psiquiatra Nise da Silveira, em conjunto com a assistente social e enfermeira Ivone Lara, trabalhando no Centro Psiquiátrico Nacional D. Pedro II, atuava no cuidado com as pessoas com sofrimento mental de forma inovadora, reiventando as práticas da época (LEAL, 2018). Amarante (1995) diz que as propostas de repensar o modelo assistencial surge anos depois e parte do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que fazia críticas importantes ao modelo manicomial vigente à época. Aqui percebe-se que a luta antimanicomial no Brasil tem uma longa trajetória e conta com atores sociais e políticos importantes para a sua construção.

As mudanças na assistência ao doente mental tomaram força no Brasil nos anos 1970, com a Reforma Psiquiátrica ancorada na Reforma Sanitária, e levaram à formulação das políticas de saúde mental no país. Esse movimento propõe a desinstitucionalização, desconstrução e reconstrução da maneira de lidar com o sofrimento psíquico no cotidiano das instituições. Trabalhadores, eventos que discutiam a loucura, associações de usuários e familiares estimularam cada vez mais

a reorganização dos sistemas de serviços, ações e diretrizes políticas de saúde mental (BARROS, 2008).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira é dividido em 3 grandes fases. A primeira foi marcada pela redemocratização do país, mobilização social contra os chamados Asilamento Genocida e Mercantilização da Loucura, que eram bases do modelo hospitalar e asilar, e experiências iniciais de humanização e controle das internações. A segunda fase contou com a implementação da desinstitucionalização, estabelecimento e consolidação do movimento da luta antimanicomial e nos impactos do avanço neoliberal no país, que já começavam a ser sentidos. Na terceira, que segue até hoje, foram marcantes a consolidação da atenção psicossocial e da hegemonia reformista, várias agendas políticas nessa área, divisões dentro do Movimento da Luta Antimanicomial (segmentado em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), impacto do neoliberalismo do Governo Lula e outros desafios que se apresentam no contexto atual. (VASCONCELOS, 2014).

Segundo Grigolo (2010), os primeiros serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico de cuidado - os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) - surgiram em Bauru, em 1988, e em Santos, em 1989, cidades essas localizadas no Estado de São Paulo. Tais serviços, por sua vez, representam o início de um novo conceito: a atenção psicossocial. Essa perspectiva inova o cuidado em saúde mental, antes baseado em clausura, tratamento moral e institucionalização em massa de pessoas em sofrimento. A nova ótica surge para tirar o foco da doença mental e enxergar o indivíduo em suas múltiplas complexidades, para assim propor um tratamento consentâneo às necessidades individuais e em liberdade. Um cuidado que garanta cidadania e ocupação da cidade, tornando, dessa forma, concretas e factíveis as novas políticas públicas no campo da saúde mental no SUS.

É sabido que a busca pela garantia de direitos e cidadania é pauta comum e prioritária na luta dos movimentos sociais. Com o objetivo de evidenciar as reivindicações e interesses de usuários e familiares de saúde mental, tem início em 1987 o Movimento da Luta Antimanicomial, que por sua vez vai não só influenciar, mas também direcionar a política e os serviços a serem propostos pela reforma psiquiátrica brasileira (VASCONCELOS, 2008). Nesse sentido, são propostos os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os CAPS, que por sua vez devem

se organizar de maneira articulada, de modo a viabilizar o acesso de usuários, suas famílias e toda a comunidade, no resgate à cidadania, privilegiar suas necessidades com ações que visem à qualidade de vida e à autonomia das pessoas (BOCCARDO et al, 2011). Essa organização articulada se faz em rede, mais precisamente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ambiente em que os serviços se relacionam, interagem, de forma a produzir ações que individualmente não seriam desenvolvidas. Para além da relação entre os serviços, a rede é constituída efetivamente de pessoas que dão multiplicidade nas formas de organização, mas que essencialmente produzem autonomia e atravessamento de várias ordens de afeto dos integrantes.

Sendo constituída por pessoas, pode-se também dizer que a RAPS é um circuito onde acontecem trocas, interações que produzem, por resultado, afetos. Safatle (2015) afirma não haver algo mais racional na vida social do que os afetos, e que a maneira como somos afetados tanto mobiliza como organiza nossas vidas. Segundo ele, só são produzidas transformações sociais na medida em que somos e nos deixamos ser afetados de maneiras diferentes. O autor reflete que a construção da sociedade brasileira se baseou em um afeto fundamental, que é o medo que se tem uns dos outros. Medo que se tem do que o outro pode retirar de nós. Trazendo para um contexto da reforma psiquiátrica, tal condição se agrava, pois a exclusão social e o isolamento aumentam a amplitude do medo, tanto o medo que a pessoa em sofrimento mental tem na relação com o outro - resultado de inúmeras violências de todas as ordens que possa ter sofrido -, quanto o medo que a sociedade tem em relação ao dito "louco", com todos os estigmas que ele carrega, dentre eles o principal, a periculosidade.

Destaca-se que as políticas neoliberais cooperam diretamente para o aumento da desigualdade social, na medida em que se desinveste em políticas públicas, o que impacta direta e negativamente nas condições de viver e na garantia à saúde da comunidade. As respostas dessa política neoliberal a tal panorama são igualmente ineficazes, uma vez que se criminaliza toda ordem de questões sociais, endurecendo-se as ações policiais e judiciais direcionadas a um público específico, no caso a população mais pobre e marginalizada. Esse segmento é que compõe a população penitenciária, que vive hoje em condições desumanas e precárias. Pode-se refletir, assim, que o neoliberalismo corrobora diretamente para o aumento da intolerância, criminalização das camadas mais desfavorecidas da sociedade e institucionalização coercitiva, como forma de lidar com tais problemas complexos. Isso fatalmente coloca

as pessoas marginalizadas e desviantes como vítimas desse sistema, com direitos muito prejudicados, dentre os quais a garantia do acesso ao cuidado digno em saúde mental. (VASCONCELOS, 2014).

Uma das respostas a esse panorama precário de falta de acesso ao cuidado em saúde mental no país tem sido o estabelecimento das ditas Comunidades Terapêuticas. Diferentemente do modelo proposto em termos da luta antimanicomial, as atuais são instituições muitas vezes religiosas, as quais pautam o cuidado destinado a pessoas com uso problemático de drogas baseando-se exclusivamente na abstinência e no tratamento moral. São também fisicamente distantes e isoladas da comunidade. Fossi e Guareshi (2015) assim explicam esse fato:

A partir de 2010, o governo federal passou a investir fortemente na questão das drogas, propondo novas estratégias e reforçando outras já existentes, bem como incrementando o orçamento para as ações propostas a fim de solucionar o 'problema' ou, pelo menos, minimizá-lo. Dentre as propostas, está a ampliação dos serviços de atenção à saúde para os usuários de drogas, trazendo para a rede serviços que inicialmente não faziam parte dela. As comunidades terapêuticas, serviços de internação na modalidade de moradia para usuários drogas, passaram a compor a rede de saúde pública através do financiamento estatal. (FOSSI E GUARESHI, 2015, p. 95).

Ainda segundo as autoras, esses serviços não faziam parte da rede prevista para o cuidado de pessoas em uso de drogas psicoativas. As Comunidades Terapêuticas passam a compor a RAPS a partir de 2001, podendo inclusive receber financiamento estatal para seu funcionamento, apesar de serem em sua maioria privadas. Nelas, a religião é imposta como estratégia de tratamento, a despeito das individualidades dos sujeitos acompanhados e da laicidade do estado. Pelas características do tratamento oferecido, tais instituições têm sido alvo de intensas críticas do movimento da luta antimanicomial no país.

Safatle (2015) cita que a vida social é uma esfera de contínuos riscos e que o medo é um afeto fundamental à coesão social. Isso porque é gerado um tensionamento que interessa a quem detém o poder na sociedade, uma vez que, se estou com medo, me protejo, não invisto nas relações, por conseguinte me distancio. Mas o autor questiona: como produzir novos afetos? Como parar de se afetar da mesma forma sempre - pela ótica do amedrontamento?

Ainda nesse âmbito, Kinoshita (1996), ao discutir sobre reabilitação psicossocial, reflete que as relações de troca partem do princípio de atribuição de valor aos indivíduos que se relacionam, e isso resultaria no poder contratual, que é a

capacidade do sujeito de estabelecer planos e metas e conseguir cumprir aquilo a que se propõe. Aqui se verifica a existência de três dimensões: trocas de bens, afetos e mensagens. Porém, quando entra no cenário o adoecimento mental, segundo ele, perde-se o valor inicial, aquele que a pessoa teria em uma condição de não adoecimento e, por conseguinte, diminui-se ou anula-se a contratualidade, na medida em que o bem do sujeito ganha a característica de suspeito, as mensagens tornam-se incompreensíveis e os afetos desnaturados. A pessoa passa de sujeito social a doente mental e perde sua condição inicial de fazer as trocas.

A reabilitação psicossocial se apresenta com o propósito de resgatar esse poder de contratualidade, e envolve realidades a serem trabalhadas: o trabalho, as relações estabelecidas socialmente e o habitar (moradia). Ela também está associada a habilidades que foram perdidas e que devem ser trabalhadas, de modo a se devolver a autonomia do indivíduo (BABINSKI e HIRDIS, 2004). Com as regulamentações publicadas, que ordenam o cuidado em saúde mental com vistas a organizar e financiar a assistência, fica evidente o redirecionamento para um tratamento em rede aberta, complexa, sensível a públicos específicos - infantojuvenil, pessoas com sofrimento mental grave e persistente e/ou necessidades decorrentes do uso de drogas -, lançando-se mão da articulação intersetorial para garantir o acesso à saúde. (GUERRA, 2004).

Dessa forma, o movimento da Reforma Psiquiátrica, por ser e se fazer essencialmente democrático, já que visa democratizar as relações do sujeito dentro de seu território, tem em todos os seus desdobramentos a criação de serviços substitutivos (CAPS), mas também vai além, para uma perspectiva de projeto mais democrático e justo de sociedade, em que o louco resgata seu lugar de sujeito social e, portanto, seu poder contratual. Enquanto o desvalor parte de uma perspectiva manicomial, em que não é possível trocar bens, afetos e mensagens, o valor vem de um viés radicalmente antimanicomial. (KINOSHITA, 1996).

Diante do discorrido, pode-se dizer que aumentar o poder contratual promove autonomia, uma vez que resgata a capacidade do sujeito de estabelecer e cumprir planos. Porém, é preciso dizer que a autonomia não fala sobre o individualismo ou a autossuficiência. Antes, parte da perspectiva do quão mais dependentes somos de múltiplos espaços e/ou pessoas. E quanto mais assim formos, mais possibilidades de trocas teremos; por conseguinte, mais autônomos nos faremos. Para promover saúde, precisa-se agir na base afetivo-volitiva do comportamento, pois a motivação para a

cidadania é também afetiva e emocional (SAWAIA, 1995). No adoecimento há uma diminuição da potência de agir (SAWAYA, 1995) e pode-se relacionar isso também à perda da capacidade de contratualidade. Assim, entende-se que, a depender da forma com que o corpo é afetado, pode haver aumento ou diminuição dessa potência.

. Os arranjos que os atores da mobilização social produzem na luta por direitos são os mais diversos e visam a esse resgate de autonomia, por meio da atribuição de valor que possibilita trocas e novas produções de afeto (KINOSHITA, 1996).

Nessa rede imbricada, em que pessoas circulam mobilizadas afetivamente de diferentes formas, a pergunta de pesquisa foi assim elaborada: como se constrói o circuito dos afetos por militantes de um movimento social organizado no Distrito Federal?

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Evidenciar como o campo de saúde mental torna-se um terreno propício para gerar, manter e transformar o circuito dos afetos entre aqueles que atuaram e atuam no Movimento Pró-saúde Mental (MPSM) do Distrito Federal (DF), desde sua concepção até 2017.

2.2. ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a história do MPSM-DF, que envolve gestores, trabalhadores, familiares e usuários;
- recolher lembranças de experiências vividas pelos participantes da pesquisa, a respeito de processos de vinculação envolvendo afetos, no que concerne ao MPSM;
- caracterizar as dinâmicas que emergem em torno do circuito dos afetos entre as diferentes categorias dos participantes; e
- apreender como os afetos se sustentam e se transformam com e nas ações do MPSM.

3. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

O referencial teórico conceitual buscou ancoragem nas temáticas acerca do processo histórico da Luta Antimanicomial para a construção do campo da saúde mental no mundo, no Brasil e no Distrito Federal, bem como na perspectiva que Safatle (2015) e Sawaia (1995) construíram ao falarem do circuito dos afetos e corpos políticos. Foram agregados também outros autores e autoras que dialogam com esses assuntos complexos que subsidiam uma compreensão profunda da militância numa perspectiva antimanicomial.

3.1.O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E A MILITÂNCIA, NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Para compreender o exercício da militância e seus caminhos no recorte utilizado nesta pesquisa, desenvolvida em uma perspectiva antimanicomial, é importante fazer uma retrospectiva histórica, acompanhando a construção do campo da saúde mental a partir das reformas psiquiátricas no mundo e no Brasil, bem como no contexto local do DF, de modo a evidenciar os mecanismos que possibilitam sua estruturação e continuidade.

A experiência da reforma psiquiátrica italiana, que inspira o movimento reformista brasileiro, é conhecida em âmbito internacional por ser a única que extinguiu a internação em hospital psiquiátrico do leque de serviços de saúde mental. Importa fazer uma diferenciação, pois muitos países, em vez de promover a desinstitucionalização, fizeram apenas a desospitalização. A primeira é um processo social complexo, que transforma as relações de poder entre as instituições, os pacientes e seus familiares, de modo a produzir estruturas de saúde mental que substituam as internações psiquiátricas, recebendo os recursos financeiros e humanos que antes eram direcionados ao manicômio. Um exemplo desse processo é o que aconteceu na província de Trieste, na Itália, onde houve toda uma reorganização dos serviços de saúde mental com a consequente promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, que viabilizou, legalmente, o prosseguimento do processo de desinstitucionalização. (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2019).

Após meados do século XX, na América Latina e também em outros países, como França, Itália e Estados Unidos, iniciou-se uma série de mobilizações que

tinham por objetivo transformar o cuidado destinado a pessoas tidas como “portadoras de doença mental”, até então tratadas em manicômios, com longos períodos de internação. Começou-se a colocar a psiquiatria em questão, com foco exclusivamente biológico e positivista - na doença e não no indivíduo -, bem como os atentados aos direitos humanos das pessoas que eram cuidadas nessas instituições psiquiátricas. (FALEIROS, 2017).

Segundo Faleiros (2017), as ditas Comunidades Terapêuticas, criadas como resultado de uma proposta de reforma do hospital psiquiátrico, tiveram sua primeira implementação na década de 1950, na Inglaterra. Seguiu-se, com esse mesmo viés reformista do interior do manicômio, na década de 1960, a Psiquiatria de Setor, desenvolvida na França. Nos Estados Unidos, com o objetivo de promover a saúde mental, nasce a Psiquiatria Comunitária, com foco em novos espaços de cuidado no território. Ainda nos Estados Unidos, com o objetivo de prevenir a doença mental, surge a Psiquiatria Preventiva. Faleiros destaca, no entanto, que todas essas iniciativas, por não serem pautadas em um questionamento radical das bases teóricas e práticas da psiquiatria biologicista, bem como de seus métodos, instrumentos e princípios norteadores para a lida do adoecimento mental, apresentavam apenas propostas de reforma do hospital psiquiátrico.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2019) defendem que a mera desospitalização, por outro lado, é uma política de altas hospitalares e redução de leitos de internação, desconectada de propostas efetivas de cuidado de pessoas com sofrimento mental. Importa dizer, portanto, que a desinstitucionalização parte de uma perspectiva de redirecionamento radical do cuidado e nunca se identificou com a mera desospitalização.

Essas modalidades de reforma, que não questionam as estruturas manicomiais em sua essência e que foram adotadas em diversos países, incluindo o Brasil, vêm recebendo várias críticas, por não se apresentarem como proposta de desinstitucionalização tal qual propõe a Psiquiatria Democrática, com início na Itália. (FALEIROS, 2017).

Aqueles mesmos autores dizem ainda, sobre as reformas da psiquiatria que ocorreram na Europa e Estados Unidos, que, ao invés de abolirem por definitivo os hospitais psiquiátricos, eles optaram por criar serviços territoriais e reduzir progressivamente os leitos de internação. Na prática, os resultados desse modelo foram:

- As internações psiquiátricas tiveram continuidade: houve redução na duração das internações, aumento das altas hospitalares e também das reinternações, fenômeno chamado *revolving door*. Este se distingue pelo surgimento, nos hospitais, de equipamentos assistenciais e judiciários para a internação dos pacientes, o que caracteriza uma nova forma de asilamento. Além disso, a desospitalização tende a dar retorno muito mais à economia de gastos públicos do que à qualidade do cuidado ofertado.

- Os serviços de cuidado em saúde mental que surgem no território não somente convivem com a internação, como a reforçam e não a substituem: há uma compartimentalização das unidades que surgem no território, sendo divididas em geral aquelas médicas (hospital geral), as de auxílio social (que proveem necessidades de vida) e as de escuta terapêutica (psicoterapias). Esse nível de especialização compartimentaliza e precariza a relação entre as instituições, causando outro efeito potencialmente grave, que é a seleção dos pacientes com base na competência de determinado serviço. Isso incorre em um cenário que caracteriza um problema maior, no qual as pessoas peregrinam entre as unidades, e acaba por não ser responsabilidade de nenhum setor. Produz-se então a cronicidade dos casos e reforçam-se as necessidades de locais de internamento.

- O sistema de saúde mental funciona como um circuito e também um espiral: isso significa que, como já explanado, periodicamente há reinternação, ou seja, o paciente circula entre os serviços, conforme a especialização, e o lugar da crise acaba sendo o hospital. O espiral é no sentido da alimentação dos problemas, tornados crônicos. Assim, além dos antigos pacientes oriundos de internações longas, surgem os novos pacientes crônicos, produzidos pelo efeito de uma rede de serviços que existe em paralelo à internação psiquiátrica, acabando por ser uma válvula de escape para os profissionais de saúde, que se sentem impotentes diante da ineficiência desse modelo. (ROTELLI, LEONARDIS E MAURI, 2019; FALEIROS, 2017).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2019) afirmam ainda que os países que adotaram esse modelo comprovam que a lógica da desospitalização seleciona as pessoas em sofrimento mental, as decompõe, se desresponsabilizam e por fim deixam os sujeitos à própria sorte, o que acaba por produzir essa nova cronicidade. Além disso, não se supera a coação dos locais de internamento; antes, os reforçam.

Ainda no que tange aos processos reformistas e às diversas ações em prol do estabelecimento da luta antimanicomial no mundo, nas décadas de 1960 e 1970,

questionando radicalmente a própria existência da doença mental, surge a antipsiquiatria na Grã-Bretanha, proposta por David Cooper e Ronald Laing, e também nos Estados Unidos, por proposta de Thomas Szasz. Desta vez, questiona-se fortemente a instituição do hospital psiquiátrico como local de cuidado e, até mesmo, a própria existência da doença mental, e têm início as comunidades antipsiquiátricas, onde as pessoas passam a ser cuidadas. (FALEIROS, 2017).

