



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE INTEGRANTES DA LUTA
ANTIMANICOMIAL DO DISTRITO FEDERAL**

FERNANDA SCALZAVARA

**BRASÍLIA/DF
2023**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE INTEGRANTES DA LUTA
ANTIMANICOMIAL DO DISTRITO FEDERAL**

FERNANDA SCALZAVARA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado.

Área de concentração: Estado, Política Social e Direitos.

Orientadora: Dra. Andréia de Oliveira

Coorientadora: Dra. Maria da Glória Lima

BRASÍLIA/DF

2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SS282p Scalzavara, Fernanda
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE INTEGRANTES DA LUTA
ANTIMANICOMIAL DO DISTRITO FEDERAL / Fernanda Scalzavara;
orientador Andréia de Oliveira; co-orientador Maria da
Glória Lima. -- Brasília, 2023.
162 p.

Tese (Doutorado em Política Social) -- Universidade de
Brasília, 2023.

1. Política Social. 2. Participação Social. 3. Saúde
Mental. 4. Reforma Psiquiátrica. I. de Oliveira, Andréia,
orient. II. Lima, Maria da Glória, co-orient. III. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Fernanda Scalzavara

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DE INTEGRANTES DA LUTA ANTIMANICOMIAL DO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Doutorado em Política Social.

Aprovado em 21 de julho de 2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andréia de Oliveira

(Orientadora. Membro Interna vinculado ao Programa SER/UnB). Doutora em Serviço Social/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos

(Membro Externo não vinculado ao Programa). Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ/Doutor em Políticas Sociais/London School Of Economics/LSE/Inglaterra

Profa. Dra. Tânia Regina Krüger

(Membro Externa não vinculada ao Programa) Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC/Doutora em Serviço Social/Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

Profa. Dra. Marlene Teixeira Rodrigues

(Membro Interna vinculada ao Programa). SER/UnB/Doutora em Sociologia/Universidade de Brasília/UnB

Profa. Dra. Miriam de Souza Leão Albuquerque

(Suplente/Membro Interna não vinculada ao Programa). Doutora em Serviço Social/Universidade Federal de Pernambuco/UFPE

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o ato de reconhecer que este trabalho é uma construção que resulta de conhecimentos e aprendizados que foram sendo adquiridos na relação com várias pessoas. Entre aqueles e aquelas a quem desejo registrar meus mais sinceros agradecimentos estão, privilegiadamente, os(as) participantes deste estudo, que me permitiram ouvir suas histórias de vida e confiaram relatos pessoais, por vezes, difíceis e dolorosos. Obrigada pela generosidade em partilhar vivências e sabedoria, pela acolhida e disponibilidade para as entrevistas, mesmo num momento tão atípico como foi o segundo ano da Pandemia Covid 19. Meus agradecimentos se estendem à todas as pessoas, profissionais, militantes, trabalhadores(as), pessoas usuárias dos serviços de saúde mental e familiares, com quem tive a oportunidade de aprender ao longo desses 20 anos de atuação na área.

Nessa caminhada, encontrei com pessoas em sofrimento mental em vários lugares e em diferentes condições de cuidado. Sem dúvidas, um dos mais importantes aprendizados da vida pessoal e profissional foi conhecer por dentro um dos espaços mais manicomial e, junto com as pessoas que nele se encontravam, aprender que a melhor estratégia de cuidado e reabilitação é aquela movida pelo afeto e respeito ao outro. Tem Ciência, tem Política, tem Participação, tem Vida, acolhimento, empatia, emoções, vínculo, conexões, espiritualidade e práxis orgânica no cuidado em saúde mental. Sou grata a todos, todas e todes que partilham comigo dessa percepção e seguem lutando por uma saúde integral, participativa e, sobretudo, antimanicomial.

Nominar todas as pessoas que contribuíram para este momento de conclusão de um ciclo de formação não é possível, mas gostaria de deixar registrado alguns nomes que contribuíram mais diretamente para que isso fosse possível.