Surge então a Psiquiatria Democrática, cujo precursor foi Franco Basaglia, psiquiatra do manicômio de Gorizia, na província de Trieste, na Itália. Em seu texto “A instituição inventada”, Rotelli (2019) fala sobre a reforma triestina, que por sua vez inspira a brasileira. Define instituição como “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’”. (ROTELLI, 2019).

Assim, a reforma basagliana, termo referente ao precursor da mencionada Psiquiatria Democrática, nascida a partir da mobilização e militância de frentes de profissionais, pacientes e usuários, que coloca em questão a instituição manicômio, não nega a doença mental, como fez a antipsiquiatria, mas a coloca “entre parênteses” e redireciona o olhar para o verdadeiro objeto, que deve ser o sujeito e sua “existência-sofrimento e relação com o corpo social”. Rotelli (2019) destaca que as antigas instituições haviam simplificado esse objeto por meio da violência. Uma vez que o objeto é trocado, tais instituições são demolidas e novas têm que ser construídas, à altura da complexidade do sujeito. A essas novas entidades o autor denomina “instituições inventadas”, pois não estão dadas. Assim, a desinstitucionalização faz-se em um processo que reorienta as instituições, serviços, energias, conhecimentos, intervenções e estratégias para o cuidado desse objeto complexo, em que a existência da pessoa possa se manifestar. Essas novas entidades, agora no território, são chamadas centros territoriais, e também laboratórios, onde se revaloriza e se revive a riqueza do sujeito, pois “não se pode fazer senão a partir da singularidade dos indivíduos”. Esse processo chama a atenção para a centralidade da militância como fator fundamental à reorganização da estrutura institucional e dos processos de trabalho.

Vasconcelos (2014) lista o que chama de “determinantes históricos da dinâmica dos processos internacionais da reforma psiquiátrica”, fazendo eco ao que interessa a esta dissertação, que é o panorama internacional em termos de militância

antimanicomial em que o Brasil estava inserido. O autor inicia destacando os cenários de guerra instalados em alguns lugares, que levaram a uma necessidade de recuperar soldados e civis; a força de trabalho escassa, que leva a investir na reabilitação de grupos de pessoas improdutivas; a transição demográfica, caracterizada pelo aumento de idosos, famílias monoparentais ou de pessoas que viviam só, e o emprego de mulheres no mercado formal; mobilizações sociais em diversas frentes, pelos direitos civis e políticos, também na área da saúde mental, como os movimentos da década de 1970, na Itália, de trabalhadores da saúde mental; no mesmo ano, no Brasil, ressurgimento de movimentos sociais, que impulsionaram a reforma psiquiátrica nas coordenações de saúde mental nos âmbitos nacional e estadual. Configurava-se nesse plano um terreno importante onde a militância encontrava espaço para se articular no conjunto dos movimentos sociais.

O autor ainda aponta que havia reforço e incentivo a sistemas de bem-estar social e de saúde, como iniciativas de seguridade social para grupos vulneráveis nos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, paralelamente à implantação do SUS no Brasil. Crescia crítica ao modelo asilar e às instituições totais dos hospitais psiquiátricos (manicômios), bem como à reformulação do tradicionalismo da psiquiatria e outras áreas da saúde, como a psicologia. No fim dos anos 1950, com o advento da Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e a de Setor, na França, também surgem abordagens terapêuticas baseadas no uso de medicações para o tratamento das pessoas em ambientes mais abertos, em conjunto com a modernização e “humanização” da psiquiatria, de modo a atender a pessoas com maior poder aquisitivo. O neoliberalismo, que impulsionou processos prematuros e irresponsáveis de desospitalização, conforme já mencionado, também aconteceu na realidade brasileira, com o intuito de racionalizar gastos públicos com internação, mas que acabaram por cooperar para o aumento da miséria, população em situação de rua, desemprego e violência.

No Brasil, segundo Faleiros (2017), Nise da Silveira, em conjunto com Ivone Lara, iniciou a defesa de princípios e práticas não asilares. Ao trabalharem no manicômio Pedro II, fizeram oposição radical à forma de tratamento destinada aos doentes mentais internados, dentre eles eletrochoques e lobotomia. Por essa razão, Nise foi impedida de atuar como psiquiatra e foi realocada em um depósito, onde deu início, também com Ivone Lara, a um ateliê de pintura e instituiu o serviço de Terapia Ocupacional. Em 1956, Nise inaugurou uma proposta de serviço de saúde mental

aberto e gratuito, a Casa das Palmeiras, como uma iniciativa de ruptura radical com a modalidade manicomial de internações, que persiste até os dias de hoje.

Vasconcelos (2014) aponta que no período da ditadura militar, mesmo diante das enormes repressões que sofriam os movimentos sociais, como não havia visibilidade para a saúde mental, surgiram importantes iniciativas dentro dos hospitais psiquiátricos da época. Inspiradas nos movimentos internacionais, implementaram-se as comunidades terapêuticas e encontros informais de trabalhadores, já à época ligados às ideias da psiquiatria reformada. Tratou-se de uma conjuntura histórico-política decisiva, na qual coletivos e organizações de trabalhadores fortaleceram o terreno da militância antimanicomial no país. Faleiros (2017) indica que no fim da década de 1970 emerge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), inspirado nos ideais da reforma italiana, que questiona de forma contundente a política psiquiátrica vigente e se organiza em núcleos pelo país. Assim, em 1987, acontece em Baurú, São Paulo, o II Congresso Nacional do MTSM, cujo lema foi “Por uma sociedade sem manicômios”, caracterizando um marco da reforma brasileira. Pode-se assim compreender como a organização social e a decorrente militância são fatores estruturantes e fundamentais para a construção e a consolidação do campo da saúde mental no Brasil.

Importa dizer que na década de 1970, no período da ditadura militar brasileira, várias frentes da sociedade operaram duras críticas ao modelo de saúde adotado no país, em razão da privatização impulsionada pelos convênios de saúde e da centralidade no binômio saúde e doença, modelo esse inadequado e comprovadamente ineficaz para a realidade brasileira. (FALEIROS, 2017).

A Reforma Sanitária nasceu nesse contexto, juntamente com a uma nova concepção de olhar e cuidar em saúde, pautada nos determinantes sociais. Em 1986 acontece a 8ª Conferência de Saúde, que estrutura o projeto da Reforma Sanitária, consolidada na Constituição Brasileira de 1988. O acesso à saúde passa a ser obrigação do Estado nos mais diversos níveis de atenção à saúde. Paralelamente a esse processo, em 1992 e 2001, aconteceram as 2ª e 3ª Conferências de Saúde Mental, resultado de intensa mobilização social da luta antimanicomial. Foi estabelecida a Política de Saúde Mental, com a promulgação da lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e a implementação de uma rede territorial de serviços de atenção psicossocial. (FALEIROS, 2017; AMARANTE, 1995).

No DF, conforme aponta Lima (2002), iniciou-se a atenção à saúde mental com

a criação da ala de psiquiatria do Hospital de Base (atualmente Instituto Hospital de Base), e também leitos de internação psiquiátrica no Hospital de Sobradinho, no ano de 1960, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF). Mais tarde, em 1969, é inaugurado o Centro de Orientação Médico Psico-Pedagógico (COMPP), em uma proposta de serviço aberto de equipe multidisciplinar de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Em 1975, foi elaborado um plano com proposta de criação de um Centro de Saúde Mental, que previa atendimentos psiquiátricos ambulatoriais, pronto-socorro, internação 24 horas, hospital-dia e oficinas de capacitação em psiquiatria. Lima ressalta que esse plano sofreu resistência de segmentos mais conservadores da psiquiatria, em razão das propostas de serviços abertos e de acompanhamento psiquiátrico em hospital geral. No ano seguinte, inaugurou-se o primeiro hospital psiquiátrico público, à época denominado Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), atualmente denominado Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), como decorrência de uma decisão política da FHDF. O HPAP funcionava como local de triagem de internações e observações breves. Casos que requeressem a demanda de internações mais prolongadas eram encaminhados para clínicas conveniadas com o governo.

Em 1980, no entanto, findou-se o contrato entre a FHDF e a UnB, tornando inviável a implantação do Centro de Saúde Mental, o que acontece somente no fim da década de 1980, quando é inaugurado o primeiro serviço substitutivo ao manicômio, o Instituto de Saúde Mental (ISM). Dentro de um panorama de questionamento da política de saúde mental do DF, nasce, em 25 de abril de 1991, o Movimento Pró-saúde Mental (MPSM-DF), objeto desta pesquisa, que, à época, ligou-se nacionalmente ao Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Algumas das lutas e frentes de resistência encabeçados pelo MPSM-DF serão descritas mais adiante. Vale a pena destacar que a articulação local no DF aproveita experiências e contatos com coletivos de saúde mental nacionais como o MNLA e culmina em experiências potentes no âmbito do ISM no DF e do Programa de Residência em Saúde Mental do Adulto, com destaque para uma abordagem psicossocial e multiprofissional.

3.2. CIRCUITO DOS AFETOS E AS PRÁTICAS DE MILITÂNCIA ANTIMANICOMIAL

Por todo o exposto até o presente, fica a questão: como a temática do circuito dos afetos dialoga com a mobilização social? Safatle (2015) nos convida a refletir sobre a circulação dos afetos. Faz isso ao discorrer inicialmente sobre o medo como afecção que funda os acordos sociais. O autor faz um chamado à coragem de avançar para além dos limites impostos pelo medo, de tal maneira que somos impelidos a nos afetar de novas formas. Isso porque o medo traz uma pseudosseguurança de conforto, ou seja, se tenho medo que o outro tire algo de mim, me despossua, eu me afasto para me manter seguro. O medo dessa despossessão traria uma coesão social nessa perspectiva.

Diante desse medo que se tem uns dos outros, as instâncias superiores do Estado assumem uma representação psíquica importante, uma vez que as pessoas projetam em alguém com poder maior e central (a exemplo, o presidente da república) suas faltas a serem supridas, como a garantia de proteção à despossessão. Essa instância maior, incorporada dessas projeções, garante algo que se pode chamar de distanciamento relacional, em que o medo que se tem do outro causa uma espécie de renúncia das relações. (SAFATLE, 2015).

Na contramão dessa renúncia, Safatle (2015) convida, agora sob uma perspectiva freudiana, a recorrer ao desamparo, viver tal afeto, pois ele antecede a abertura da possibilidade de viver, promove a emancipação e a coragem. Somente dessa forma os sujeitos abrem-se novamente às vinculações sociais, condição fundamental à mobilização social que promova mudanças políticas.

Ao dialogar também na temática de afetos e afecções, Sawaia e Miura (2013) abordam o tema ao falar sobre razão e paixão, muitas vezes consideradas na literatura como afecções que se opõem. As autoras, no entanto, destacam que não há como distinguir ou dividir corpo e mente (alma); antes, afirmam que um também repercute na outra. Isto importa dizer, pois as autoras apontam que a realidade externa ganha sentido na medida em que há experiência afetiva. Essa é efetivada na relação com o meio, com os objetos e na convivência interpessoal. Uma vez que é estabelecido contato com o outro e com o meio, o corpo afeta e é afetado.

Em outro trabalho, Sawaia (1999) defende que há “signos emocionais comuns”, criados a partir da experiência de vida, que mediam a maneira como se é afetado. Tal

afirmação conversa com a perspectiva de Safatle (2015) apresentada anteriormente, uma vez que ambos falam da necessidade relacional como prerrogativa para novas afecções.

No campo da saúde mental, especificamente da luta antimanicomial, Kinoshita (1996) também dialoga na tópica dos afetos. Reflete que o adoecimento mental vem junto com a diminuição da autonomia. Tal se deve ao fato de que se perde o que ele chama de “poder contratual”, conforme já explicitado. Isso acontece porque valores são atribuídos aos indivíduos, permitindo a eles fazerem trocas no universo social, as quais se apresentam na forma de bens, mensagens e afetos, como dito alhures. No processo de adoecimento mental, há uma invalidação e uma negatização do valor dessas trocas, tornando nulo, por conseguinte, o poder contratual dos ditos loucos. O processo de resgate desse sujeito implica reativar a capacidade de troca dos indivíduos, objetivo prioritário da luta antimanicomial. O campo da mobilização social torna-se então terreno fértil às trocas afetivas propostas por esses autores.

Nesse cenário, corroborando com Safatle (2015) e Sawaya (1995), a esperança torna-se urgente, pois é esse afeto que impulsiona a busca de um ideal de sociedade em que seja viável a realização dos anseios fundamentais e profundos do coração. Vasconcelos (2019) aborda uma questão fundamental a esta pesquisa: “como resgatar e difundir a esperança e a mobilização para o enfrentamento da gravidade da situação?”. Ele elenca serem necessárias à mobilização a determinação para o enfrentamento e a solidariedade, aliada à afetividade no estabelecimento das relações sociais. Segundo o autor, e corroborando as concepções em que se baseia esta dissertação, a vivência da alegria e do amor são forças necessárias à transformação social.

Como podem os autores e autoras aqui citados nos informar sobre possíveis circuitos dos afetos no campo da saúde mental, tendo como espaço de materialização as políticas públicas, os processos de trabalho e outros âmbitos institucionais no seu embate com movimentos sociais e coletivos informais, cujas plataformas de luta trazem novas formas de existir e agir?

Sobre o agir, Lancetti (2016) problematiza que, em uma instituição psiquiátrica, ou em um consultório fechado ambulatorial, onde impera a gramática clínica, esse discurso é aceito, uma vez que a relação de poder está estabelecida e dada. Para um agir diferente, ele diz que é preciso “enxertos de transferência”, aos quais chama também de amizade. O termo parece estranho à primeira vista no contexto de cuidado

em saúde mental, em que o tradicionalismo indica um distanciamento entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Mas não o é, uma vez que esse tipo de relação, para o autor, é uma das mais fundamentais e bonitas vivências, por possibilitar o nascimento da afeição. O terapeuta amigo não deixa de ser também um estrategista, por tensionar a evitar o que chama de inclemências de cura, crueldade e também interdição. Há felicidade na conjunção do amigo e do terapeuta. Por essa razão, a clínica peripatética é repleta de paradoxos e do inédito.

A esse respeito, Rotelli (2019, p.99) afirma que:

E não se pode fazer senão a partir da singularidade dos indivíduos. Das práticas diversas: fazer, inventar, representar, reconstruir as relações entre as esferas que tendem a autonomizar-se, na esquizofrenia do indivíduo, assim como na geral. Nós não podemos senão fazer isto: representar para agir.

Sawaya (1987) aborda o sofrimento ético-político, conceito que importa aqui por demonstrar o afeto que faz um grupo de pessoas se encontrar em um coletivo de luta por direitos. A autora, ao falar de consciência, diz que ela não depende apenas de atividade intelectual cognitiva, mas conta também com uma dimensão emocional afetiva. Ela denomina os sentimentos de elementos constitutivos do agir. Faz reflexão sobre o sofrimento psicossocial, em que há uma ruptura entre agir/pensar/sentir, provocada pela miséria, medo e passividade. (SAWAYA, 1995, 1999).

Tal concepção corrobora com a de Safatle (2015), quando, como dito, fala do medo como afeto estruturante da sociedade, o qual nos impede de nos afetarmos de formas diferentes. O sofrimento, portanto, não é individual, assim como o medo é um afeto coletivo. É determinado pela situação social em que o indivíduo se encontra, prejudicando-o no movimento de ir contra as formas de cerceamento de liberdade.

Na dimensão ético-política, o sofrimento parte do paradoxo inclusão *versus* exclusão social. A afetividade orienta a ação do sujeito no mundo e na realidade brasileira capitalista, produzindo uma inclusão perversa, em que o sujeito nunca alcançará os padrões impostos, gerando desigualdade e exclusão social, o que diminui a potência de agir. A superação disso só é possível em meio a encontros grupais que considerem as dimensões subjetivas e afetivas das pessoas. (SAWAYA, 1999).

Dessa forma, conforme convida Lancetti (2016) ao descrever a práxis peripatética, aquela que desenha o cuidado a partir do encontro com o outro, este trabalho destina-se àquelas pessoas que não se adaptam aos protocolos tradicionais,

que anseiam pelo desmonte dos manicômicos internos e externos, de modo a mudar a relação da loucura com a cidade, a cultura e a política, por meio de uma militância que promova transformação e que seja também afetivamente construída, em um circuito complexo, desenhado a partir de encontros, esperança que nasce no fazer com o outro.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa foi realizada no Distrito Federal (DF) e foi composta de pessoas que participaram de ações do MPSM, em um recorte temporal desde seu início até novembro de 2017. Esta autora integra referido movimento e passou a participar dele após aquela data, no intuito de permitir maior aprofundamento na história do coletivo em época anterior ao ingresso da autora. Inicialmente, foram definidas duas pessoas para ser entrevistadas e as demais foram selecionadas a partir da referência dessas, no que concerne ao seu papel e à contribuição destacada no âmbito do movimento Pró-saúde Mental. Pela constituição histórica do MPSM, composto de profissionais, usuários, familiares e gestores, a amostra está representativa nesse sentido. Pode-se dizer que o percurso metodológico teve como enfoque principal identificar onde residiam os espaços de contestação e os processos decisórios no campo de saúde mental, a partir das conexões e vínculos que permeavam o movimento e os coletivos.

No que se refere ao delineamento teórico-metodológico, esta pesquisa foi realizada com uso de abordagem qualitativa, por meio do estudo de memórias, segundo a perspectiva de Bosi (1994). Tal metodologia não tem propósito de delimitar amostragem, mas de registrar a voz e, dessa forma, também a vida e o pensamento das pessoas entrevistadas. Permite-se aqui, a quem entrevista, ser também um meio de transmitir lembranças (BOSI, 1994).

4.1. CENÁRIO DE ESTUDO

O universo de pesquisa foi o MPSM-DF, coletivo organizado e em funcionamento há mais de 20 anos, que atua sob uma ótica radical antimanicomial, em prol do avanço da Reforma Psiquiátrica. Atualmente, esse núcleo do DF está ligado à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). O MPSM tem como perspectiva a garantia de direitos das pessoas com sofrimento mental e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Cumpre a agenda local de luta antimanicomial no Distrito Federal, com várias ações organizadas e articuladas com frentes da sociedade civil, controle social, gestão e política. A periodicidade das ações e reuniões varia conforme demandas de luta do período.

4.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado roteiro de entrevista aberta, com cinco perguntas disparadoras (Apêndice A), que poderiam sofrer acréscimos a depender das respostas fornecidas, para demonstrar sensibilidade e flexibilidade que permitissem à pesquisadora aprofundar-se no objetivo da pesquisa. Segundo Poupart (2010), existem argumentos epistemológicos, ético-políticos e metodológicos que justificam o uso da entrevista como recurso nesse tipo de investigação. O autor afirma que tal instrumento é privilegiado e necessário para explorar e apreender o lugar dos atores sociais, suas condutas, dilemas e enfrentamentos. É mais do que entender o ponto de vista deles, é, principalmente, trazê-los com seu discurso para o centro e só então compreender e interpretar suas vivências. Alcançar tal dimensão só seria possível ao se considerar a própria perspectiva deles e o sentido que elas atrelam a suas ações. Os autores destacam que as entrevistas são instrumentos que permitem colher informações que clarifiquem o funcionamento de um determinado grupo. Dessa forma, o entrevistado não somente fala sobre sua realidade, como também representa um ou parte de um grupo.

Quanto ao uso de questões abertas, somente elas permitem a liberdade de respostas e o afluxo de informações que viabilizam e criam ambiente propício para a compreensão do universo do estudo. Vale destacar que, mesmo com tais benefícios, nenhum tipo de entrevista é capaz de alcançar uma experiência em sua totalidade. (POUPART, 2010; CEDRO, 2011).

Foi realizada análise documental das atas do MPSM do DF existentes até o ano de 2017, de modo a complementar as entrevistas numa perspectiva histórica.

As entrevistas foram realizadas no período de 10 meses, de dezembro de 2019 a setembro de 2020, todas desenvolvidas presencialmente, exceto as duas últimas, realizadas por vídeo, devido à pandemia do coronavírus e ao distanciamento físico, que trouxe a exigência da aplicação de medidas de biossegurança necessárias à prevenção da proliferação do vírus.

4.3. ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das respostas colhidas, procedeu-se à leitura exaustiva para agrupar pontos comuns e divergentes, sentidos e padrões, e recortar trechos

importantes à análise.

Utilizou-se a sequência de Bosi (1994) para organização e análise dos dados: reflexão sobre a memória e sua ligação com a vida social à luz do referencial teórico deste trabalho; função da memória (nesta pesquisa, em movimento social); transcrição das entrevistas; e reflexão sobre os resultados a partir dos condutos teóricos que se desenrolaram.

Para análise das falas, utilizou-se a teoria da subjetividade de González Rey. González Rey, Goulart e Bezerra (2016), ao definirem subjetividade, citam que ela expressa quão móvel e diversa é a vivência individual e em um coletivo. Dessa forma, é possível caracterizar a vivência experienciada por meio das produções subjetivas do sujeito ou de seu grupo, o que eles chamam de dimensão, particular e de coletivo, que se integram e se trocam permanentemente, em um fluxo contínuo. Durante as entrevistas, registraram-se em diário de campo as percepções que emergiram no momento.

Foi realizada também a análise documental, a fim de se compreender as entrevistas numa perspectiva também histórica. Os achados documentais foram importantes para elucidar algumas falas em sua localização no tempo e na conexão com outras narrativas. É pertinente fazer essa retrospectiva para que se tenha uma compreensão global, tanto da vinculação dos indivíduos no movimento, como das transformações ocorridas.

Na etapa que se seguiu, foram definidas categorias temáticas que dialogassem com o conteúdo que emergiu a partir da fala das pessoas entrevistadas. A primeira categoria, denominada “caminhos e encontros no desamparo”, busca descrever e refletir o ingresso de cada uma das pessoas entrevistadas no MPSM e das diferentes perspectivas de que o afeto do desamparo foi mostrado. A segunda, intitulada “a esperança que nasce do não lugar”, fala principalmente de uma inconformidade experienciada durante as diferentes trajetórias de luta, que levaram cada ator social, sujeito desta pesquisa, a encontrar esperança nas ações do MPSM. A terceira, denominada “lutas, circuitos e novos afetos”, aborda os caminhos e desenhos que cada pessoa consegue estabelecer a partir de suas ações no coletivo.

4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa se insere como uma das

ações propostas no projeto de pesquisa intervenção “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mediada pela avaliação participativa”. Este foi aprovado pelos Comitês de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs\SES\DF), segundo parecer nº 2.270.086, em 12 de setembro de 2017 (Anexo A); e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP\FS-UnB), sob parecer nº 2.200.022, em 3 de agosto de 2017 (Anexo B).

A fim de evitar que as pessoas entrevistadas nesta pesquisa fossem identificadas, foi utilizada a letra “E” seguida de um número conforme a ordem da entrevista, variando de 1 a 10.

Ressalta-se que todas as pessoas que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), e um Termo de Autorização do Uso de Som e Imagem (Apêndice C). No momento da realização de cada entrevista, foi firmado compromisso social de apresentação dos resultados finais deste trabalho.

4.5. LIMITES ENCONTRADOS DURANTE A PESQUISA

O envolvimento da pesquisadora com o cenário de pesquisa, na condição de militante, pode ser considerado uma limitação. Entretanto, resguardados os tradicionalismos acadêmicos, em que pesem as críticas que apontam para uma necessidade de distanciamento entre pesquisador e objeto de pesquisa, a proximidade, aliada à completa conexão, ao levar em conta os objetivos do estudo, se faz não só fundamental, mas colabora com as conexões afetivas que surgem dessa travessia e que contribuem diretamente para a análise dos achados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados elencados a partir da coleta de dados. Inicialmente, é feita a apresentação dos participantes e, posteriormente, são apresentados os resultados em três categorias temáticas. Na primeira, "caminhos e encontros no desamparo", descreve-se e reflete-se sobre a vinculação de cada participante no MPSM e as diferentes perspectivas sobre o afeto do "desamparo". Na segunda, "a esperança que nasce do não lugar", é tratada a inconformidade experienciada durante as diferentes trajetórias de luta que levaram cada ator social sujeito desta pesquisa a encontrar esperança nas ações do MPSM. Na terceira, "lutas, circuitos e novos afetos", são abordados os caminhos e desenhos que cada pessoa conseguiu estabelecer a partir de suas ações no coletivo. A partir da discussão desses achados, busca-se refletir a respeito dessas conexões, alcançar aprendizados e construir novos conhecimentos.

5.1. OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E SEUS CIRCUITOS

No que tange à caracterização da amostra, para que houvesse diversidade nos relatos e se pudesse compreender com profundidade o objetivo de pesquisa, buscaram-se participantes de diversas frentes, que trouxessem em seu discurso recortes temporais diferentes, de modo a permitir cruzar informações pelas memórias que emergiram. Tem-se um total de cinco mulheres e cinco homens entrevistados. Todos e todas estiveram ou estão no MPSM, vinculados ao coletivo ou em ações promovidas por ele, até o ano de 2017. Foi identificado que, das pessoas entrevistadas, duas atuaram em frentes de gestão, uma na política, uma integrante da sociedade civil, duas trabalharam na RAPS, uma era familiar de usuário de serviço CAPS e três eram usuárias de serviços de saúde mental.

Para iniciar o que chamo de travessia na análise de "onde os afetos circulam", cito a fala de E8:

E quando a gente pensou nesse nome, Movimento Pró-saúde Mental... Porque a gente queria sair um pouco do viés "anti", anti alguma coisa. A gente queria criar uma coisa nova e não combater uma velha. Então, porque... Claro, o Movimento da Luta Antimanicomial foi um Movimento super, mega importante que começou a mudar a cara da atenção à saúde mental no Brasil. Mas a gente queria um nome que fosse... que a gente já dissesse o que a gente queria. Então, 'Pró-Saúde Mental', isso queria dizer que a gente queria

estar a favor de uma... de um Movimento de saúde mental, de uma mudança de perspectiva, né? Não só ir contra os manicômios, claro que a gente não queria mais manicômio, isso estava claro, mas a gente queria dizer o que a gente queria, de fato. O Movimento a favor de alguma coisa nova. E8 (transcrição, neuropsiquiatra).

E8 em sua fala, mais do que um trecho do início da história do MPSM, em 1988, traz uma memória afetiva. Perceba que ao falar da escolha do nome de um movimento social que perdura até hoje, ainda denominado da mesma forma, afirma que tal escolha decorre de uma desejo profundo de um determinado grupo de transformar. Ela inclusive usa a palavra “mudança”. O nome desse movimento social organizado carregava consigo mais que uma mensagem, mas um compromisso comum de promover mudanças na sociedade. Safatle (2015) nos convida ao exercício da coragem de nos afetar de diferentes formas, para, assim, promovermos mudança, transformação na realidade social. O MPSM nasce com esse compromisso ético, de ser e se fazer um espaço para além do espaço real. O que se quer dizer com isso fica expresso no fluxograma a seguir, no qual é possível reconhecer os circuitos, conexões afetivas e militância, desenhado conforme se desenrolavam as entrevistas.

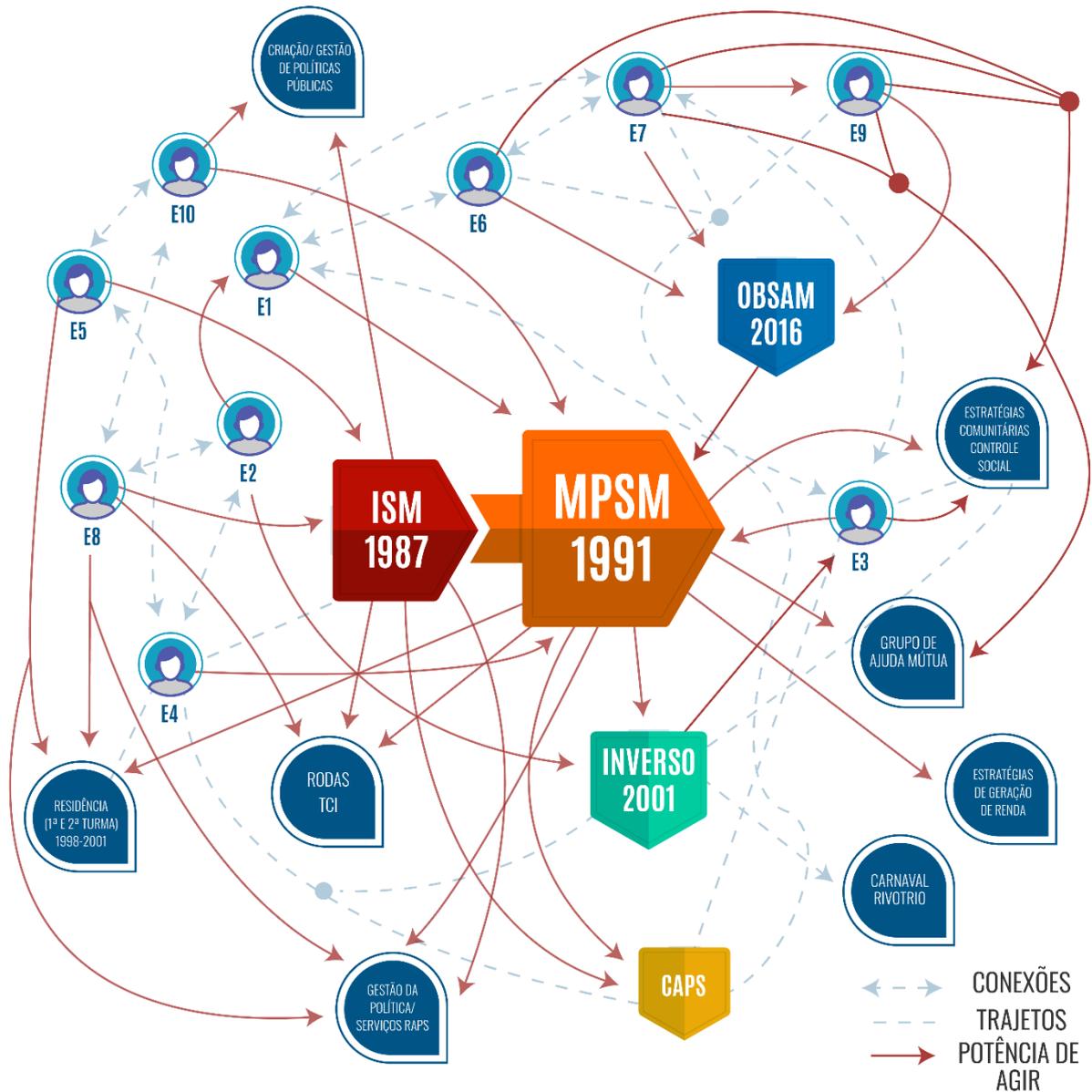


Figura 1 - Diagrama Potência de Agir, Conexões e Trajetos de militância do MPSM do DF

À luz da figura 1, fica evidente os trajetos e conexões existentes no percurso da militância no campo da saúde mental. Também se demonstra a potência de agir (SAWAYA, 1985), que culmina em mudanças sociais a partir do circuito dos afetos (SAFATLE, 2015) construído entre as pessoas. Destaca-se que o MPSM nasceu de uma intensa agenda política, criada em torno do primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, o Instituto de Saúde Mental (ISM). Esse espaço deve-se também a uma articulação afetiva, como relataram E2 (assistente social), E5 (psiquiatra) e E8 (neuropsiquiatra), estabelecida a partir do desejo de acompanhar os movimentos nacionais de militância antimanicomial, no fim dos anos 1980, época próxima à redemocratização do país. A participante E10 (figura política) ainda cita, em sua entrevista, que quando atuou na estrutura de governo se envolveu muito com a pauta

de saúde mental, ao se aproximar, em seu primeiro mandato, de E5 e E8, ambos gestores. E1 (psicólogo), integrante da sociedade civil, diz que veio para Brasília e se juntou ao MPSM ao ser indicado a falar com E2, na época profissional reconhecida nacionalmente pelo seu trabalho de militância e construção de modelos alternativos de convivência na saúde mental, assim como E4 (trabalhadora da RAPS), que também entra na composição do MPSM a partir de articulação com E2 e E5. Assim, percebe-se pelas trajetórias dessas pessoas que encontrar o outro com uma intencionalidade definida implicou achar/ser alguém que afeta e é afetado, com um horizonte de insurgência e militância.

Outros importantes marcos históricos na militância do MPSM do DF, resultantes da potência de agir desse circuito, foram a criação do Programa de Residência em Saúde Mental do Adulto e a Organização não Governamental Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social (ONG Inverso). (SAWAYA, 1985; SAFATLE, 2015)

Lima (2002) aponta que a Residência Multiprofissional em Saúde Mental nasce em 1999, em resposta às tentativas de retomada do modelo hospitalocêntrico de cuidado em saúde mental. Militantes do MPSM e outras frentes da luta antimanicomial articulam-se, bem como E4 (que também foi uma das residentes das turmas criadas à época), E5 e E8 lutam pelo e para que o programa de residência oriente-se pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Apesar de as turmas terem findado em 2001, por questões políticas e forças conservadoras, muito foi realizado a partir desses espaços. Um exemplo é o “Varal da Casa Verde”, no ano 2000, quando residentes, militantes antimanicomiais, trabalhadores de saúde mental e estudantes organizaram-se em conjunto com usuários da RAPS para reunir obras artísticas e fazer apresentações, aliando cultura e loucura, a fim de demonstrar que o cuidado em liberdade era possível, o que corrobora diretamente o princípio da desinstitucionalização. (FALEIROS, 2017).

Em 2001, os mesmos residentes, em conjunto com os militantes do MPSM e com grande e fundamental protagonismo de E2, fundam a ONG Inverso, há pouco citada com um dos marcos históricos da militância do MPSM, numa proposta inusitada de resistência e, ao mesmo tempo, de criação de espaço para convivência e desinstitucionalização de pessoas com sofrimento mental grave e crônico. (FALEIROS, 2017).

No fluxograma apresentado na figura 1, à luz da fala dos entrevistados, E3 (usuário de serviço da RAPS) envolve-se no coletivo de militância a partir de ações

da Inverso. Isso demonstra a potência de desdobramento das trajetórias de luta em diversas ações e é evidenciado também nas trajetórias de E6 e E7 (ambos usuários de CAPS) e E9 (familiar), que adentram ao MPSM a partir de cursos de formação promovidos pelo Observatório de Saúde Mental (Obsam). Notam-se também no fluxograma as diversas conexões e trajetos que se estabelecem a partir do movimento, resultando em envolvimento em outras frentes de resistência, grupos comunitários, estratégias de geração de renda e de controle social.

No que concerne à análise documental, tem-se a primeira ata datada de 25 de outubro de 1993. Sequencialmente, acham-se registros dos anos de 1994, 1995, 1997, 1999 e 2013. É fato curioso que as reuniões tenham tido início com a participação de apenas cinco pessoas e, nos últimos achados, encontra-se um total de 17 participantes. Os registros não têm periodicidade regular, porém são ricos no sentido de construir e trazer fragmentos históricos e políticos da Reforma Psiquiátrica do DF. Dentre os achados, encontram-se atas, documentos de reivindicação popular, carta de organização de serviços substitutivos, descrição de eventos de saúde mental e luta antimanicomial. Tudo isso emerge de coletivos que se construíam e se reconstruíam, ancorados em um circuito dos afetos que se renovava e se mobilizava em torno de causas; de pessoas que entendiam que o paradigma da loucura precisava ser superado, para dar espaço à inclusão, cidadania e saúde; que compreendiam que o campo da saúde mental tem urgência de ser construído para que a doença seja colocada entre parênteses e o sujeito possa ser visto com seu sofrimento e relação com o corpo social. (ROTELLI, 2019).

É importante comentar e refletir sobre o ISM, um dos espaços pioneiros de cuidado em saúde mental que surge no DF, direcionado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica Democrática, segundo relatou E2. O Distrito Federal conta ainda hoje com esse espaço que se tornou terreno para as primeiras ações e experiências concretas de grande potência do MPSM, a exemplo das reuniões e mobilizações políticas propostas e impulsionadas a partir desse coletivo, as quais tiveram início naquele ambiente. Pelos registros documentais, verifica-se que o ISM foi inaugurado em 1987, incentivado por outros serviços no país, que tratavam pessoas em sofrimento mental com respeito e dignidade, conforme relata E8. Estabelece-se então um espaço potente, que surge de intensas lutas políticas, firmadas em ideias antimanicomiais e encabeçadas por esse movimento social organizado, constituído de profissionais, gestores, usuários e familiares. Isso corrobora a fala de E8:

Quando a gente percebeu que havia um movimento em nível nacional, nós voltamos para Brasília e pensamos: o quê que a gente poderia fazer com essa... esse Movimento em nível nacional? Como é que a gente, Brasília, poderia participar desse movimento? E8 (transcrição, neuropsiquiatra).

Ao se desenvolver mais adiante as categorias temáticas que emergiram desses encontros, formalmente denominados de entrevistas, ficarão mais claras as interligações mencionadas, que evidenciam afetos gerados, mantidos e renovados. Esse desenho revela um universo político que não é homogêneo e estanque. Por ora, importa dizer que esta autora foi surpreendida por mais do que uma história de um movimento social organizado, mas por várias histórias e de variados atores que se atravessam e se conectam nisso que chamamos de militância.

Seguem-se, agora, as categorias temáticas desenvolvidas, com o objetivo de aprofundar os conceitos até aqui elencados.

5.2. CAMINHOS E ENCONTROS NO “DESAMPARO”

Compreender que a sociedade brasileira constitui-se, segundo Safatle (2015), essencialmente pelo afeto do medo e correlacionar ao processo histórico da Reforma Psiquiátrica, em que historicamente o “louco” passou por um processo de extrema desvalorização, perpassa um desafio fundamental na seguinte reflexão: como a luta antimanicomial estabelece uma perspectiva e caminho de resgate do sujeito social por meio desse circuito dos afetos?

Na fala de uma das pessoas entrevistadas nos deparamos com uma reflexão importante do sentimento de medo e desamparo que o olhar do outro pode causar:

Tem profissional e profissionais, é claro, que tem uns que olham pra gente como ser humano, e tem outros que olham a gente como uma troca de mercadoria. Uma mercadoria de troca. Então o seguinte, pra aquele que olham a gente como cidadão, foi isso que me motivou. E3 (transcrição, usuário de serviço RAPS).