Todo meu afeto e reconhecimento para duas pessoas especiais na minha vida, minhas referências profissionais na docência e na atuação como assistente social, que se tornaram amigas. Quis o universo me permitir o encontro, na disciplina sobre movimentos sociais e organizações do curso de graduação em serviço social, com minha sempre professora e amiga Iliane Kohler, e ser através dela que eu aprendesse sobre participação comunitária, movimentos sociais e participação social. Esse encontro se tornou ainda mais potente quando tive a oportunidade de ser estagiária de serviço social no HCTP de Florianópolis e ter como supervisora a assistente social Maria Sirene Cordioli, profissional que me ensinou a ser

antimanicomial e criar possibilidades de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial mesmo dentro do espaço, reconhecidamente, mais manicomial da saúde mental. A motivação inicial para fazer esta tese sobre a temática da participação social na saúde mental tem muito desses encontros com essas pessoas, que, na minha formação e em toda minha trajetória, sempre me estimularam a seguir por este caminho, respeitando minha essência e conexão com a área.

Meu agradecimento às professoras Andréia de Oliveira e Maria da Glória Lima, pela orientação e coorientação da tese e pelas oportunidades de atuação junto ao Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal - Obsam e do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social – GEPSaúde. Grata pela confiança, pela compreensão nos tantos momentos de dificuldades e pelo apoio para a finalização deste ciclo.

Agradeço, também, ao professor Eduardo Vasconcelos e às professoras Tânia Krüger e Angela Neves, pelas contribuições no momento da qualificação. Estendo meu agradecimento às professoras Marlene Rodrigues e Miriam Albuquerque, por terem aceitado o convite para avaliar o trabalho final.

Agradeço a Universidade de Brasília (UnB) e o Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS) pela oportunidade de formação gratuita e de qualidade.

Agradeço as minhas amigas Juliana Paiva, Mirela Berendt, Mariele Oliveira, Rita de Cássia, pela amizade e por todo apoio.

Minha gratidão especial ao meu filho Teodoro, que chegou na metade do caminho para dinamizar o planejamento e o cronograma do doutorado e mudar absolutamente tudo na minha vida... Ser sua mãe tem sido a vivência mais repleta de sentimentos, emoções, sensações e desafios, uma oportunidade de ressignificar a vida nessa existência!

RESUMO

A presente tese buscou analisar elementos favorecedores, dificuldades existentes, e possíveis estratégias para potencializar o protagonismo de pessoas usuárias na participação social em saúde mental no Distrito Federal. Procuramos conhecer, compreender e analisar trajetórias de participação social nas narrativas de pessoas reconhecidas como sujeitos atuantes na defesa da saúde mental antimanicomial, integral e participativa. A perspectiva teórica norteadora deste estudo fundamenta-se no materialismo histórico e na teoria social crítica. Como caminho metodológico escolhemos a história oral em sua técnica de história de vida, visando dar destaque às narrativas dos participantes. Ao total, contribuíram com este estudo, doze participantes, sendo seis deles pessoas usuárias de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do DF, e outros seis trabalhadores(as) do campo da saúde mental que atuam em instituições de ensino superior, em serviços da Raps e ou movimentos sociais. A pesquisa teve aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade de Brasília e seguiu todas as recomendações e os cuidados éticos vigentes. O conteúdo das narrativas foi analisado na relação com as teorias sobre participação social, Reforma Psiquiátrica Brasileira, cidadania e políticas sociais. Na análise dos resultados emergiram quatro eixos temáticos centrais: 1) Vivências estimuladoras do ‘despertar’ participativo e sentidos atribuídos à participação social em saúde mental; 2) Condições objetivas e subjetivas ao engajamento e à vinculação às lutas sociais por uma política de saúde mental integral e participativa; 3) Dificuldades para o protagonismo de pessoas usuárias nas lutas por uma saúde mental antimanicomial e 4) Estratégias mobilizadoras de protagonismo das pessoas usuárias e a constituição de sujeitos coletivos de luta na saúde mental. Em síntese, encontramos, nas narrativas dos participantes, elementos que apontam para a necessidade de potencializar outros dispositivos participativos para além daqueles formalmente instituídos nas políticas sociais, visando maior engajamento e protagonismo de pessoas usuárias. Identificamos que a participação social é fomentada a partir de diversas situações, entre elas: vivências e experiências coletivas e participativas no ambiente escolar, em dispositivos comunitários e religiosos, em espaços de lazer, em campeonatos esportivos (futebol), em espaços ligados a arte e cultura, em serviços de atenção, cuidado e convivência em saúde mental, em coletivos e movimentos sociais, em projetos de extensão universitária de formação política e capacitação. Em geral, esses espaços promovem acolhimento, escuta, respeito às pluralidades e especificidades das pessoas em sofrimento psíquico, tornando-se dispositivos potencializadores de protagonismo e de formação política em saúde mental. Contudo, existem dificuldades ainda a serem vencidas. Entre elas, a desmistificação de estigmas e preconceitos que ainda existem em torno da saúde mental, a qualificação dos profissionais que atuam nos serviços assistenciais, assim como a superação das barreiras de acesso aos direitos sociais, garantidores das condições de subsistência. Nesse sentido, é necessário avançar nas discussões sobre os dispositivos participativos das políticas públicas, de forma que possam contemplar a pluralidade e as singularidades dos diferentes grupos populacionais e das diversas formas de cidadania. Defender e lutar por uma participação social mais popular e comunitária, desburocratizada e autônoma em relação a gestão governamental e os interesses privados do capital deve ser central para qualquer política de saúde, que se pretende universal.