Vasconcelos (2019) fala de dois tipos de profissionais: aqueles que ao trabalhar com os pobres e marginalizados baseiam sua prática apenas na obrigação profissional e cobrança institucional; e os outros, que se orientam pelo vínculo afetivo e o compromisso gerado a partir daí. Na fala de E3, destacada acima, percebe-se que ele também se depara com esses dois tipos de trabalhadores de saúde mental. Esse vínculo com profissionais que se comprometem de forma mais profunda, a que o autor chama de visceral e atávico, acaba por reforçar um compromisso com a comunidade,

cultivando indignação diante das injustiças que motivam o envolvimento em lutas políticas pela garantia de direitos, por força das dificuldades encontradas no trabalho em saúde. Pode-se inferir que aqueles agentes de saúde que ordenam sua conduta profissional apenas pela obrigatoriedade podem estar também direcionados pelo afeto do medo, do receio do outro, de seu contato e do que a vinculação pode causar, privando-se de serem afetados de outras maneiras. Pois afetar e ser afetado requer exposição, coragem para se sentir desamparado e, assim, mobilizar potência de agir.

No entanto, no bojo da narrativa de E3 encontra-se outro desdobramento: após discernir os dois tipos de profissionais, ele expressa o seu desejo no tocante a qual profissional quer que o atenda. Safatle (2015) elabora perfeitamente a fronteira entre a consciência e o reconhecimento dos predicados:

Se voltarmos os olhos a uma dimensão mais estrutural do problema, será importante lembrar como a etimologia de “predicar” é bastante clara. Vinda do latim, *praedicare*, significa “proclamar, anunciar”, a predicação é aquilo que pode ser proclamado, aquilo que se submete às condições gerais de anunciação. Predicados de um sujeito são aquilo que ele, por direito, pode anunciar a si no interior de um campo no qual a universalidade genérica da pessoa saberia como ver e escutar o que lá se apresenta. No entanto, há aquilo que não se proclama, há aquilo que faz a língua tremer, há aquilo que não se dá a ver para a pessoa. Expressão do que destitui tanto a gramática da proclamação, com seu espaço predeterminado de visibilidade, quanto o lugar do sujeito da enunciação, que pretensamente saberia o que tem diante de si e como falar do que se dispõe diante de si. Isso que faz a língua tremer e se chocar contra os limites da gramática é o embrião de outra forma de existência. Nesse sentido, tal horizonte antipredicativo de reconhecimento não será capaz de encarar nas condições de determinação do que pode ser proclamado. Por isso, ele funda uma política que recusa, ao mesmo tempo, a crença na força transformadora tanto da afirmação da identidade quanto do reconhecimento das diferenças. Pois trata-se de um equívoco maior acreditar que a diferença seja a negação dialética da identidade (p. 24-25).

Quando a pessoa entrevistada diz da forma como se sente ao ser vista e tratada por outra pessoa, pode-se fazer um diálogo muito próximo daquilo que trata o autor no trecho transcrito. O autor defende que uma política de fato transformadora não pode ser normatizadora de indivíduos e institucionalizante. O manicômio, em correlação, possui justamente tais características, ao não reconhecer os predicados dos sujeitos e nem considerar suas diferenças. Isso repercute no que Safatle (2015) denomina aquilo “que faz a língua tremer”, que gera essa outra forma de existência; uma forma em que exista um coletivo seguro, em que o indivíduo afirma sua identidade e predicados em meio ao reconhecimento das diferenças. Tal movimento só é possível em espaço democrático e equânime. Quando E3 diz que ao ser olhado como cidadão se sente motivado, entende-se que há um reforço para seu

estabelecimento identitário e possuidor de direitos, há estabelecimento de vínculo, e cria-se condição para emergir o sujeito político, único, carregado de subjetividade, predicados, mas também coletivo, capaz de ser um em um todo.

Sob uma perspectiva foucaultiana, Safatle (2015) avalia que a capacidade de produzir horizontes disciplinares das formas de existência fundamentam a dimensão coercitiva de poder. Assim, pode-se compreender os mecanismos de internação e contenção das crises psiquiátricas como dispositivos essencialmente de controle e promoção do medo como afeto circulante. O autor diz, ainda, que os discursos disciplinares sobre as diversas ordens que envolvem também a saúde e a doença definem, conforme o conceito canguilhemiano, as normatividades que colaboram para produzir uma ideia de vida com possibilidade de ser vivida, mas que, na verdade, está condicionada a formas pré-definidas socialmente de viver. Uma fala que exemplifica essa perspectiva é a seguinte:

Porque eu vejo que a pessoa que tá internada ali, no Hospital São Vicente de Paulo... quem é que garante que eu não posso ser internado lá também? E passar as mesmas coisas que eles passam? Isso que eu vejo. E6 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Aqui, percebe-se o uso do poder disciplinar como forma de instauração do medo circulante. A pessoa entrevistada, no entanto, não se paralisa, mas, antes, busca um coletivo de resistência e insurgência para lutar contra e superar tais dispositivos.

Apresenta-se então o conceito, também foucaultiano, de biopolítica, à luz da análise de Safatle (2015). Trata-se de uma técnica de poder soberano, uma vez que demonstra o seu impacto ao constituir vidas sem predicados, desconectadas de sua normatividade intrínseca, o que o autor chama de imanente. No hospital psiquiátrico, mencionado na fala de E5, concebem-se os espaços em que as subjetividades não podem sequer ser manifestas, quanto mais respeitadas. Nesse lugar não há, portanto, espaço para vidas com seus predicados.

Sobre normatividade, em outro trabalho, Safatle (2011) discute o termo ao distinguir os conceitos de normal e patológico, que interessam à temática desta pesquisa por criar terreno, dentro dessa disparidade, para toda a luta de direitos de pessoas em sofrimento mental. Reflete que a doença funciona como uma ruptura do silêncio do corpo em relação ao próprio sujeito, uma vez que traz à luz problemas que demandam cuidado e intervenção. Aqui, apresenta-se mais um relato de E5, ao refletir

sobre seu próprio sofrimento e evidenciar a importância da identificação, nesse processo, com outros pares:

Tem. Bastante. A sociedade em geral, né? Tem algumas... que a pessoa só sabe quando ele passa, entendeu? Se eu tô sentindo uma dor, você não sabe o que eu tô sentindo. Mas quando você começa a sentir a dor você sabe o que que é. E5 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Após essa fala, surge a questão que trata de adoecimento mental, em que há uma tensão social de silenciamento e cerceamento de liberdade. Como fazer o corpo e os afetos do dito “louco” serem ouvidos?

Afirmar que a doença não seja uma fala pronta para ser elucidada, como fez E3, E6 e E5, a partir de um olhar clínico, parece uma boa resposta, ao menos inicialmente. Numa perspectiva canguilhemiana e também foucaultiana, a doença, o patológico, não possui esse discurso próprio, ordenado por sintomas, distúrbios e transtornos; antes, sua manifestação está conectada à forma como se organiza o que precisa ser visto e ouvido. Coloca-se em questão que combater o sofrimento com discursos clínicos não se mostra suficiente para conferir a necessária eficácia terapêutica e retomar a saúde ao doente. Ao refletir sobre isso, Safatle (2011) questiona: “O sofrimento é um fato que fala por si mesmo ou é um fenômeno que é levado a falar no interior de contextos sócio-históricos determinados?”

Nesse panorama de escassez e exclusão, é possível compreender por que as falas transcritas neste trabalho estão carregadas de indignação: é para requerer que seus autores sejam vistos como sujeitos de direitos. Tal inquietação culmina em se juntar ao coletivo do MPSM, ambiente em que se pode militar por isso, mesmo diante de uma realidade pouco propícia. Pode-se verificar o que fora explanado em mais uma fala:

Olha só o que eu sei do movimento é o seguinte, é que o movimento Pró Saúde Mental com a Inverso ele foi um movimento que sempre discutiu a melhoria para o próprio usuário de saúde mental é, e independente de quem estivesse ali é na direção daquele serviço, ele sempre buscou tá direcionando o usuário pra se empoderar e tomar conta da sua própria vida. Por exemplo, me parece assim ao meu entender que todos os profissionais como residentes, como profissional que passava por ali eles tinham a mesma ideia, de tá sempre empoderando, indicando para o usuário que ele era um ser, que ele era um cidadão, que ele era um indivíduo, que ele tinha que estar no meio da sociedade por igual com todos e se sentindo um cidadão, não ser aquele cara doente que muita gente fica dizendo assim: Ah, nós temos uma defesa para o usuário de saúde mental, mas na hora de estar no meio da sociedade os "doidim" tava separado e as pessoas que se declaram não doida estava de um outro lado. Então o movimento Pró Saúde Mental ele trouxe isso pra sociedade, é, diversificar as pessoas junto com o usuário junto do profissional,

independente de qualquer situação ali naquele meio quando se tava em algum evento, quando se tá em algum evento ninguém sabe ali quem é usuário e nem quem é profissional, a gente se mistura, porquê foi uma situação que foi criada entre os usuários e os profissionais que ali estão é que não pode haver diferença, não pode existir diferença entre o profissional com o usuário, eu observo isso, então isso foi uma coisa que foi criado que vale muito a pena pro usuário, usuário hoje ele se sente empoderado de certa forma que quando ele chega em algum lugar ele já consegue é... sair do meio dos companheiros ali, fazer uma atividade sozinho por exemplo se vai numa viagem, não é necessário que o usuário esteja colado ali com os profissionais e já consegue se soltar sozinho, a partir dali, do que ele aprendeu ali ele sabe que independente de se ele tá bem ou não ele tá ali como um cidadão, então ele pode deslocar sozinho pra onde ele tiver vontade, então o movimento deu essa liberdade pra gente, qual o serviço em si, voltado diretamente pra o governo nem sempre tem esse olhar, então o movimento Pró Saúde Mental ele trouxe essa característica de diversificar o serviço, mostrar pro próprio serviço, que o usuário do serviço frequentador que seja do serviço ele tem que ter liberdade pra esse cidadão, então o movimento ele trouxe isso, dando assim aquela mais de dizer, você está aqui mas você não está aqui apenas porquê você tem que estar aqui, você pode estar em qualquer lugar. E3 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Outro autor, Lancetti (2016), ao falar de uma experiência desenvolvida com o que chama de “adolescentes difíceis”, destaca a importância do estabelecimento da transferência, vínculo que transcende a mera relação profissional-paciente e que supera por ser inédito numa relação que poderia ser estereotipada e sem potencial terapêutico, para uma que funcione como uma injeção de afeto. Aqui se caminha por onde os afetos circulam, como já foi percorrido pela perspectiva de Safatle (2015). Transita-se entre aqueles que encaram o desamparo da busca de cuidado em saúde. Esses são recebidos por trabalhadores que enfrentam todas as ordens de privações referentes a recursos materiais e humanos em escassez no SUS, mas transpõem tais dificuldades criando soluções irreverentes em um cenário precário, aprendendo com a criatividade da comunidade, ao ver, mais que doenças, também potências e possibilidades no território, atuando assim como agentes de mudança social.

Na militância do Movimento Pró-saúde Mental, encontram-se sujeitos que essencialmente vivem algum nível de desamparo como o exemplificado anteriormente. Desamparo institucional que os usuários dos serviços de saúde sentem durante todo o processo de busca por cuidado em saúde, bem como do acompanhamento terapêutico em si; em relação aos níveis de gestão, vividos de forma mais intensa por profissionais das unidades da RAPS; na busca por um coletivo de pertencimento ético e ideológico que insufla esperança diante de uma realidade de injustiça, como experienciam algumas pessoas que passam pelo MPSM durante seu percurso. Sobre cada uma dessas frentes, pode-se refletir que se deixar transitar e

atravessar pelos afetos é prerrogativa fundamental para vislumbrar mudanças e transformações.

Há que se considerar que se abrir à perspectiva de afetar-se para além do medo, de se deixar desamparar, é também se abrir a novas dimensões subjetivas, das quais não se tem um controle consciente. Ali no inconsciente residem rancores, confusão, medos, contradições, agressividades e inquietudes. Para abrir caminho à amorosidade, é necessário acolher e elaborar também as dimensões que se apresentam de forma sombria. Pois o amor é, segundo Vasconcelos (2019), um processo que exige elaboração, requer passar pelo que, segundo ele, não é amor, para dessa forma deixar de ter uma vida restrita ao campo racional, mensurável e explicável. Sobre isso, cita-se a fala de uma das entrevistadas:

Eu fiz, eu estudei medicina na Universidade de Brasília, parte da minha formação é, eu obviamente cursei um estágio na psiquiatria. E depois eu entrei em contato com várias pessoas que atuam nessa área, eu já estava de alguma maneira muito sensibilizada pra temática da saúde mental. É... eu durante o meu estágio na psiquiatria e durante a minha, o meu internato na clínica médica, eu tive pacientes usuários de drogas. E eu percebi o quanto era fundamental uma abordagem correta com relação à situação dos pacientes em drogadição, aí então que seria fundamental uma maneira de trabalhar com eles aberta, que pudesse de fato, é, integrá-los objetivamente a uma proposta em que eles pudessem aderir, senão não haveria como você fazê-los sair dessa condição. Então eu me, tava sensibilizadíssima pra esse tema, desde quando eu estudei medicina. E tive mais contato, assim, direto no sentido de pensar uma política pública com a saúde mental à época e me tornei vice-governadora de noventa e cinco a noventa e oito, quando a gente... como eu era médica, o governador delegou a mim montar a equipe da Secretaria de Saúde, né. E10 (transcrição, figura política).

A pessoa entrevistada atravessa um sentimento de inquietude que culmina na necessidade de promover um cuidado digno, que garanta não só saúde, mas também cidadania, que nasce no confronto objeto deste estudo. Foi preciso vencer o medo de cuidar de pessoas que usavam drogas, vencer os preconceitos, procurar outras pessoas, grupos, e só então avaliar propostas mais adequadas para a população atendida. As pessoas com necessidades decorrentes dos efeitos do uso de substâncias psicoativas experimentam uma série de ausências do Estado. Vasconcelos (2019) reflete que o capitalismo colabora para um individualismo alienante, por estimular relações baseadas na competição. O autor diz ainda que, ao se fazer uma retrospectiva histórica, sempre se verifica a necessidade de distinção entre as pessoas pelo estabelecimento da desigualdade e do uso utilitarista das vidas. Isso nos faz refletir que aqueles que não correspondem aos ideais produtivistas da

sociedade, como os considerados loucos e desviantes, são rapidamente marginalizados, colocados à parte da dinâmica da vida. Depara-se com um cenário de consumismo e alienação, o que resulta em uma fragmentação de sonhos e comodismo. E10 se propõe a mais que olhar para essa parcela estigmatizada da população; entende ser necessário refletir profundamente e fazer algo que traga sentido e dignidade para essas vidas. Ela aceita o convite à coragem.

Outra fala que encontra sintonia com o afeto do medo, mas também da coragem:

É o fato de saber que existe pessoas lá fora tentando acabar com o serviço de saúde mental humanizado dos CAPS. E transformar tudo num manicômio, ou seja, começar a segregar as pessoas. E7 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Aqui, mais uma vez, numa perspectiva de quem utiliza o serviço e que passa por um processo de adoecimento mental, vemos que esse processo, como afirma Kinoshita (1996), resulta em perda do seu poder de contratualidade, de trocas afetivas, de bens e mensagens, e isso gera medo, desamparo, solidão. Conectar-se a um grupo que recupere esse poder de estabelecer contratos sociais permite ao indivíduo se reconhecer no desamparo uns dos outros e adentrar no campo das mudanças sociais. Lancetti (2016) diz que qualquer instituição que agrupe doentes mentais tende à cronificação, pois os ambientes se tornam repetitivos e toda ordem de crise acaba por ser medicalizada. Tal afirmação explica o medo que expressou E7, o temor de que essa realidade estereotipada e encarceradora se repita. Porém, o receio do retorno do manicômio, nesse caso, provoca um desejo de mudança de realidade, a ser alcançado pela vinculação a um movimento social organizado, o MPSM.

A fala de E7, que versa sobre a importância profunda do CAPS para a sua existência, encontra eco em Rotelli (2019), que trata da Reforma Psiquiátrica italiana, destacando a importância dos Centros de Saúde Mental, aos quais também chama de “instituição inventada”. Permitimo-nos, entretanto, questionar a razão desse nome e a relevância daquele local. O autor diz que tais instituições se inserem no âmbito das engenharias sociais para promover socialização e sentido, justamente por terem a potência de intervir na vida cotidiana e em todas as suas repercussões, de modo a produzir ricas trocas, plurais e terapêuticas. Na contramão disso, e de forma expressa no medo de E7, está a “instituição negada”, que representa, mais do que o manicômio, a própria loucura, simplificando e empobrecendo o sujeito. Segundo o autor, a

instituição inventada vem para resgatar essa complexidade perdida. O que a pessoa entrevistada evidencia em sua fala é justamente o desejo profundo de que essa complexidade seja cuidada no lugar certo, no lugar onde “a existência-sofrimento e sua relação com o corpo social” é vista e valorizada. Esse lugar E7 deixa bem claro onde é. Aponta para o CAPS. Lancetti (2016) afirma que a clínica reabilitativa somente pode ser pensada em conjunto com o desmonte manicomial.

Ao ser questionado sobre sua chegada no MPSM, um dos entrevistados relata:

Sorocaba tinha uma particularidade, porque era o maior polo manicomial do Brasil, então a agenda de resistência lá era muito intensa, muito sofrida inclusive né, parte do período que nós organizamos o FLAMAS é, a gente se entregou muito, a gente foi muito perseguido, então existiu um envolvimento afetivo antes de chegar em Brasília, e esse movimento ele talvez continue esse envolvimento ele continue de maneira um tanto quanto automática né de acreditar que existem pessoas sofrendo e esse sofrimento gera lucro pra alguns e que enquanto psicólogo, enquanto ser humano essa agenda é, precisa ser tocada. E1 (transcrição, psicólogo).

Nessa fala, reconhece-se que uma situação anterior de sofrimento é o que mobiliza uma luta posterior, mesmo que tenha havido um deslocamento de espaço geográfico de E1. Ele caracteriza o envolvimento em outro movimento como uma disposição quase natural, de quem já entrou em contato com o sofrimento humano e com pessoas oprimidas e desfavorecidas que necessitam da organização social para recuperarem cidadania.

Reforça-se, porém, que não se pode confundir a vinculação afetiva com infantilização ou sentimentalismo no cuidado. Precisamos entender que o amor é o que dá bases sólidas para estabelecer um compromisso de superação de situação de injustiça e sofrimento. Esse afeto, essa emoção, possibilitam um agir potente para a transformação social. Essa reflexão corrobora a fala de E1, quando explica sobre sua vinculação ao MPSM. Em que pesem todas as críticas de falar de amor em uma pesquisa acadêmica, pois há uma desconfiança no uso dessa palavra no campo da racionalidade, vale destacar que a amorosidade e a ternura são uma metodologia de dialogar e cuidar. Tais sentimentos são também um objetivo, posto que, para se alcançar uma sociedade mais igualitária, justa, com garantia de direitos, é preciso que as relações sejam mediadas pelo amor como um compromisso ético (VASCONCELOS, 2019). Outra dimensão da fala de E1, ao afirmar a existência do sofrimento humano como um motivador para o exercício da militância, é o direcionamento da sua ação para o campo existencial, fortalecido por um desejo de

lutar para que as pessoas façam sua história em liberdade. (LANCETTI, 2016).

Outra fala que demonstra um pouco dessa busca em frente do desamparo, iniquidades e injustiça é a seguinte:

Pra mim foi um grande convite pra continuar na saúde mental, porque eu acho que eles viviam no movimento o que eles faziam na prática deles, no que eles acreditavam e eles conseguiam realmente viver aquilo, né, no grupo do movimento. E4 (transcrição, profissional da RAPS).

Nesses dizeres, percebe-se a busca pessoal que encontra respostas no grupo, no coletivo. Safatle (2015) reflete sobre o medo como “afeto político central”, que não se separa da compreensão do sujeito. Isso porque o indivíduo precisa defender suas fronteiras e desejos e, nestes, existe um processo de identificar, reconhecer e também concorrer num jogo com o desejo do outro. Por outro lado, sob uma perspectiva freudiana, Safatle (2015), ao falar de desamparo, associa esse sentimento também como um afeto central, pois pode provocar “emancipação”. Não se luta contra esse afeto, mas se afirma, se retira da prisão. O desamparo tem uma potência para as transformações políticas, na medida em que com esse afeto estamos passíveis de fazer e sentir coisas bem diferentes, como angústia, medo, tristeza e também felicidade.

Ao falar um pouco de sua história antes do MPSM, E8 relata:

Aí eu comecei a acompanhar esse amigo no plantão. Depois, consegui me inserir como plantonista, acompanhando o psiquiatra plantonista. Mas aí, eu fui expulsa desse hospital, porque eu fazia tudo diferente. Eu descia lá para as enfermarias, eu ficava penteando os cabelos das pacientes. E8 (transcrição, neuropsiquiatra).

Há profissionais, como E8, que, segundo Vasconcelos (2019), apesar de sofrerem com condições de trabalho extremamente difíceis, mantêm um compromisso firme com aqueles que são oprimidos e postos à margem da sociedade, pois sabem que, para superar condições precárias, é preciso participar do, e dar, protagonismo aos sujeitos. O autor também afirma que no trabalho com os oprimidos são necessárias algumas exigências e saberes especiais. Com isso ele quer dizer que em alguns serviços de assistência que se destinam ao atendimento da população mais vulnerável é comum ambientes mal organizados, com atendimentos feitos por pessoas que trabalham em condições precárias e mal remuneradas, profissionais ríspidos e grosseiros. Assim, a precariedade supera os déficits materiais e de recursos humanos, uma vez que o modelo de assistência nesses espaços é extremamente

inadequado. O cuidado é ordenado para a doença e desvaloriza as singularidades, as potências de saúde. Tal modelo, segundo o autor, precisa ser superado, pois é ineficiente, ineficaz, iatrogênico e desumanizante. É preciso, como profissionais que trabalham nesses serviços, compreender que a situação de miséria e vulnerabilidade social gera o que o autor chama de tensão e alta instabilidade emocional. A população tem dificuldade de adesão ao tratamento, por ter condições de vida precárias. Certamente, ter o foco nas doenças, nos desvios, é um caminho mais fácil. Porém, há que se considerar que é também uma ótica de atuação muito mais desmotivadora. Inovar, como se propõe E8, em que pesem os percalços, indica uma ética de atuação mais esperançosa.

Talvez E8, ainda sem saber, orientasse sua prática para o que ordena a desinstitucionalização. Nesta, como explana Rotelli et al. (2019), é impossível imaginar uma clínica que implique uma prática terapêutica transformada e que repense as estruturas. Como dito anteriormente, a desinstitucionalização resgata a complexidade do objeto, que agora não é mais a “doença”, mas “a existência do sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”. Quando E8 penteia os cabelos de pacientes, ela está considerando os sujeitos, e não sua doença. Transfere-se o objetivo de “cura” para uma ótica de “invenção de saúde”. A dita “cura” já não é mais o problema, mas antes a produção de vida, sentido, socialização, coletivização e diversificação dos espaços de convivência, onde trocas solidárias e afetivas sejam possíveis, onde os recursos, antes destinados às longas internações, sejam reconvertidos, rompendo-se assim com o paradigma clínico. Mas veja que E8 foi criticada, expulsa, assim como antes acontecera com Nise da Silveira não somente ao propor práticas inovadoras, mas ao se recusar à implementação de procedimentos tradicionais e violentos (FALEIROS, 2017). Tal ruptura não é simples. É preciso abrir as portas para muito além de estruturas físicas; é necessário produzir relações, espaços que favoreçam a interlocução, liberação de sentimentos, restituição de direitos civis, longe de coação, tutelas e estigmas da periculosidade. Precisa-se reativar os intercâmbios sociais. (ROTELLI et al., 2019).

O fato é que o desamparo acaba por unir esses agentes no movimento social organizado. Safatle (2015) afirma que apenas pessoas desamparadas podem agir politicamente. É possível vivenciar essa constatação na medida em que cada sujeito se implica nos compromissos assumidos pelo grupo na agenda política antimanicomial. Percebe-se isso nas seguintes falas:

Foi uma... um despertar na minha vida, de algumas coisas que eu não procurava lutar, entendeu? Falta de servidor no serviço. Eu não procurava saber sobre isso. E, pra mim, tava tudo certo. Na realidade, não tava nada certo. E6 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

E quis participar, porque eu tava lutando sozinho contra o retrocesso do CAPS no qual eu fazia o tratamento. E7 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Aqui, podemos retornar à questão inicial, que abriu esta categoria. É certo, não há respostas prontas, mas é possível reconhecer que ao encontrar um coletivo, reconhecer seus medos e desamparos no grupo, perceber as lutas comuns, os desafios cotidianos e a disposição mútua de se afetar de outra forma, assim, e só assim, se percebendo indivíduo num contexto social, complexo e diverso, é possível dar passos nas mudanças sociais.

Antes de avançarmos para a próxima categoria, importa citar uma fala de Safatle (2015, p. 19):

Se não é possível pensar a instauração política sem apelar às metáforas corporais é porque, na verdade, constituir vínculos políticos é indissociável da capacidade de ser afetado, de ser sensivelmente afetado, de entrar em um regime sensível de *aisthesis*. As metáforas do corpo político não descrevem apenas uma procura de coesão social orgânica. Elas também indicam a natureza do regime de afecção que sustenta adesões sociais. Há certas afecções orgânicas, e não “deliberações racionais”, que nos fazem agir socialmente de determinada forma. Pois o corpo não é apenas o espaço no qual as afecções são produzidas, ele também é produto das afecções. As afecções constroem o corpo em sua geografia, em suas regiões de intensidade, em sua responsividade.

Nesse trecho, é importante compreender a dimensão do corpo coletivo do MPSM do DF como aquele que abarca diferenças, sendo que essas atravessam as intersubjetividades, afetam e são afetadas, fazem os afetos circularem, produzem paixões, não perfeitas, mas aquelas que o autor diz que por vezes nos fazem tristes, por outras nos fazem felizes, mas essencialmente têm potência de causar emancipação e transformação (SAFATLE, 2015). Nessa perspectiva, seguiremos para a compreensão dessas mudanças experienciadas no exercício da militância.

5.3. A ESPERANÇA QUE NASCE DO NÃO LUGAR

No caminho das entrevistas, nos deparamos com um universo de subjetividades, cada uma carregada de sua própria complexidade (GONZÁLEZ REY, GOULART, BEZERRA, 2016). Existe uma característica que sempre acompanha a

inconformidade com as injustiças e violações sociais (BOSI, 1994). As pessoas entrevistadas, com certa intensidade conforme sua subjetividade, dão contorno para essa característica em sua fala, esse “não se conformar” com a realidade posta, essa reafirmação de que este é um “não lugar”. Mas qual seria o “lugar”?

Um dos sujeitos, ao ser perguntado sobre o que o levou a se ligar ao MPSPM, afirma:

É saber que posso contribuir por um outro projeto de sociedade, ainda que seja numa esfera muito pequena ,porque de fato é, mas é isso, talvez seja o sentido da vida. [...] A militância exige uma entrega né, exige um envolvimento. E esse envolvimento não é um envolvimento burocrático, é um envolvimento afetivo né, um envolvimento de conexão, de identificação com as pessoas, de conexão com a realidade dessas pessoas, de esperança de que essa realidade das pessoas mudem, e pra que tudo isso aconteça você tem que tá organizado dentro de um coletivo né um sentido de vida, né esse envolvimento. E1 (transcrição, psicólogo).

Ele associa e iguala a militância a um projeto de sociedade, a um sentido de vida, o que tão somente será alcançado na condição de estar e fazer parte de um coletivo. Reflete que para isso é preciso entrega, envolvimento afetivo, conexão, identificação, e alia isso à esperança de que realidades sofram mudanças. Safatle (2015) faz uma reflexão importante, que conversa com essa fala. Afirma que constituir vínculos políticos não se separa da “capacidade de ser afetado”, e que isso resulta nas adesões sociais. Outra autora, Sawaia (1995), faz apontamentos de que negar o sofrimento também pode resultar em negar a cidadania e que para sentir é preciso estar implicado com a vida cotidiana, com as pessoas. Talvez seja isso que esse entrevistado tenha querido dizer sobre sua disposição de estar em um movimento social organizado, qual seja, envolver-se no cotidiano e nas necessidades daquelas pessoas com sofrimento mental grave e persistente.

Para continuar tal discussão, apresenta-se o trecho de Rotelli et al. (2019):

[...] compreender como a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para reconstituição de pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto, seguramente “se cuida” [...] Uma existência mais rica em recursos, de possibilidades e experiências é também uma existência em mudança. Certo, o sofrimento psíquico talvez não se anule, mas se começa a remover-lhe os motivos, mudam as formas e o peso com que o sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa (p. 33).

A citação de Rotelli et al. (2019) transmite para além de desinstitucionalização, descreve a esperança, esperança essa relatada por E1 quando fala de uma sociedade que seja mais democrática e inclusiva, em que as pessoas com sofrimento mental

tenham mais que acesso a tratamento digno e adequado às suas necessidades, tenham também possibilidades reais de vida, cidadania, de ocupação da cidade. A desinstitucionalização, segundo o mesmo autor, muda o estatuto jurídico do paciente, uma vez que ele passa de coagido para voluntário, de tutelado para cidadão de direitos. E1 fala dessa perspectiva de mundo como alimento, desejo profundo que motiva sua vinculação à mobilização social. Pode-se chamar a isso de revolução. Lancetti (2016) diz que é preciso lutar pela liberdade, guerrear, mexer nas feridas, deixar doer, para que aconteça o que ele chama de “verdadeira revolução”, caracterizada não por uma revolução de exército, mas por sujeitos, um a um, e que todos nós precisamos nos agregar a essa luta e construir esse lugar a partir do “não lugar”.

Retomar a história do MPSM do DF é também compreender as contribuições desse coletivo em termos de circulação afetiva, conexões e transformação da sociedade. Segue-se fala que demonstra isso:

Então, nós perdemos nosso lugar de agregação das ideias, de pessoas, de tudo. Aí, continuamos esse movimento no Movimento Pró-saúde Mental. Aí, a gente participava da luta antimanicomial representando Brasília e tudo que acontecia na luta que tinha a ver com Brasília - votação da lei, eventos, encontros, conversas com deputados, depois com os senadores - tudo isso, o Movimento de Saúde Mental estava presente. Aliás, eu acho que nós fomos uma grande força pra luta antimanicomial. [...] Talvez, não sei se hoje o Movimento da luta antimanicomial tem essa noção da importância da nossa presença no Movimento, sabe? E8 (transcrição, neuropsiquiatra).

Constata-se aqui a tradução da importância de se escrever a história, traduzir memórias, dar voz, revisitar os caminhos dos atores sociais, para que se registre, mas também para que haja exercício constante de lembrar, ensejando assim a esperança de novas perspectivas, como injeção de ânimo às ações de tantas frentes de militância no país.

Outra pessoa entrevistada, E10 (figura política), descreve como em seu primeiro mandato contribuiu para a promulgação de uma lei distrital, após intensos debates e articulações com o MPSM:

[...] Então estas pessoas montaram toda uma equipe, nós fizemos um grande debate que gestou aí a Lei 975, logo no primeiro ano do governo, quer dizer, uma coisa fantástica [...] Logo no primeiro ano do governo nós definimos uma lei que fixava diretrizes para a política de saúde mental.[...]. E10 (transcrição, figura política).

Ao se analisar todo esse contexto, constata-se que a Lei Distrital n. 975, de 12

de dezembro de 1995 (DISTRITO FEDERAL, 1995), surgiu de esforço e de articulação política e, por que não dizer, afetiva, do coletivo do MPSM. Ela regulamenta o cuidado de pessoas com sofrimento mental no Distrito Federal. É importante citar que a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, n. 10.216, de 6 de abril de 2001, somente foi promulgada aproximadamente 6 anos após já existir aparato legislativo em vigor no DF. Esse fato dá ensejo a uma reflexão bastante pertinente: como poderia haver uma construção tão pioneira no campo da saúde mental no país? A resposta reside no entendimento de que o universo político não é estático, mas antes se faz e está por se fazer por pessoas que tecem coletivamente no circuito dos afetos, onde há conexões que surgem no sentido de dar continência para as mudanças sociais.

Ao falar de esperança, percebem-se diferentes perspectivas que são vivenciadas também de forma diversa e subjetiva, como nas palavras de E4, trabalhadora em um CAPS.

[...] uma esperança, eu acho que essa que é a melhor palavra mesmo, tinha esperança de que, uma vontade muito grande que era real e estava acontecendo né, de que as coisas mudassem, que a gente realmente conseguisse fazer a reforma no DF né, então eu acho que essa esperança que também motivava todo mundo ali né. E os usuários encontravam nos profissionais que tavam lá, tinham essa confiança, de que estamos juntos, vamos fazer as coisas juntos. E4 (transcrição, profissional da RAPS).

Ainda, na fala de um usuário da RAPS:

E aí, eu fiquei sem assistência nenhuma, sem tratamento, sem nada. E o movimento me acolheu, né? Me mostrou que tem como mudar essa história e me abriu um leque, né? Eu vi que aquelas pessoas não são doentes mentais, mas lutam para que pessoas que nem eu tenham tratamento digno, humanizado e gratuito. E aí, eu decidi acompanhar eles na luta e comecei a ler artigos, a entender a Lei 10.216. E hoje, me transformei num militante e luto para que outras pessoas, assim como eu, tenham um tratamento igual o que eu tive lá, no passado. E7 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Aqui se notam duas perspectivas, uma de uma trabalhadora da RAPS, outra de um usuário de serviço, dois olhares, duas subjetividades que dialogam. Conversam no sentido de dizer da esperança que nasce. Nasce de relatos diferentes e vamos nos deter um pouco em cada um deles para compreendermos em que confluem. No primeiro, a trabalhadora descreve essa “esperança”, que ela não reconhece somente em si, mas nas outras pessoas que compõem o coletivo. Safatle (2015) fala que o corpo não só produz afecções, como é também produzido por elas. Isso nos faz pensar que tal esperança é gerada, mas também é alimentada pelos integrantes do grupo, ou, talvez, pode-se afirmar, seja um ciclo de retroalimentação. A entrevistada

fala de uma esperança de se concretizar a reforma psiquiátrica, mas também pode-se vislumbrar um medo desse movimento não ser efetivado. Parece conflitante? Sob uma ótica lacaniana, Safatle (2015) coloca que viver sem a esperança implica também viver sem medo, e nesse sentido o conflito permanece, pois não é possível a existência de um afeto sem o outro e do outro sem esse um. Ainda nesse sentido, a segunda fala do usuário traz uma narrativa de um militante que nasceu do desamparo, que encontrou em um grupo não só acolhida, mas esperança de transformar outras realidades semelhantes à dele.

Uma das pessoas entrevistadas, quando questionada a respeito de vivências no coletivo que se tornaram um importante marco, apresenta duas situações:

Teve o carnaval mesmo da Saúde Mental que a gente participou, foi o ano passado (dúvida) você lembra o carnaval de 2018? Eu não me lembro muito bem quando foi não depois dessa covid minha cabeça tá meio (risos) teve o bloco do Rivotrio e teve também o Hospital São Vicente que teve aquelas falas também que a gente foi né pra tirar o São Vicente e tava querendo CAPS e fora São Vicente, eu gostei muito desse dia desse ato e do carnaval também. E9 (transcrição, familiar de usuário da RAPS).

Veja-se aqui que promover transformação parte de cultura, de ocupação da cidade, de indignação com a realidade posta, mas também da necessidade de aliar luta e arte, luta e afeto. Faleiros (2017) descreve que a criação do carnaval, bloco Rivotrio, foi uma proposta inventiva de afirmação de que a loucura é possível ser cuidada de formas diversas e criativas e, o mais importante, em liberdade.

Nesse ponto, surge uma questão: como nasce e se faz esse corpo político e corpos políticos sucessivamente? Para aprofundar tal reflexão, apresenta-se a seguinte fala :

[...] movimento Pró Saúde Mental foi ensinamento que ele nos trouxe pra gente, eles conseguiram dizer: Olha vocês podem debater e é vocês que têm que debater são vocês que sentem a dor, são vocês que sabem que tamanho é a dor, são vocês que sabem contar a história dela, eles falaram isso pra gente, e foi a partir disso que a gente conseguiu entender qual era a dor que eles estavam falando pra gente que era a gente dizer, olha nós somos pessoas também, não somos invisíveis e nós estamos aqui queremos falar do nosso assunto. E3 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Em outra entrevista, E10 reflete o quanto vivenciar a militância com pessoas que sofrem, como se vê na fala acima, acaba por dar sentido à luta, por trazer esperança e identificação:

Ah eu, quando tive, contato pela primeira vez com pacientes, com usuários que fazem parte de saúde mental, eu fiquei muito bem impressionada.

Porque, na verdade, a gente sempre soube, né, que as pessoas que têm problemas de saúde mental, às vezes elas têm um funcionamento cerebral um pouco mais acima da média, né. E é muito interessante a gente observar a clareza, a consciência que essas pessoas têm dos seus próprios problemas, né, e sobretudo do mundo que elas vivem, o que que de fato pode ser um, digamos, um fator desencadeante né, dos seus problemas. Então essa consciência é uma coisa que, pra mim, me encanta muito de perceber nas pessoas que são usuárias da saúde mental. E10 (transcrição, figura política).

Desse olhar sensível, e também esperançoso, nascem propostas e iniciativas que tiveram impacto na lógica do serviço, dessa vez mirando na direção de outro componente da rede de cuidado, a saber, os profissionais cuja formação não lhes fornece elementos para se situar e ter seu papel reconhecido.

Então, nós fazíamos curso mesmo pra esses profissionais, pra quebrar todos os preconceitos, pra eles aprenderem a lidar inclusive com o novo tratamento que tinha. Então eu me apercebi disso, então a gente se apercebeu também, nessa época, quanto era importante a gente qualificar os profissionais, fazer a cabeça das pessoas. Porque não é, digamos assim, por maldade, que alguns psiquiatras têm a cabeça que têm. É a formação que eles têm, é a maneira de ver o mundo que eles têm. Então eu preciso desconstruir isso e colocar outra coisa no lugar. Então, envolver as pessoas no debate sobre a política de saúde mental, fazer as conferências, fazer discussões, trazer gente de fora pra falar, tudo isso faz parte de todo um processo de sensibilização dos profissionais de saúde pra que eles possam aderir a um determinado projeto. Então, eu acho que essa experiência foi muito importante pra mim e acho que a gente gerou uma série de coisas muito importantes à época que estivemos no governo, no tocante à saúde mental. E10 (transcrição, figura política).