Palavras-chave: Política Social, Participação Social, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

This thesis aimed to analyze enabling elements, existing challenges, and possible strategies to enhance the role of users in social participation in mental health in the Federal District. We sought to understand and analyze trajectories of social participation in the narratives of individuals recognized as active agents in advocating for anti-asylum mental health, comprehensive and participatory. The guiding theoretical perspective of this study is based on historical materialism and critical social theory. As a methodological approach, we chose oral history, focusing on life stories, to highlight participants' narratives. In total, twelve participants contributed to this study, six of whom were users of the Federal District's Psychosocial Care Network (RAPS), and the other six were mental health workers engaged in higher education institutions, RAPS services, or social movements. The research was approved by the ethics and research committee of the University of Brasília and followed all relevant ethical recommendations and precautions. The content of the narratives was analyzed in relation to theories of social participation, the Brazilian Psychiatric Reform, citizenship, and social policies. Four central thematic axes emerged from the results analysis: 1) Experiences that stimulate participatory awakening and meanings attributed to social participation in mental health; 2) Objective and subjective conditions for engagement and involvement in social struggles for comprehensive and participatory mental health policy; 3) Challenges for the user's protagonism in struggles for anti-asylum mental health; and 4) Mobilizing strategies for user protagonism and the formation of collective subjects in mental health advocacy. In summary, the narratives of the participants point to the need to enhance other participatory mechanisms beyond those formally established in social policies, aiming for greater engagement and user protagonism. Participation in social activities is fostered through various situations, such as collective and participatory experiences in educational environments, community and religious settings, recreational spaces, sports championships (football), art and cultural spaces, mental health care and coexistence services, social collectives and movements, and university extension projects for political education and training. However, there are still challenges to overcome, including the destigmatization of mental health, the training of professionals in support services, and addressing barriers to accessing social rights that ensure subsistence conditions. Therefore, advancing discussions on participatory mechanisms in public policies is necessary to encompass the plurality and uniqueness of different population groups and forms of citizenship. Advocating for a more popular and community-oriented social participation, one that is less bureaucratic and autonomous from government management and private capital interests, should be central to any universal health policy.

Keywords: Social Policy, Social Participation, Mental Health, Psychiatric Reform

RESUMEN

La presente tesis buscó analizar elementos favorecedores, dificultades existentes y posibles estrategias para potenciar el protagonismo de personas usuarias en la participación social en salud mental en el Distrito Federal. Procuramos conocer, comprender y analizar trayectorias de participación social en las narrativas de personas reconocidas como sujetos activos en la defensa de la salud mental antimanicomial, integral y participativa. La perspectiva teórica rectora de este estudio se fundamenta en el materialismo histórico y en la teoría social crítica. Como camino metodológico, elegimos la historia oral en su técnica de historia de vida, con el objetivo de destacar las narrativas de los participantes. En total, contribuyeron con este estudio doce participantes, siendo seis de ellos personas usuarias de servicios de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) del DF, y otros seis trabajadores(as) del ámbito de la salud mental que actúan en instituciones de enseñanza superior, en servicios de la RAPS y/o movimientos sociales. La investigación contó con la aprobación del comité de ética e investigación de la Universidad de Brasilia y siguió todas las recomendaciones y cuidados éticos vigentes. El contenido de las narrativas se analizó en relación con las teorías sobre participación social, la Reforma Psiquiátrica Brasileña, la ciudadanía y las políticas sociales. En el análisis de los resultados emergieron cuatro ejes temáticos centrales: 1) Vivencias estimuladoras del 'despertar' participativo y sentidos atribuidos a la participación social en salud mental; 2) Condiciones objetivas y subjetivas para el compromiso y la vinculación a las luchas sociales por una política de salud mental integral y participativa; 3) Dificultades para el protagonismo de personas usuarias en las luchas por una salud mental antimanicomial; y 4) Estrategias movilizadoras de protagonismo de las personas usuarias y la constitución de sujetos colectivos de lucha en salud mental. En resumen, encontramos en las narrativas de los participantes elementos que apuntan a la necesidad de potenciar otros dispositivos participativos más allá de aquellos formalmente instituidos en las políticas sociales, con miras a una mayor implicación y protagonismo de las personas usuarias. Identificamos que la participación social se fomenta a partir de diversas situaciones, entre ellas: vivencias y experiencias colectivas y participativas en el entorno escolar, en dispositivos comunitarios y religiosos, en espacios de ocio, en competencias deportivas (fútbol), en espacios vinculados al arte y la cultura, en servicios de atención, cuidado y convivencia en salud mental, en colectivos y movimientos sociales, en proyectos de extensión universitaria de formación política y capacitación. En general, estos espacios promueven la acogida, la escucha, el respeto a las pluralidades y especificidades de las personas en sufrimiento psíquico, convirtiéndose en dispositivos potenciadores de protagonismo y formación política en salud mental. Sin embargo, todavía existen dificultades por superar. Entre ellas, la desmitificación de los estigmas y prejuicios que aún rodean a la salud mental, la capacitación de los profesionales que trabajan en los servicios de asistencia, así como la superación de las barreras de acceso a los derechos sociales, garantizadores de las condiciones de subsistencia. En este sentido, es necesario avanzar en las discusiones sobre los dispositivos participativos de las políticas públicas, de manera que puedan contemplar la pluralidad y las singularidades de los diferentes grupos poblacionales y las diversas formas de ciudadanía. Defender y luchar por una participación social más popular y comunitaria,

desburocratizada y autónoma con respecto a la gestión gubernamental y los intereses privados del capital debe ser fundamental para cualquier política de salud que se pretenda universal.

Palabras clave: Política Social, Participación Social, Salud Mental, Reforma Psiquiátrica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABS	Atenção Básica em Saúde
AMAE	Associação dos Moradores da Casa do Estudante
CA	Centro Acadêmico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CDSM	Conferência Distrital de Saúde Mental
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISM	Comissão Intersetorial de Saúde Mental
CLDF	Câmara Legislativa do Distrito Federal
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COMPP	Centro de Orientação Médico Psicopedagógica
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DISSAM	Diretoria de Serviços de Saúde Mental
DF	Distrito Federal
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FASM	Frente Ampliada de Saúde Mental
FEBRACT	Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FS	Faculdade de Saúde
GASM	Grupos de Ajuda e Suporte Mútuo
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
IES	Instituição de Ensino Superior
INVERSO	Instituto de Convivência e Recriação do Espaço Social
ISM	Instituto de Saúde Mental
LAPS	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MONULA	Movimento Nacional dos Usuários(as) da Luta Antimanicomial

MPSM	Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OBSAM	Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PCD	Pessoa com Deficiência
PDSM	Plano Diretor de Saúde Mental do DF
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAs	Região Administrativa
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
RJ	Rio de Janeiro
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES DF	Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal
SM	Saúde Mental
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDA	Tomada de Decisão Apoiada
UA	Unidade de Acolhimento
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 – ESTADO, SOCIEDADE E PARTICIPAÇÃO	25
1.1) Estado, Sociedade Civil e Esfera Pública.....	25
1.2) Classes sociais e participação social	30
1.3) Democracia e Participação Social no Brasil	33
1.4) Políticas Sociais e Participação Social.....	38
CAPÍTULO 2 – SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	43
2.1 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica e a busca por uma nova práxis em saúde.....	43
2.2 Política de Saúde e Participação Social no SUS.....	49
2.3 Políticas de Saúde Mental e Participação Social	53
2.3.1 As Conferências de Saúde Mental e a estruturação da Política Nacional de Saúde Mental.....	54
2.3.2 A implementação da RAPS e a Contrarreforma na Saúde Mental	61
2.4 Política de Saúde Mental e Participação Social no Distrito Federal.....	67
CAPÍTULO 3 – CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA	77
3.1 Pesquisa e Método	77
3.2 História oral e história de vida.....	79
3.3 Participantes do estudo.....	82
3.4 Questões éticas.....	85
3.5 Organização e análise das narrativas	87
CAPÍTULO 4 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL	89
4.1 Vivências estimuladoras do ‘despertar’ participativo e sentidos atribuídos à participação social em saúde mental.....	89
4.2 Condições objetivas e subjetivas ao engajamento e à vinculação às lutas sociais por uma política de saúde mental integral e participativa.....	104
4.3 Dificuldades para o protagonismo de pessoas usuárias nas lutas por uma saúde mental antimanicomial	113
4.4 Estratégias mobilizadoras de protagonismo das pessoas usuárias e a constituição de sujeitos coletivos de luta na saúde mental.....	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE A – TCLE	158