Sawaya (1995) nos ajuda a compreender como o incômodo e o medo anterior se tornam insatisfação, insurgência, desejo de mudar. Isso é a “potência de vida”. Ela nos aponta que é nessa transformação que florescem possibilidades, iniciativas concretas, mesmo diante de estruturas precárias, realidades desoladoras ou falta de aparato jurídico. A autora assim nos leva a constatar que na existência de afetos existe coletivo e conexões que se traduzem nesse potencial de agir. Nesse sentido, E10 acaba traçando o mesmo projeto que cita Rotelli (2019) ao falar da instituição inventada, os centros de saúde mental no território, objeto de luta contra as instituições descontaminadas, nocivas às pessoas que não trazem qualquer benefício, resultantes do higienismo médico tradicional. A invenção faz reviver a riqueza do objeto que o autor denomina de pobre, pois foi simplificado por meio da violência, disciplina e normatização existentes no manicômio. E10, para lutar contra essa realidade do tradicionalismo da medicina, aposta na educação permanente que, a partir de um olhar crítico dos conhecimentos e das práticas, seja possível substituí-la por novas

formas de fazer baseadas em trocas dialógicas e abordagens antimanicomiais.

Ainda sobre educação permanente, mas também sobre encontros, identificações e produção de esperança, emergiu a fala de E2, quando teve início o ISM, primeiro serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico no DF:

Bom, é como eu te falei, eu fui procurada pela equipe de serviço social do instituto de saúde mental em 1993. Pedindo pra eu dar uma assessoria e fazer uma supervisão pra equipe[...] Bom. Ai em 93 eu fui procurada por esse grupo, e começamos a pensar o que fazer lá no Instituto[...] No ISM. Porque o ISM era o que tinha de mais aberto e toda já influência do Basaglia[...] Bom, a gente tinha uma grande mobilização, bom, primeiro lugar ter clarezano teórico-metodológico, o quê que se quer com saúde mental. A nossa opção foi o antimanicomial e a linha do Basaglia com toda nossa orientação foi nesse sentido, né[...]. E2 (transcrição, assistente social).

Aqui, a pessoa entrevistada, assistente social, que viveu as lutas no que concerne à redemocratização do país pós-ditadura militar, é chamada para um novo desafio, qual seja, colaborar para a implantação de um lugar de cuidado em saúde mental, que funcionasse em uma lógica de portas abertas. Para isso, ela é convidada por E5, que à época se encontrava na gestão das políticas de saúde mental do DF, e E8, que estava na direção do ISM, para promover supervisão institucional da equipe, numa perspectiva antimanicomial radical. Vale destacar aqui a consciência evidenciada na fala dos entrevistados sobre a importância da educação permanente na produção de uma realidade antimanicomial. Perguntamo-nos o que faz uma pessoa que já tenha passado por intensos desafios no que concerne à luta por direitos na época da ditadura militar a ingressar em um serviço que se inicia, também permeado por necessidade de militância em prol do estabelecimento de uma unidade que fornecesse um cuidado não tradicional em liberdade. Isso se explica pela circulação de afetos emancipatórios, construídos a partir da conexão de pessoas e causas.

Na produção de novos sujeitos políticos, com afetos diferentes, é urgente reconstruir as experiências políticas do corpo, pois não é possível “nova política com os velhos sentimentos de sempre” (SAFATLE, 2015). Os entrevistados trazem consigo uma fala carregada dessa mudança, de um corpo antes punido, docilizado, para uma atitude política, inconformada, implicada com a sua própria história e disposta a requerer sua cidadania e seus direitos. Para isso, entretanto, atravessaram e foram atravessados por um conjunto, por um grupo, entre outras realidades, diversas, porém complementares, que permitiram tal construção. Ainda com base em

Safatle (2015), para que surjam esses sujeitos é necessário antes se desamparar, e isso, ainda que contraditório, é um exercício de liberdade. Desvencilhar-se com o que antes se acreditava como “amparo”, “cuidado”. Viver esse colapso para transformar o corpo.

Sawaia (1995) oferece uma reflexão, em seu trabalho realizado com mulheres em uma favela, sobre “tempo de morrer” e “tempo de viver”. Sobre tempo de morrer, ela relaciona à privação, fome, prisão em que essas mulheres viviam em suas realidades. Após um trabalho de geração de renda, elas passaram a experienciar o “tempo de viver”, que não nega a vida sofrida, mas adquire instrumentos para “viver com mais coragem e audácia”. Não há como não relacionar isso com todo o exposto, seja medo, desamparo e esperança, seja tempo de morrer e viver; talvez esse seja “o lugar”, em resposta ao “não lugar” vivido outrora. Das entrevistas realizadas neste trabalho surgiu uma fala sensível e forte que retrata essa reflexão:

Eu era discriminado e tratado como louco. E, a partir do momento que eu conheci o movimento e passei a militar como Movimento Pró-saúde Mental, a minha luta teve mais significado. Eu consegui apoios e começou a melhorar as coisas, né? Eu consegui ter mais voz e consegui protagonizar e empoderar como usuário[...]. E7 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Nessas produções de significados, percebe-se o encontro do “lugar”, não sem destacar que esse “lugar” transmuta-se em tantos outros, nesse fazer, lutar, afetar e afetar-se constante, que é o exercício de militância.

5.4. LUTAS, CIRCUITOS E NOVOS AFETOS

Nesta categoria, é importante refletir o que a trajetória no MPSM significa, não se resumindo a um período de tempo ou a uma vivência específica. Na figura 2, a seguir, elaborada com base no arcabouço teórico-metodológico, demonstra-se e dá-se nome aos afetos identificados durante as entrevistas.

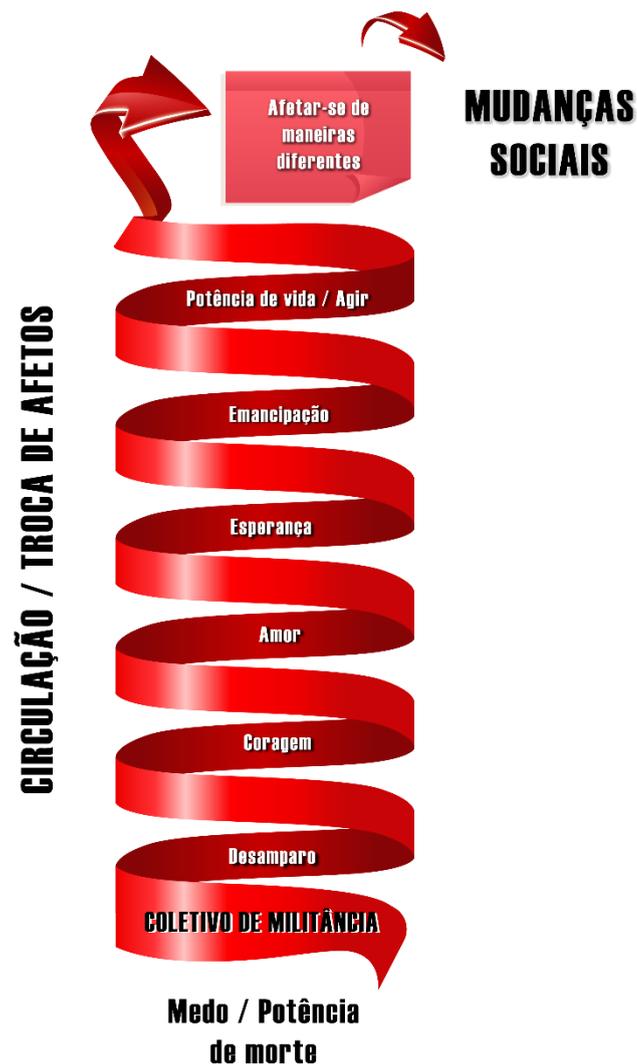


Figura 2 - Diagrama do circuito dos afetos do MPSM do DF.

Essa figura ilustra, com base no referencial teórico utilizado nesta pesquisa, os afetos que circulam no circuito produzido pela militância no MPSM-DF. Percebe-se, pelas falas das pessoas entrevistadas, a passagem entre a potência de morte (SAWAIA,1995) ou o medo (Safatle, 2015), atravessados pela circulação de afetos dentro de um circuito não homogêneo, com trocas diversas, transitando nas mais diversas afecções. Na base está o medo como estruturante da coesão social. Uma vez havendo ingresso em um movimento social organizado, o MPSM, aceita-se o convite à coragem de se afetar de formas diferentes. Essa coragem, entretanto, passa por enfrentar no e com o grupo o desamparo, afeto esse que surge uma vez que se

vence o receio da exposição ao outro e das intempéries que requer afetar e ser afetado. Assim, é possível estabelecer uma rede de solidariedade e amor, como éticas de ação no mundo. Nesse compromisso conjunto e compartilhado, emergem e respeitam-se as subjetividades, firmam-se compromissos profundos com as causas sociais e as agendas de luta antimanicomial, e nasce a esperança necessária à realização das mudanças sociais. A potência de morte dá lugar nesse processo complexo à potência de vida, ou à ação. Já não existe somente o medo, mas experimentam-se outras afecções, cria-se um circuito dos afetos em que é possível se afetar de formas diferentes, para então se promover mudanças, subjetivas e sociais. Na medida em que se caminha por onde circulam os afetos, chega-se ao topo do espiral, trajeto que demonstra que não é tarefa fácil aceitar o convite à coragem de se afetar de maneiras diferentes, pois é preciso vencer o medo do que o outro pode retirar de mim, é preciso desamparar-se para se abrir a novas perspectivas, emancipar-se.

O circuito dos afetos se ramifica em tantos lugares quantos forem possíveis. As próximas falas, no conjunto, ilustram o quão vastas são as possibilidades:

[...] tão ligadas ao movimento Pró Saúde Mental, porque é aquela coisa, como tô te falando, a gente não veio por acaso, ele é na verdade o tronco da situação, ele é o tronco da situação, e aí ele vai ramificando algumas outras atividades e a gente vai entrando nelas. E3 (transcrição, usuário de serviço da RAPS) .

[...] essas experiências foram muito úteis pra mim, pra ver o quê que eu mesmo, qual é o meu lugar na militância. E ai hoje pra mim é muito claro assim, que meu lugar é na assistência, faço militância na assistência. E4 (transcrição, profissional da RAPS).

A partir do Movimento Pró-saúde Mental, eu procurei se integrar em outros Movimentos pra levar informação sobre saúde mental. Porque muitos dos outros movimentos, por exemplo, o MST, eles lutam pela reforma agrária. E7 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

[...] a partir de mim, eu consegui levar outras pessoa que passou a praticar ajuda mútua. Então, hoje a gente já tem um número bom de usuários praticando a ajuda mútua e compartilhando suas experiências. Daí ajudando outras pessoas a sair da invisibilidade sobre o que é saúde mental. E7 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Essas são experiências que nascem do terreno da mobilização social, do coletivo que se alimenta de pessoas e no qual elas se retroalimentam. É um afetar-se em um devir constante, de modo que as trajetórias caminham nos serviços da RAPS, no território, em outros grupos.

Ao conhecer tais falas à luz das figuras 1 e 2, que se complementam, pode-se afirmar que os afetos que circulam e se transformam culminam em mudanças estruturais, ensejando a instituição de políticas públicas e sociais. Sobre essas mudanças, são vários os exemplos: construção de aparatos legislativos, grupos e oficinas terapêuticas na comunidade, estratégias diversas de controle social, iniciativas comunitárias de geração de renda, espaços de convivência, eventos culturais, criação e estabelecimento de serviços substitutivos, turmas de residência para formação de profissionais especializados na abordagem psicossocial numa perspectiva antimanicomial, tudo isso decorrente do exercício da militância em um coletivo. Percebe-se que muito se fez, mesmo quando os ambientes social, político e legislativo eram inexistentes ou desfavoráveis. Pode-se afirmar que tais mudanças somente tiveram êxito por força da existência de um circuito dos afetos construído na intersubjetividade.

Sawaia (1995) afirma que o sujeito é um ser: de razão, que trabalha; ético, que compartilha e se comunica; afetivo, por experimentar e gerar prazer; e biológico, que se abriga, alimenta e reproduz. Ela ainda diz que para produzirmos saúde precisamos avançar contra tudo que violenta e corrompe corpo, sentimentos e racionalidade. Nesse sentido, nas entrevistas produzidas neste trabalho afluíram falas que retratam uma visão diferente e reinventada do que é produzir saúde:

[...] carnaval, a gente sempre teve o nosso carnaval, o nosso carnaval assim eu digo nosso carnaval, mas era um carnaval na cidade pra quem quisesse participar. [...] e isso quando nós fazemos inclusão, mas não fazemos a inclusão que eu penso. A inclusão que eu penso por exemplo tinha que ser agora, isso é delírio meu, porque às vezes eu to delirando e diziam: Você tá precisando de haldol. Eu acho que é o carnaval, porque o carnaval é uma expressão de libertação, de expressão do que tu deseja de quem tu é, e faz parte da nossa cultura tu tá, isso, porque nós temos uma casinha em olhos d'água, e têm um carnaval lá. E o carnaval que eu fui, eu fiquei olhando, cada um pode ser o que deseja, e todos são assim. Basta dizer que esse bloco é só de homem vestido de mulher, super aceito. Então têm espaço que tu pode ser quem tu é. E o carnaval é um lugar privilegiado. Hoje em dia eu faria saúde mental só com bloco de carnaval. Agora isso como eu te digo são delírios meus. E2 (transcrição, assistente social).

[...] e assim vai quebrando o protocolo da sociedade pensar que os doidos não podem dançar, essas coisas, entendeu? É isso. E6 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Surgiram relatos sobre o carnaval. E como festividade se relaciona com a mobilização social e o circuito dos afetos? E o que é o carnaval, se não manifestação social, ocupação da cidade, revolução, saúde e cidadania? É onde fantasias fazem

atos de insatisfação, marchinhas traduzem mazelas sociais. É quando o povo na rua diz a que veio, coloca seus medos travestidos e sorri por estar realmente feliz. Ao retornar ao referencial teórico deste trabalho, verificamos a afirmação da identidade no reconhecimento das diferenças (SAFATLE, 2015). Parece uma tradução sóbria, mas que não descreve em sua completude as falas trazidas sobre essa festa de rua. Entretanto, se tais falas foram trazidas é porque elas eram suficientes para dizer sobre a militância que se deseja e que vive cada uma dessas pessoas. No território que se produz saúde.

Outra fala reflete as mudanças produzidas no âmbito da política:

Olha, de todos os meu mandatos, eu tive a possibilidade de participar de frentes de apoio à saúde mental. A gente, no meu último mandato, nós fizemos uma supervisão em todas as unidades de saúde mental do Distrito Federal, fizemos um grande relatório, fizemos um debate, entregamos o relatório à Secretaria de Saúde[...]. E a gente vê aí agora nesse governo federal inúmeros retrocessos, e a gente tem que continuar lutando pra que a gente não saia do terreno daquilo que a gente acredita, que é a política de saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. E10 (transcrição, figura política).

Aqui, percebe-se que os retrocessos e desafios no campo da militância antimanicomial não servem de paralisia dos afetos, mas antes de renovação para produção de novas mudanças.

Quando questionadas sobre a continuidade na militância, ligada ou não ao MPSM, surgem relatos diversos:

Porque se parar, se eu voltar pra trás, pra mim vai significar em vão, entendeu? E ainda tem de contribuir muito para o movimento. E6 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

É por essa luta antimanicomial, é pra que isso valha para o resto da vida. Para que pessoas não sejam excluídas da sociedade e trancadas em quartos escuros, amarrado. Ou medicalizado com medicamentos pesados, essas coisas. E7 (transcrição, usuário de serviço da RAPS).

Agora, uma reflexão sobre amor. Não o amor romântico, mas aquela perspectiva trazida por Safatle (2015) numa leitura lacaniana, em que o amor se mostra como um afeto que nos desampara, mas que em contrapartida nos recria. É, portanto, racional tratar do amor nesse circuito dos afetos construído pelas pessoas entrevistadas. Vários nomes foram dados, mas não há uma compreensão final a ser defendida. Apenas que esse recriar depende diretamente das pessoas e de como elas se implicam nesse processo. Retomamos as falas anteriores, em que “parar” pode

significar que foi “em vão”, na interpretação de E6, e, por isso, “tem que valer para o resto da vida”, como dito por E7. No entanto, importa dizer, não é uma perspectiva cega. Todas as pessoas entrevistadas, trouxeram vivências e resultados reais de sua militância. Por conseguinte, ainda com base no pensamento de Safatle (2015), conclui-se que não há finalização; há luta, pois há injustiças, medos, desamparos, e para essas lutas é preciso continuar na construção de corpos e coletivos políticos.

Ao caminharmos nessas três categorias, fomos confrontados pelo medo de cada um dos entrevistados, vivido e experienciado de diferentes formas. Ainda que esse fosse um afeto circulante, o convite à coragem foi aceito e cada um dos participantes aceitou o desafio de se desampar em conjunto e em um coletivo potente e diverso. Ao se viver essa perspectiva no grupo, permitiu-se a circulação de novos afetos e nasceu a esperança diante da concretização das ações de luta e do compromisso com a causa das pessoas em sofrimento mental.

Por fim, encerramos essa reflexão compreendendo que o caminho à emancipação não é sem adversidade, uma vez que se enfrentam afetos difíceis de serem vividos. Alçar às transformações na sociedade é possível, mas só o é em um circuito dos afetos, como demonstrado na forma de agir do MPSM do DF.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao vivenciar cada etapa da pesquisa, é possível compreender a formação de vínculos sociais, de solidariedade e de como eles são fundamentais para o sentimento de pertencimento dentro do grupo e sua implicação na execução das ações propostas. São as afecções que nos colocam em contato com outros corpos, e esses afetos são instrumentos políticos. Reconhecem-se as várias histórias construídas, de cada sujeito, do corpo coletivo do MPSM. Essas ações, por sua vez, passam e agem neles. (SAFATLE, 2015).

No que concerne ao objetivo central desta pesquisa, de evidenciar como o campo da saúde mental se torna um terreno propício para gerar, manter e transformar o circuito dos afetos entre aqueles que atuaram e atuam no MPSM-DF, percebe-se que em um coletivo diverso, de usuários, profissionais, estudantes e familiares, que nasce em um equipamento de saúde da RAPS, desdobram-se tantos outros fatos históricos, iniciativas, aparatos legislativos e ações fundamentais à Reforma Psiquiátrica do Distrito Federal. Isso mostra que o circuito dos afetos se faz e está também por se fazer. Ainda hoje, em pleno desmonte das políticas de saúde mental, esse coletivo permanece organizado, mantendo e transformando esse circuito, que se traduz em mudanças sociais.

Nesse sentido, manifesta-se um dos entrevistados:

[...] é uma história muito bonita essa história. É uma história de encontro, de sentido, de vida. Um grande encontro de sentidos de vida, de cada vida. Então, é uma coisa muito forte e é isso que vai guiar sempre esses movimentos, essas mobilizações de pessoas em torno de um sonho. Sonho ele precisa sempre ser consumado. E aí é a oportunidade de transformação, é quando a gente consoma ou busca a consumação desse sonho. A gente tá contribuindo para a transformação social, né? Então, o sonho não acaba. E5 (transcrição, psiquiatra).

O sonho não acabou. Após todo o recorrido, é possível entrar em contato com a própria militância, nessa busca pela consumação de um sonho. Esta pesquisa se dedica também a trazer para o centro da discussão a voz e o lugar dos atores sociais e discutir conceitualmente as implicações do entrelaçamento dessas vozes entre si. É urgente garantir o lugar de fala, os espaços de mobilização social, para que o circuito dos afetos se constitua. Para que, como corpos políticos e coletivos, se promova a necessária e urgente mudança social.

Em que pesem todos os movimentos contrarreformistas, que propõem o retorno

ao tratamento tradicional, biologicista e encarcerador, tratar da temática de movimentos sociais numa perspectiva radical antimanicomial é primordial. Este trabalho foi realizado em recorte temporal equivalente a uma retomada das forças conservadoras no país, que caminham em direção ao desmonte das iniciativas e conquistas da sociedade e das políticas de saúde mental no Brasil. Isso coloca um desafio à mobilização social, que reside em manter a força de resistência, e também enseja o fortalecimento da militância e o incentivo à luta.

Esta pesquisa evidencia que o movimento social organizado, na forma do MPSM, configura-se não somente como espaço de luta, mas também de afeto, ressignificação e identificação de pares, que são tão importantes ao campo da saúde mental. Importa, dessa forma, registrar o percurso da história de luta no bojo do qual este trabalho destacou a circulação afetiva como componente chave e estruturante. O trabalho também buscou se inspirar na historicidade do caminho pela saúde mental para, projetando sobre o presente, constatar que, ainda que exista um movimento de deslegitimação das causas sociais, existem coletivos sérios, aguerridos e comprometidos em garantir uma sociedade mais justa e igualitária, em que as possibilidades de vida sejam equânimes.

Nesses caminhos, descompassos, lugares onde os afetos circulam, o MPSM mostra-se como proposta organizada de pessoas, sujeitos que sofrem, mas que superam suas faltas, na identificação com o outro, com outros, na experiência de construções diversas de vida; que encontram na luta antimanicomial mais que significados, mas possibilidades de existência e resistência. Ver tais perspectivas se desenrolarem em trajetórias que se cruzam, se complementam, interseccionam e atravessam, permite reabastecer nossa própria força interna na articulação por direitos, uma vez que, se existem minorias excluídas, desguardadas de direitos, é prioritário que haja coletivos atuantes e articulados para dirimir tais injustiças.

Dos desafios experienciados na pesquisa ficam os vazios de pessoas que partiram antes das entrevistas, mas que deixaram suas histórias conectadas a tantas outras, uma vez que foram mencionadas nos relatos e lembranças das pessoas entrevistadas.

Dito isto, destaca-se que as articulações políticas e a relação dos membros do movimento social organizado, objeto da presente pesquisa, vão progressivamente criando novas formas de cada integrante se afetar e influenciar o coletivo. Isso se faz possível ao se trabalhar, compartilhar e se comunicar, mesmo diante do medo e do

desamparo. Os participantes levam e são levados a construir a história da Reforma Psiquiátrica no engajamento com o MPSM no DF. Passam a experimentar e produzir satisfação ao viver e gerar as mudanças em suas realidades, não obstante em estado de reivindicação contínua. Nesse percurso, segue-se pela ótica da esperança, que não exclui a possibilidade do medo, mas se entende que é preciso atravessar desafios para, assim, abrir possibilidades de transformação social. Uma sociedade mais justa, para as pessoas em sofrimento mental, aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas, e todo conjunto de atores que integram seu universo, só se faz possível no reconhecimento da existência de um circuito de afetos, em que se possa permitir o lugar de, não somente pelo medo, abrir possibilidades de novas formas de nos afetar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, 143p.

AMARANTE, Paulo; DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Rio de Janeiro: v. 8, n. 4, p. 83-95, 19 dez. 2012.

Ata da reunião de fundação do Movimento Pró-saúde Mental do Distrito Federal. Livro Ata do Movimento Pró-saúde Mental do Distrito Federal. 25 abr. 1991, Brasília, DF.

BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. **Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. Texto & contexto - enfermagem**. Florianópolis: v. 13, n. 4, p. 568-576, Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 out. 2020.

BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina, organizadores. **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. Secretaria de Estado de Saúde São Paulo: Fundap, 2008.

BOCCARDO, Andréia Cristina S.; ZANE, Fabiana Cristina; RODRIGUES, Suréia; MÂNGIA, Elisabete F. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. jan./abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124/15942>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BOSI, Ecléia. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 14ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994 (originalmente publicado em 1973).

BRASIL. Lei n.13.005, de 25 de junho de 2014. **Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 2014, Seção 1, p. 1, Ed. Extra. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 fev. 2021.

CEDRO, Marcelo. **Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo**. **Revista Perspectivas Sociais**.

Pelotas, Ano 1, n. 1, p. 125-135, mar. 2011.

DELGADO, Paulo *et al.* **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** *In:* Mello, M.; Mello, A.; Kohn, R. (org.). *Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil.* Porto Alegre, Artmed, 2007, p. 39- 83.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995. **Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal.** Diário Oficial do Distrito Federal, de 13 dez. 1995. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/saude/images/legislacao/LEI-DF-1995-975.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. **A posse da chave é a chave da prática da desinstitucionalização.** *In:* FALEIROS, Eva Teresinha Silveira; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (orgs). *Portas abertas à Loucura.* Curitiba: Appris, 2017. p 25-53.

FLOSS, Mayara; UN, Julio Alberto Wong; MANO, Maria Amélia Medeiros; VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valentin do. **Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua balsa das 10.** São Paulo: Hucitec, 2019.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos.** *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2020.

GONZÁLEZ REY, Fernando; GOULART, Daniel. M.; BEZERRA, Marília. dos S. **Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia.** *Educação*, Porto Alegre, v. 39, n. esp. (supl.): Dossiê - Compreensões Interdisciplinares Teórico-metodológicas sobre Intervenção, p. s54-s65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1981-2582.2016.s.24379>. Acesso em: 10 set. 2020.

GRIGOLO, Tânia. M. **O CAPS me deu voz, me deu escuta: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores e dos usuários.** 2010. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

GUERRA, Andréa Máris Campos. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas.** *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 83-96, June 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142004000200083&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 8 out. 2020.

KINOSHITA, Roberto. T. **Contratualidade e Reabilitação psicossocial.** *In:* PITTA,

Ana M. F. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-9.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: 2016, Hucitec.

LEAL, Fabíola X. **A reforma psiquiátrica brasileira e a questão étnico racial**. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 35-45, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21837/15674>. Acesso em: 10 set. 2020.

LIMA, Maria da Glória. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo**. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.^a Dr.^a Graciette Borges da Silva. Ribeirão Preto, 2002.

MIURA, Paula Orchiucci; SAWAIA, Bader Burihan. **Tornar-se catador: sofrimento ético-político e potência de ação**. *Psicologia e Saúde*, p 331-341, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/10.pdf>. Acesso em 8 out 2020.

MPSM-DF - Ata da reunião de fundação do Movimento Pró-saúde Mental do Distrito Federal. Livro Ata do Movimento Pró-saúde Mental do Distrito Federal. Brasília, DF, 25 abr. 1991.

POUPART, Jean. **A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas**. In: POUPART, Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 2010. p. 215-53.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D. **Desinstitucionalização: uma outra via**. In: NICÁCIO, M.F. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 17-58.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada**. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana; RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 89-99.

ROTELLI, Franco. **O inventário das subtrações**. In: ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 61-64.

SAFATLE, Vladimir. **O que é normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem**. *Scientle Studia*, São Paulo, V. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ss/v9n1/a02v9n1.pdf>. Acesso em 08 out 2020.

SAFATLE, Vladimir. **Circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo, fim do indivíduo**. São Paulo: Cosac Naify, 2015, p. 281.

SAFATLE, Vladimir. **Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância**. *Scientle Studia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 335-367, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ss/v13n2/1678-3166-ss-13-02-00335.pdf>. Acesso em 08 out 2020.

SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial**

da desigualdade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SAWAIA, Bader. B. **A consciência em construção no trabalho de construção da existência.** Tese de Doutorado, Programa de pós-graduação em psicologia social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

SAWAIA, Bader. B. **Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora.** *In:* LANE STM, SAWAIA BB. (org.). Novas veredas da psicologia social. São Paulo: Brasiliense-EDUC; 1995. p.157-68.

SAWAIA, Bader. B. **Psicologia e desigualdade social:** uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 2009, p. 364-372.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Abordagens Psicossociais**, Volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo; Hucitec; 2014. p. 336.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **O amor no trabalho em saúde.** *In:* FLOSS, Mayara; UN, Julio Alberto Wong; MANO, Maria Amélia Medeiros; VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valentin do. Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua balsa das 10. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 72-80.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A luta para preservar e construir uma sociedade que permita a todos a realização dos anseios fundamentais do coração.** *In:* FLOSS, Mayara; UN, Julio Alberto Wong; MANO, Maria Amélia Medeiros; VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valentin do. Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua balsa das 10. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 97-103.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Esta estranha raça de profissionais de saúde dedicados aos pobres, oprimidos e marginalizados.** *In:* FLOSS, Mayara; UN, Julio Alberto Wong; MANO, Maria Amélia Medeiros; VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valentin do. Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua balsa das 10. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 189-194.

FALEIR, Eymard Mourão. **Exigências e saberes especiais necessários à assistência aos oprimidos.** *In:* FLOSS, Mayara; UN, Julio Alberto Wong; MANO, Maria Amélia Medeiros; VASCONCELOS, Eymard Mourão; PRADO, Ernande Valentin do. Percepções amorosas sobre o cuidado em saúde: estórias da rua balsa das 10. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 238-248.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados
Multidisciplinares Núcleo de Estudos em
Saúde Pública
Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal

Roteiro de entrevista

NOME COMPLETO:

GÊNERO:

ETNIA: () Branco () Negro () Amarelo () Indígena

IDADE:

- 1) Quando você iniciou sua participação no Movimento Pró-saúde Mental?
- 2) O que você sabe da história do Movimento Pró-saúde Mental?
- 3) O que te motivou a ligar-se ao grupo (afetos, emoções, motivações)?
- 4) Quais vivências foram importantes em sua estadia no grupo?
- 5) Você continua ligado a este movimento social organizado? Se sim, por qual razão continua vinculado? Se não, por qual motivo deixou de participar?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília – UnB
 Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF
 Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
 Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (para Gestores e Profissionais de Saúde)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: **Reorganização dos e nos processos de trabalho na rede de atenção psicossocial do Distrito Federal**, sob a responsabilidade do pesquisador Maria da Glória Lima. O projeto trata-se de um estudo qualitativo descritivo e exploratório para analisar os serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial DO Distrito Federal -RAPS , em especial, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, com ênfase na formação e na participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares do DF. Esta pesquisa tem por objetivos utilizar estratégias de atuação participativa para conhecer o funcionamento e a organização dos serviços de saúde mental do Distrito Federal, mediante a realização de cursos de qualificação e espaços de reflexão e de análise com a participação de gestores, profissionais de saúde, usuários e seus familiares, de forma a melhorar o acesso e o atendimento realizado pelos profissionais de saúde nos serviços CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)/Rede de atenção psicossocial do Distrito Federa - RAPS.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de realização de entrevistas semi estruturadas, em locais e datas pré-agendadas, conforme disponibilidade dos participantes. O tempo estimado para as entrevistas poderá ter duração em torno de 20 a 50 minutos. Será solicitada a gravação em áudio, e a sua anuência, mediante a assinatura no termo de autorização de imagem e som.

Os riscos inerentes decorrentes de sua participação na pesquisa são de natureza direta como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrente dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurara minimizar os riscos reforçando o direito dos participantes de se recusar a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a qualificação dos trabalhadores e usuários e familiares da rede de atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e a qualidade do processo de cuidado, de forma a melhorar o acesso nesses serviços. Finalmente a pesquisa criará uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF”.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Núcleo de Estudos em Saúde Pública, da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Maria da Glória Lima, no Telefone: (61) 3340-6863 (NESP) / 31071711(ENF), em horário comercial, de segunda a sexta-feira/ 999728794 (disponível inclusive para ligação a cobrar), ou ainda, no e-mail: obsam.nespubn@gmail.com/ limamg@unb.br

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília, sob o número de parecer 2.200.022. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1702 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF sob o número de parecer 2.270.086. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome completo do(a) participante:

Assinatura do(a) participante:

Maria da Glória Lima
Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Brasília, _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E DE SOM

Universidade de Brasília – UnB
 Faculdade de Ciências da Saúde – FS/Departamento de Enfermagem - ENF
 Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP
 Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal mediada pela avaliação participativa”, sob responsabilidade da pesquisadora Maria da Glória Lima vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizados apenas para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitados acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

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

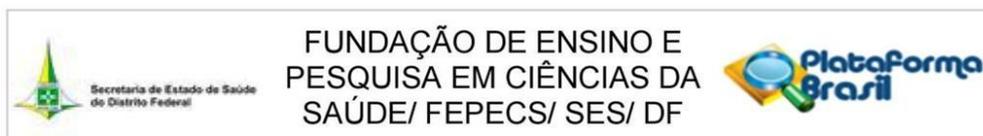
 Assinatura do (a) participante


 Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de ____ de ____

Em caso de dúvida pode procurar : Profa. Maria da Glória Lima (Coordenadora da Pesquisa)
 Endereço Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (FSD), Departamento de Enfermagem (ENF), Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Telefone: (61) 3107-7947 (NESP) / 3107-1711(ENF) / 999728794. E-mail: obsam.nespunb@gmail.com / limamg@unb.br Ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde: CEP/FS – End.: Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Telefone: 3107-1702. E-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. Horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. Também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal pelo telefone 3325 4955.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (FEPECS)



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67425917.6.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

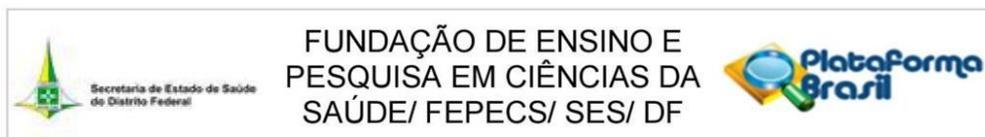
Número do Parecer: 2.270.086

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa aprovado pelo CEP/UNB Ceilândia e submetido ao CEP/FEPECS como instituição co-participante.

Trata-se de projeto guarda-chuva que abará capacitação em pesquisa avaliativa participativa com trabalhadores, usuários e gestores de saúde mental para análise da rede de Centros de Atenção Psicossocial e Unidade de Acolhimento do Distrito Federal com construção de narrativas e validação de indicadores. Também serão utilizadas metodologias para mapeamento da rede de atenção à saúde mental e para o desenvolvimento de apoio institucional, bem como as estratégias do tratamento comunitário para situações de vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e de exclusão social, articulado com as redes de apoio psicossociais e comunitárias. Ainda serão desenvolvidas atividades acerca da Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial. A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

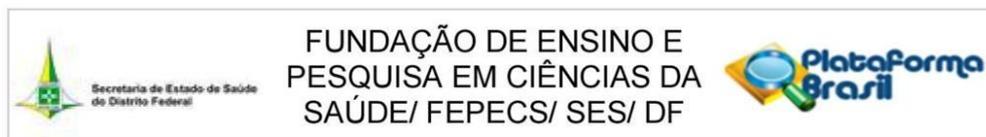
Objetivo Primário:

Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.

Objetivo Secundário:

- a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS;
- b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial;
- c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF;
- d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõe a RAPS/DF;
- e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS;
- f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

- RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial;
- g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF;
- h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF;
- i. Identificar as estratégias de participação social com vistas a inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental;
- j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social;
- k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto a população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF;
- l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

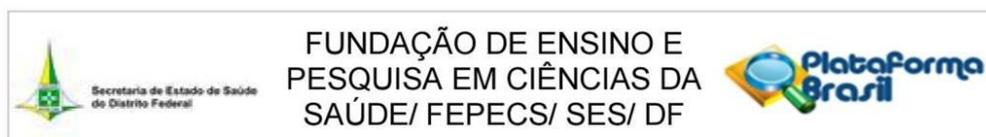
Riscos:

Os riscos inerentes à pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer à tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.

Benefícios:

Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um "Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF" e uma "Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF".

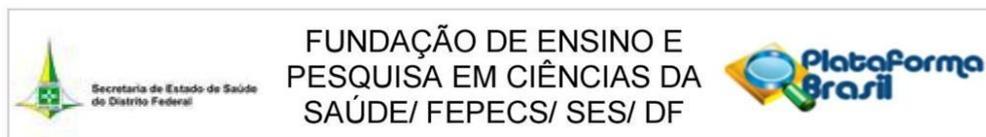
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia de Análise de Dados:

4.2.1. A pesquisa bibliográfica utilizará o método de revisão integrativa de literatura (MENDES et al, 2008), a partir da seguinte pergunta: "Quais são as abordagens temáticas e lacunas na produção acadêmica relacionada às tecnologias de cuidado da pessoa com transtorno mental, sofrimento social e em dependência química, no período 2000-2020?" Serão utilizados os seguintes descritores "Saúde mental", "Serviços de Saúde Mental", "Cuidado", "Desinstitucionalização", "Sofrimento mental" e "Usuários de drogas" nas bases de dado da SCIELO, BIREME e MEDLINE, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

4.2.2. A pesquisa qualitativa será desenvolvida por intermédio de entrevistas em profundidade do tipo face-a-face individuais e grupais, com utilização de instrumentos de coleta de dados semiestruturados criados para a pesquisa, bem como, instrumentos previamente padronizados, apresentados na seção dos anexos. Os participantes dessa etapa serão gestores, profissionais, usuários, familiares de usuários e comunidade em geral relacionados aos CAPS/RAPS, de maneira a dar voz a esses atores na produção de narrativas sobre suas experiências de atendimento, tratamento e inclusão social, e analisar as redes sociais estabelecidas internamente e externamente na RAPS. As atividades grupais com utilização da técnica de grupos focais apoiarão a contextualização e análise da Rede de Atenção Psicossocial quanto a organização do cuidado numa perspectiva ecológica em sua dimensão individual, familiar, comunitária e societária. Será subsidiada por roteiro com questões norteadoras desenvolvidas pela equipe de pesquisa. A análise qualitativa dos conteúdos/relatos verbais seguirá os procedimentos apresentados por Minayo para a análise compreensiva de conteúdo obtido nas entrevistas e grupos focais (MINAYO, 2012). O trabalho de campo será apoiado pela técnica de observação simples, desenvolvida de forma espontânea e não sistemática (GIL, 2012) com registro das percepções e subjetividades identificadas pela equipe de entrevistadores. Os entrevistadores

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

receberão uma capacitação para alinhamento da abordagem metodológica e da operacionalização do trabalho de campo. As observações informais dos momentos formativos e das intervenções serão constitutivas do diário de campo. 4.2.3. A pesquisa documental será realizada a partir da análise dos eixos das políticas: Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, Políticas de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas, Política Nacional de Atenção Básica e outras. Serão analisados também os Cadernos de formação para organização dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial da saúde mental e do trabalho dos profissionais. O método selecionado para a pesquisa documental será o de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2004) e um instrumento de coleta de dados será produzido à posteriori, baseado nos eixos identificado nos resultados da revisão de literatura.