ANEXO A – Pareceres do Comitê de Ética e Pesquisa	160
Anexo B - Termo de confidencialidade de transcrição	162

APRESENTAÇÃO

A presente tese tem como objetivo central analisar elementos favorecedores, dificuldades existentes, e possíveis estratégias para potencializar o protagonismo de pessoas usuárias dos serviços da Raps/DF na participação social em saúde mental no Distrito Federal (DF), a partir de narrativas de sujeitos atuantes na defesa da saúde mental antimanicomial, integral e participativa.

Pretende-se trazer ao debate desafios e possibilidades da participação em saúde mental, articulado à participação social nas políticas sociais e como parte de um processo complexo, permeado pelas contradições da sociedade capitalista e integrado à história de vida de indivíduos que têm a participação como práxis em suas vidas. Para tanto, buscamos conhecer, compreender e analisar as narrativas de sujeitos atuantes em espaços participativos da saúde mental no Distrito Federal (DF), a fim de identificar elementos constitutivos e favorecedores do processo de participação social.

Partindo-se do pressuposto de que pesquisamos o que queremos conhecer mais, ressaltamos a estreita relação pessoal desta pesquisadora com o objeto de estudos como parte da trajetória acadêmica e profissional. Desde a graduação em serviço social tenho me dedicado a conhecer mais a área da saúde mental, a partir de experiências de inserção em serviços de atenção e cuidado e em espaços de discussão e atuação profissional, construindo relações e conexões com pessoas usuárias de serviços de saúde mental, profissionais, trabalhadores(as) e pesquisadores(as) em diferentes regiões do País e em distintos espaços de atuação profissional.

Meu encontro profissional inicial com a saúde mental foi no estágio supervisionado obrigatório em serviço social realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC – um espaço de segregação de pessoas consideradas inimputáveis e ‘esquecidas’ pelo Estado, pela família e sociedade. O estágio curricular caminhou no sentido da compreensão sobre os processos de exclusão e violências que as pessoas em sofrimento psíquico grave sofrem, mesmo tendo-se na medida de segurança o objetivo de tratamento. A motivação pelo interesse em seguir estudando e futuramente atuar na saúde mental nasce com a iniciativa de escuta das histórias de vida de internos do HCTP que já tinham cumprido o tempo de medida de segurança determinado e tinham cessação de periculosidade avaliada pela equipe

multidisciplinar em saúde, mas encontravam-se ainda no espaço porque não tinham ou estavam rompidos os vínculos familiares e sociais¹.

Dessa experiência resultou a iniciativa de construção de alternativas de reabilitação psicossocial e de aproximação com os serviços substitutivos ao modelo asilar, que estavam sendo implantados (início dos anos 2000), e com profissionais e pessoas em sofrimento mental, que buscavam se organizar e militar nas também recentes associações de usuários e familiares. Junto à equipe de atendimento social do HCTP de Florianópolis, desenvolvemos no ano de 2003 um programa de alta progressiva para internos que já tinham cumprido a medida de segurança e não possuíam vínculos familiares e sociais e por isso permanecia na unidade em asilamento. A iniciativa articulou instituições em rede (Vara de Execução Penal e HCTP, Caps II de Florianópolis, Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, Programa de Volta para Casa) e possibilitou que alguns usuários pudessem fazer tratamento no Caps e tivessem saídas da instituição programadas.

Na continuidade da formação acadêmica e das experiências profissionais fui construindo um caminho de proximidade com a saúde mental que articula os estudos teóricos com experiências práticas em instituições, espaços e projetos sociais. Não por acaso, este estudo tem em si elementos da práxis, do universo acadêmico e de vivências práticas, que dão sentido e significado à sua construção.