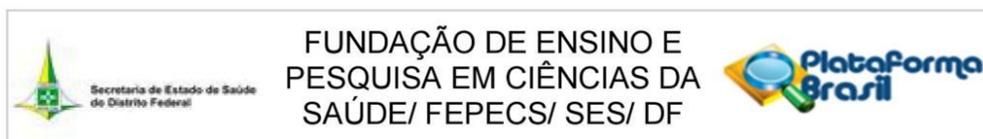
4.2.4. A pesquisa quantitativa será realizada em bases de dados secundários utilizando microdados públicos e publicizados pelo Ministério da Saúde e IBGE (DATASUS, PNAD 2015, PNS 2013, dados do Sistema de Informação Geográfica – SIG). O método de análise será da estatística descritiva com apresentação de distribuição, frequência e análise de correlação entre as variáveis selecionadas nas bases de dados, a fim de identificar o perfil epidemiológico dos moradores do Distrito Federal. Os resultados dos mapas de redes produzidos pelo software UCINET (2002) serão analisados pela técnica de análise gráfica visual, quanto às conectividades, a dinâmica relacional/instituições e os seus movimentos, densidade e impactos produzidos e orientar novos caminhos de investigação e intervenção na comunidade.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente os termos:

- Folha de Rosto - instituição proponente - assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde / Universidade de Brasília.
- Termo de Anuência - assinado pela Coordenação CORIS/SAIS/SES-DF.
- Projeto de Pesquisa completo - apresentou brochura, cronograma e planilha de orçamento.
- Currícula vitae de 15 pesquisadores.
- Termo de autorização para divulgação de imagens.
- TCLE_entrevista Gestor Prof Saude.
- TCLE_grupo focal Gestor Prof Saude.
- TCLE_entrevista Usuário e Familiar.
- TCLE_grupo focal Usuário e Familiar.
- TCLE Pai Responsável.
- Termo de Compromisso do pesquisador.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

- Carta de Resposta às pendências ao CEP/UNB Ceilândia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

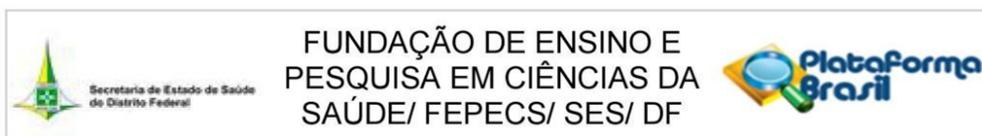
Projeto aprovado. Relembramos a necessidade de entregar os relatórios ao CEP/FEPECS e executar a pesquisa conforme foi apresentado e aprovado pelo CEP/FEPECS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito

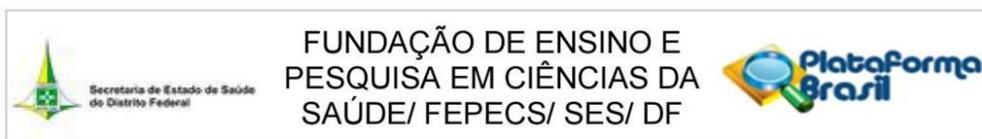
Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	20/04/2017 15:32:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

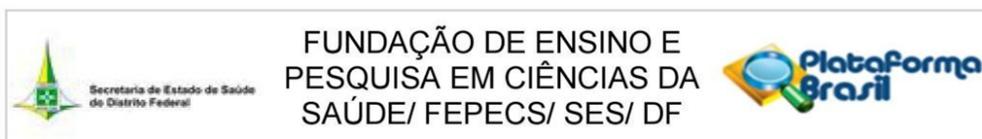
Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_lone_Barros.pdf	10/04/2017 17:31:42	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (63)3254-9551 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.270.086

Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepecs.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermConcFepecs.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

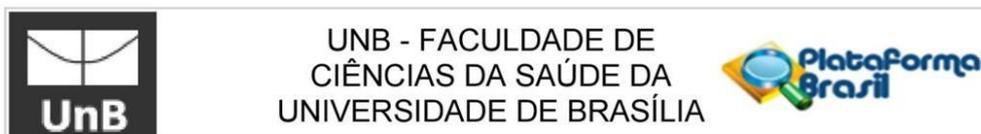
Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Geisa Sant Ana
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (63)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNB)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa

Pesquisador: Maria da Glória Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67425917.6.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.200.022

Apresentação do Projeto:

O Projeto é apresentado na Plataforma Brasil como se segue "A rede de saúde mental do Distrito Federal se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. A presente pesquisa integra uma das atividades do Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal, criado em 2016 no Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB). Trata-se de projeto guarda-chuva, com uso de abordagens qualitativa e quantitativa e métodos diversos: grupos focais e/ou método de roda, entrevistas semiestruturadas e entrevista de profundidade, questionários e diário de campo. Objetiva-se explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais, usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. Espera-se como resultados: mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial, especialmente os CAPS; produção de indicadores para os serviços CAPS; formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. O presente projeto pretende aperfeiçoar as atividades já desenvolvidas nos CAPS, em especial os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

processos de trabalho dos serviços; identificar barreiras de acesso e lacunas assistenciais; propor soluções que contribuam para avaliar e reconstruir a dinâmica da rede e dos serviços que ela oferece, a fim de melhorar a qualidade assistencial; compartilhar os resultados encontrados, de forma a oferecer subsídio aos gestores e profissionais da saúde nas ações de planejamento, promoção, prevenção e enfrentamento dos agravos de saúde mental, além do fortalecimento da RAPS; contribuir com o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental no DF e com a promoção de uma vida digna e com justiça social aos usuários da saúde mental."

METODOLOGIA:

"Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento transversal e natureza exploratória-descritiva com triangulação de métodos e técnicas (MINAYO, 2005). Este projeto se propõe a desenvolver uma abordagem integradora teórico-prática, "com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou de enfrentamento e/ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e participativo (THIOLLENT, 2003)[...] um tipo de pesquisa social participante, com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo [...]. (THIOLLENT, 2003, p. 14) A pesquisa para Demo (2006) se justifica quando a formação científica assume também a formação educativa, um processo de criar e emancipar. Ele toma a pesquisa como atitude processual de investigação diante do cotidiano, dos limites desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impõem; e ainda, com visão emancipatória apresenta a pesquisa como trajeto educativo e científico. A pesquisa será desenvolvida em etapas no decorrer do período de quatro anos previsto para Maio de 2017 a Julho de 2021. As etapas compreendem os seguintes eixos: i) Mapeamento dos dispositivos da rede de saúde mental do Distrito Federal; ii) Capacitação em pesquisa avaliativa participativa/processo avaliativo e apoio institucional; iii) A compreensão do trabalho e a produção do cuidado em saúde na Rede de Atenção Psicossocial; iv) Atenção integral em saúde mental e a participação social dos usuários e seus familiares na Rede de Atenção Psicossocial; e v) Vulnerabilidade dos usuários e familiares em situação de sofrimento e exclusão social e as redes de apoio psicossociais e comunitárias."

CRITERIO DE INCLUSAO:

"Serão considerados critérios de inclusão na pesquisa os seguintes itens: a. Gestores de CAPS/Unidades de Acolhimento b. Profissionais de CAPS/Unidades de Acolhimento c. Usuários de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

CAPS/Unidades de Acolhimento e familiares d. Membros da comunidade envolvidos com a atenção psicossocial.”

Hipótese:

“Os processos participativos de gestão e de produção de cuidado são dispositivos apoiadores do planejamento das ações de saúde e da qualificação do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, de maneira a ampliar o acesso a atenção integral dos usuários com transtorno mental e/ou dependente de álcool e outras drogas?”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

“Explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF.”

Objetivo Secundário:

“a. Mapear a rede ampliada de saúde mental do DF, a partir dos CAPS; b. Analisar as redes psicossociais instituídas entre os serviços e o protagonismo das comunidades na Rede de Atenção Psicossocial; c. Identificar as fragilidades e potencialidades da participação dos atores na produção do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial do DF; d. Identificar a organização e funcionamento do trabalho em saúde dos serviços que compõem a RAPS/DF; e. Construir indicadores para os serviços CAPS/RAPS; f. Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho realizado nos serviços da RAPS quanto aos desafios e avanços da abordagem psicossocial; g. Identificar o perfil dos usuários e famílias atendidos nos CAPS/AD do DF; h. Identificar o itinerário terapêutico percorrido pelos usuários e seus familiares para acesso, atendimento e tratamento na RAPS/DF; i. Identificar as estratégias de participação social com vistas à inclusão social dos usuários e familiares da saúde mental; j. Identificar necessidades de cuidado de usuários e familiares e a sua rede de apoio social; k. Implementar a abordagem do Tratamento Comunitário junto à população em situação de vulnerabilidade, sofrimento e exclusão social mediante a promoção de redes de apoio e proteção comunitária no DF; l. Analisar a vulnerabilidade dos usuários da saúde mental na perspectiva das políticas públicas e das abordagens da bioética de proteção e da bioética da intervenção.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

“Os riscos inerentes a pesquisa são de natureza direta, como constrangimento de participação nas entrevistas e evocação de memórias de sofrimento. Pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer à tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de trabalho ou de cuidado no âmbito da atenção à saúde mental, decorrentes dos temas tratados ou do teor das questões. Os riscos indiretos são referentes à possibilidade de quebra de confidencialidade nas dinâmicas realizadas pelo grupo focal e entrevistas individuais. A equipe responsável pela execução da pesquisa e demais pesquisadores colaboradores estará atenta e procurará minimizar os riscos, reforçando o direito dos participantes de se recusarem a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou evocadora de situação de sofrimento emocional. Os profissionais responsáveis pelo CAPS serão contatados, caso haja necessidade de atendimento individual das pessoas entrevistadas. Vale ressaltar que o CAPS funciona com agenda aberta para atendimento de usuários em situação de risco de sofrimento e o participante terá acesso ao atendimento nessa instituição.”

Benefícios:

“Os benefícios esperados neste estudo envolvem a qualificação dos profissionais, o empoderamento dos usuários e a produção de ferramentas para a organização da gestão e do processo de cuidado. A pesquisa irá construir processos de capacitação/formativos com os gestores, trabalhadores e usuários e familiares da Rede de Atenção Psicossocial, em especial os CAPS/RAPS, na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Finalmente, a pesquisa produzirá um “Guia físico dos serviços de saúde mental disponíveis no DF” e uma “Página web interativa georreferenciada dos serviços de saúde mental disponíveis no DF.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto guarda-chuva da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, na área de Ciências da Saúde na temática da Saúde Coletiva, coordenado pelas pesquisadoras Dra. Maria da Glória Lima Maria Aparecida Gussi e conta com a participação de nove pesquisadores, três estudantes de graduação e dois estudantes de Mestrado Profissional. A pesquisa está orçada em R\$ 1.140.000,00 (um milhão e cento e quarenta mil reais) distribuídos em R\$ 343.000,00 (trezentos e quarenta e três mil reais) para custeio e R\$ 797.000,00 (setecentos e noventa e sete mil reais) para bolsas (pesquisadores e estudantes), financiada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Distrito Federal.

A pesquisa terá trezentos e dezoito (318) participantes, distribuídos da seguinte forma: (1)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

Gestores dos CAPS/UA: 18 participantes; (2) Familiares dos usuarios dos CAPS/US: 50 participantes, (3) Usuarios dos CAPS: 150 participantes e (4) Profissionais de saude dos CAPS/US: 100 participantes. O Desfecho primario da pesquisa foi definido como "Qualificacao da Rede de Atencao Psicossocial com construcao de indicadores de qualidade e de acesso aos servicos de saude mental."

A Co-participante deste projeto e a Secretaria de Saude do Distrito Federal, tendo como responsavel Humberto Lucena Pereira da Fonseca, com Comite de Etica – Fundacao de Ensino e Pesquisa em Ciencias da Saude – FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos como resposta às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

Informações Básicas do Projeto: "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf" de 27/07/2017;

Carta de resposta ao CEP: "CartaRespPendencias.doc" e "Carta_Resp_Pendencias.pdf" de 27/07/2017;

Termo de Autorização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa: "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf" e "Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx", ambos de 17/07/2017;

TCLEs:

Na versão pdf e seu correspondente em docx: "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf" e "TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx",

"TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx",

"TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx",

"TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf" e "TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx"

"TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf" e "TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx",

TALEs: "TALE_10a13_anos.docx" e "TALE_10a13_anos.pdf"; "TALE_14a17_anos.docx" e "TALE_14a17_anos.pdf" todos de 27/07/2017;

Projeto Detalhado: "PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx" de 27/07/2017.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado no. 2.160.041:

1. Solicita-se apresentar cada modelo de TCLE, bem como do TALE, em arquivos individualizados.

Resposta - Foram apresentados/anexados à Plataforma Brasil os modelos dos documentos TCLE e TALE nas versões Word e PDF. As versões em Word estão inclusas no Projeto, conforme págs. 36 a 49.

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (pág. 36/37)

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (pág. 38/39)

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (pág. 40/41)

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (pág. 42/43)

TCLE_Pai_Responsavel (pág. 44/45)

TALE 10_13 anos (pág. 46/47)

TALE 12_17 anos (pág. 48/49)

Observação1: O trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação 2: A aplicação do TCLE ou do TALE se fará sempre com a presença de um pesquisador para retirada de dúvidas ou maiores esclarecimentos e, no caso do TALE, a explicação em linguagem "entendível" de cada criança, caso a caso.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Solicita-se apresentar modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal do menor participante da pesquisa.

Resposta - Foi apresentado/anexado modelo de TCLE direcionado aos pais ou responsável legal, localizado na página 44/45 do projeto.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Solicita-se acrescentar informações sobre aprovação pelo CEP/FEPCS-SES/DF nos TCLEs e TALEs, visto que esse CEP apreciara o presente protocolo de pesquisa como CEP vinculado a instituição coparticipante. Recomenda-se ver modelo na página do web do CEP/FS.

Resposta – Foi acrescentada a informação conforme solicitado em todos os citados documentos TCLE e TALE (retirado do modelo disponível no site do CEP/FS): "Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é co-participante desta pesquisa, este projeto também foi aprovado pelo Comitê

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.”

TCLE_entrevista_Gestor_Prof Saude (página 36/37, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Gestor_Prof Saude (página 38/39, parágrafo 10);

TCLE_entrevista_Usuário_e_Familiar (página 40/41, parágrafo 10);

TCLE_grupofocal_Usuário_e_Familiar (página 42/43, parágrafo 10);;

TCLE_Pai_Responsavel (págs. 44/45, parágrafo 10);

TALE 10_13 anos (pág. 46/47, parágrafo 8);

TALE 14_17 anos (págs. 48/49, parágrafo 6);

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento "Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx", postado em 20/04/2017, solicita-se adequar a linguagem do documento as diferentes faixas etárias. Recomenda-se apresentar 3 versoes do TALE considerando as faixas etárias 6 a 10 anos, 11 a 13 anos e 14 a 17 anos.

Resposta - Considerando o grupo etário convidado a participar da pesquisa foram apresentados/anexados dois TALE para as faixas de idade de 10 a 13 anos e de 14 a 17 anos. (páginas 46 a 49), uma vez que o trabalho de pesquisa proposto não pretende o envolvimento de crianças menores de 10 anos como participantes do estudo.

Observação: Feito modificação no item participantes do estudo (Pág. 9, Parágrafo 2)

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Solicita-se apresentar modelo de termo de autorizacao de utilizacao de imagem e som de voz para fins de pesquisa direcionado ao pai ou responsavel legal do menor participante de pesquisa.

Resposta – Foi apresentado/anexado Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som da Voz direcionado ao pai ou responsável, na versão Word e PDF. A versão em Word está inclusa no Projeto, conforme página 51.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Solicita-se informar claramente e incluir no cronograma a etapa de coleta de dados. Esta deve ser posterior a aprovacao pelo CEP/FS e a aprovacao pelo CEP-FEPECS, esse ultimo vinculado a instituicao coparticipante.

Resposta: No item cronograma ressaltamos que a coleta de dados terá inicio somente após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da FS e SES/DF com modificações nos itens coleta de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

dados e a análise, em separado.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Conclusão: Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832755.pdf	27/07/2017 16:25:40		Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	27/07/2017 16:19:33	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Carta_Resp_Pendencias.pdf	27/07/2017 16:10:01	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.pdf	27/07/2017 16:05:56	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.pdf	27/07/2017 16:05:40	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:05:22	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:05:02	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.200.022

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.pdf	27/07/2017 16:04:39	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.pdf	27/07/2017 16:04:28	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.pdf	27/07/2017 16:04:21	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.pdf	27/07/2017 16:04:09	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Aut_Utiliz_Imagem_SomVoz_Pais.docx	27/07/2017 16:00:25	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pai_Responsavel_Legal.docx	27/07/2017 16:00:15	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:59:31	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupofocal_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:58:57	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Usuario_Familiar.docx	27/07/2017 15:58:30	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_Gestor_Prof_Saude.docx	27/07/2017 15:57:36	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_14a17_anos.docx	27/07/2017 15:57:20	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

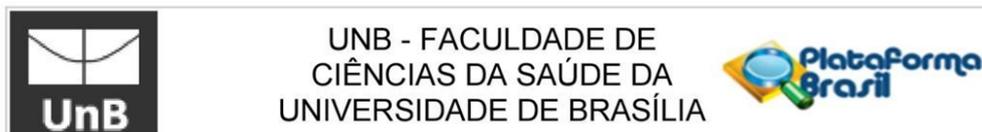


Continuação do Parecer: 2.200.022

Ausência	TALE_10a13_anos.docx	27/07/2017 15:57:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_resposta_pend_CEPFS.docx	27/07/2017 15:56:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/04/2017 14:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs2.docx	20/04/2017 14:50:26	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Ass_Crianca_Adoles2.docx	20/04/2017 14:50:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoCompr_Gloria.doc	19/04/2017 11:23:57	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.doc	19/04/2017 11:22:22	Maria da Glória Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	10/04/2017 17:51:55	Maria da Glória Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Term_Aut_Imag_Som.doc	10/04/2017 17:51:00	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vilmara_Macedo.pdf	10/04/2017 17:37:38	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Vanessa_Carnevale.pdf	10/04/2017 17:36:51	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Tania_Resende.pdf	10/04/2017 17:35:59	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Renata_Cavalcante.pdf	10/04/2017 17:35:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Otavio_Ramalho.pdf	10/04/2017 17:34:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gloria.pdf	10/04/2017 17:34:18	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:52	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Maira_Gussi.pdf	10/04/2017 17:33:19	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Luana_Paz.pdf	10/04/2017 17:32:48	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Karime_Porto.pdf	10/04/2017 17:32:09	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Ione_Barros.pdf	10/04/2017	Maria da Glória	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.200.022

Outros	Curriculo_lone_Barros.pdf	17:31:42	Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Hugo_Vitor.pdf	10/04/2017 17:31:05	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Cibele_Sousa.pdf	10/04/2017 17:30:20	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Aurelio_Andrade.pdf	10/04/2017 17:29:45	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	Curriculo_Adriana_Carvalho.pdf	10/04/2017 17:28:01	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.doc	10/04/2017 17:17:11	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFepecs.doc	10/04/2017 17:16:39	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermConcFepecs.PDF	10/04/2017 17:03:41	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermoConcFS.PDF	10/04/2017 17:02:25	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	TermCompr_Gloria.PDF	10/04/2017 16:58:47	Maria da Glória Lima	Aceito
Outros	CartEncamProj.PDF	10/04/2017 16:57:49	Maria da Glória Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com