Em especial, o caminho percorrido para a realização desta pesquisa foi trilhado a partir da experiência como supervisora de projeto social e de extensão em saúde mental, no período de 2017 a 2019, no âmbito do curso de serviço social do Centro Universitário Iesb - Campus Ceilândia/DF, e da participação no Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (Obsam). A participação no Obsam é um dos fatores motivadores à realização da pesquisa empírica e é composta por experiências de pesquisa, engajamento político e realização de atividades de mobilização para a participação de pessoas usuárias dos serviços da Raps/DF.

Na participação junto ao Obsam cabe destacar a importância da atuação no projeto de extensão universitária denominado *Projeto SIEX - 59275 - Processos formativos e participativos para o fortalecimento da Raps e do protagonismo dos usuários da saúde mental*,

¹ A medida de segurança tem, a princípio, duração indeterminada. O Código Penal brasileiro estabelece o prazo de 1 a 3 anos para avaliação de cessação de periculosidade, a depender do delito praticado. Contudo, mesmo em situações em que a avaliação realizada por equipe multiprofissional indica a cessão da periculosidade, muitas pessoas permanecem 'internadas' devido ao rompimento dos vínculos familiares e sociais, ficando sem possibilidades de saída da instituição. Tal situação evidencia lacunas no sistema judiciário, articulado à saúde e assistência social para estratégias de reabilitação à população com sofrimento psicossocial.

no período de outubro de 2018 a dezembro de 2019². Essa experiência profissional e pessoal foi marcada por um intenso contato com pessoas usuárias de serviços de saúde mental, profissionais e pesquisadores(as), a partir da qual buscamos apoiar equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) na (re)organização de práticas participativas com ênfase no protagonismo de usuários e familiares. O trabalho interventivo extensionista contemplou oficinas temáticas reflexivas, problematizadoras, com vista a ampliação da participação e o fortalecimento do protagonismo de usuários da Raps nos processos de organização da gestão e do cuidado e das formas de associativas para a busca de direitos a saúde, socioassistenciais e da inclusão social no território³. Atividades que possibilitaram a aproximação, convivência e formação de vínculo inicial, que foi importante para a etapa da coleta de informações da pesquisa. Da mesma maneira, a participação em eventos e atividades científicas do Obsam possibilitou a aproximação com profissionais, pesquisadores, integrantes do Movimento Pró Saúde Mental do DF (MPSM-DF) e militantes da saúde mental antimanicomial.

O arcabouço teórico sobre participação social nas políticas sociais apreendido no decorrer dos cursos de Mestrado em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Doutorado em Política Social na Universidade de Brasília (UnB), em especial no que se refere aos desafios, impedimentos, obstáculos à participação social nas democracias recentes, sobretudo em nações constituídas a partir de experiências de colonialismo e exploração, como o Brasil, somaram-se ao desejo de realizar o presente estudo sobre participação social em saúde mental, entendendo-se que nesse campo as dificuldades tendem a ser maiores, haja vista a dificuldade de adequar-se os processos normativos e burocráticos à uma participação que precisa ser construída, ‘inventada’, realizada por sujeitos que historicamente vivem experiências de exclusão e segregação.

A trajetória acadêmica, profissional, pessoal percorrida junta-se à experiência no Obsam, à condição de estudante do Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) da UnB, à participação no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, Sociedade e Política Social (GEPSaúde) e encontra na elaboração da presente tese de doutoramento o caminho da sistematização acadêmica dos estudos, das experiências de atuação profissional, das vivências pessoais, do processo de construção da participação em saúde mental no decorrer dos últimos anos.

² O projeto da presente tese iniciou nesse período como um desdobramento deste projeto extensionista e está a ele associado no que diz respeito ao parecer técnico do Comitê de Ética em Pesquisa.

³ Resultados do referido projeto de extensão estão disponíveis em Oliveira et al., (2021).

A trajetória relatada nesta apresentação inicial tem significado pessoal e papel importante na realização da pesquisa empírica. A aproximação e o vínculo construídos nas atividades do Obsam possibilitaram que as entrevistas para coleta das narrativas da trajetória de vida dos sujeitos partícipes ocorressem como um momento de trocas e de aprendizados, de forma a ressignificar sentimentos, vivências, experiências, por vezes dolorosas, traumatizantes, como caminhos percorridos na construção do ser sujeito político, social, antimanicomial.

Mais recente, em janeiro de 2023, já em fase final da elaboração da tese, a experiência profissional de atuar como supervisora clínico institucional no Projeto de Supervisão dos Serviços da Raps/DF, coordenado pela Fiocruz em parceria com a Diretoria de Serviços de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do DF (DISSAM/DF) têm possibilitado reflexões sobre a materialidade de uma rede de serviços de atenção psicossocial, capaz de oferecer condições objetivas e subjetivas à realização da participação. São desafios diários que requerem das equipes profissionais compreensão sobre a importância das subjetividades, do afeto, do respeito às diferenças, do vínculo na dimensão do cuidado, assim como empenho para mudar práticas, no sentido da efetiva valorização do protagonismo e da autonomia de pessoas usuárias diante das estruturas burocratizadas, muitas vezes automatizadas dos serviços.

Na democracia capitalista onde os espaços de participação na esfera pública são delimitados, definidos por instrumentos burocráticos administrativos, ocupados pela sociedade de forma desigual, a participação de pessoas em sofrimento psíquico, que convivem com perdas de habilidades e/ou dificuldades para realizarem funções cotidianas da vida e que tenham perdido ou mesmo nunca adquirido a condição de trabalhador produtivo do sistema, enfrentam muito mais obstáculos e desafios.

Ouvir as narrativas das histórias de vida de profissionais, pessoas em sofrimento psíquico e trabalhadores de serviços de saúde mental nos permitiu compreender as diversas subjetividades, os motivos e as razões individuais e as oportunidades de vivências em diferentes dimensões que entrelaçam à experiência de construção de sujeitos políticos e de possibilidades de maior engajamento aos processos de participação social. Descrever e analisar as narrativas foi a forma que encontramos para que esses sujeitos tenham sua contribuição histórica à participação social em saúde mental registrada e reconhecida. Esperamos que o conteúdo desta tese circule e possa inspirar outras pessoas que desejem engajar nas lutas sociais por uma saúde mental antimanicomial.

INTRODUÇÃO

Para iniciar o debate sobre a participação social em saúde mental consideramos importante destacar que o sentido atribuído à categoria participação é dado a partir de sua inserção em determinado contexto histórico, social e político. Dessa forma, privilegiamos estudar a categoria participação a partir das referências do pensamento teórico marxista, que a localiza na realidade concreta. A necessidade de definição sobre qual participação estamos tratando decorre do fato de que a categoria é tratada, de modo diferenciado, por praticamente todas as correntes de pensamento político e sociológico, sendo impossível entender seu significado sem inserir seu conceito em uma dada corrente teórica (Cortes, 1996).

Nessa direção, procuramos trazer o debate sobre participação contemplando uma definição para além do seu uso comum, definido como ação e efeito de “tomar parte de”, intervir. Procuramos entender a participação a partir de uma visão ampla, guiada pelo pensamento marxista, e que considera o contexto na qual se insere.

Muito embora participação seja um conceito relacional e polissêmico, há um certo consenso em relação a uma definição genérica possível, segundo a qual participação seria “a capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem” (Gascón et al., 2005, s/p).

Nesse sentido, participação nos remete a pensar tanto sobre coesão social como à mudança social. De acordo com Rios (1987), participação pode assumir um sentido de integração, indicando a natureza e o grau de incorporação do indivíduo ao todo, assim como o sentido de norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política. Stotz (2009) destaca que em relação ao sentido de *integração*, “a participação implica comportamentos e atitudes passivos e ativos, estimulados ou não.” Em relação ao sentido mais estrito e de caráter político de *norma ou valor social*, “participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade”.

De acordo com Vianna et al. (2009) o conceito de participação tem a idade da teoria social moderna e relaciona-se as iniciativas em torno da participação na pólis, num sentido de participação política. Essa definição clássica de participação como participação política está atrelada a uma condição de direito e dever dos membros da pólis grega. Posteriormente, com o desenvolvimento do Estado Moderno, o avanço do debate teórico e político sobre direitos de

cidadania e democracia, ocorre a introdução de uma novidade, que é a participação social, que propõe a criação de mecanismos participativos que ampliam o direito dos cidadãos em influenciar o processo de decisão política.

Serapioni (2014) coloca que os temas da participação e da cidadania têm assumido grande relevância nas democracias ocidentais, tendo-se multiplicado, nos últimos anos, as iniciativas de participação provenientes da sociedade civil. Nessa direção, o sentido atribuído à participação está atrelado a ideia de cidadania ativa e a democracia⁴. É por meio da participação social na esfera pública que o Estado recebe uma forte pressão e é conduzido a reformular o sistema de direitos sociais, “entendidos não mais como conjunto de direitos planejados e prestados pelo estado, mas como demanda de contribuição ativa na definição das políticas sociais e serviços públicos” (Serapioni, 2014, p. 4830).

Nessa direção, para que a participação social se configure como um instrumento capaz de interferir efetivamente nas ações governamentais faz-se necessário que a concepção de cidadania seja ampliada para contemplar direitos de grupos específicos, facilitando a inclusão dos direitos de grupos multiculturais e daqueles que possuem necessidades específicas, oriundas das mais diversas formas de existir e estar no mundo. Certo que para essa ideia de cidadania participativa, ativa, integradora, é requerido um Estado ampliado, capaz de congrega a sociedade civil e a sociedade política no sentido gramsciano.

Ainda, para uma cidadania participativa, a efetivação dos direitos sociais representa as pré-condições da participação. A realização das necessidades humanas básicas de moradia, saúde, educação, transporte, acesso a lazer, cultura, trabalho, precisam estar asseguradas para todos, para que se promovam as condições de participação de todos nas decisões políticas que visam o bem-estar geral da sociedade. Além disso, é necessário que se promovam estratégias para envolver os cidadãos nos processos participativos de tomadas de decisões sobre o que é público, visando o fortalecimento da cidadania, a governança e a transparência dos gastos públicos. Isso porque nem todos os cidadãos têm os meios para fazer valer os seus direitos e vantagens de cidadania e muitas vezes aqueles que podem ser percebidos como os principais beneficiários da participação social da comunidade são os menos propensos a se envolver nas iniciativas realizadas pelos governos. “Em outras palavras, ser um cidadão significa desfrutar

⁴ Segundo Serapioni (2014, p. 4830) nos últimos anos do século XX, houve uma mudança substancial na abordagem à cidadania: de um discurso baseado em um conjunto de direitos civis, políticos e sociais, de acordo com a elaboração teórica de Marshall, para um conceito de cidadania que vai além da reivindicação dos direitos consagrados na Constituição. A nova perspectiva de cidadania, definida como “cidadania ativa”, tornou-se uma dimensão importante da política social.

os direitos necessários para a ação e para a participação social e política” (Serapioni, 2014, p. 4832).

Nesse sentido, o atendimento às exigências de um Estado social perpassa pela participação de seu povo, sendo profícua toda a participação, mesmo na menor das funções públicas. “A participação deverá ser, em toda parte, tão ampla quanto o permitir o grau de desenvolvimento da comunidade” (Balbachevsky, 2005, p. 223).

No Brasil, a Constituição de 1988 é considerada o marco legal que garante a participação social como direito de cidadania. Contudo, iniciativas de participação popular, comunitária, política e social precedem a promulgação da Carta Magna de 1988, considerada como uma das mais democráticas e mais ampla no que se refere ao conjunto de ordenamentos que devem ser seguidos por uma nação. Não obstante, experiências de mobilização popular, formação e militância política, participação comunitária são as bases do movimento que lutou pela (re)abertura democrática, pelo fim da ditadura militar dos anos 1960 – 1970, pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

A referência da Constituição de 1988 é utilizada para demarcar historicamente a garantia do direito à participação social para todos os cidadãos brasileiros e, também, o período do qual passam a ser criados instrumentos de participação e controle social como os conselhos gestores das políticas públicas e as conferências, e outras iniciativas como fóruns, audiências públicas, orçamento participativo, planejamento plurianual participativo entre outros.

Muito embora várias e pertinentes sejam as análises críticas sobre a efetividade, as possibilidades e limites desses instrumentos apontadas por estudos científicos do campo das ciências sociais, da sociologia, das políticas sociais, em alguma medida, tem sido reconhecida a importância desses espaços como propulsores de participação da sociedade civil na esfera pública.

Uma análise crítica mais ampla sobre a efetividade da participação social institucionalizada considera que esses instrumentos nasceram e foram implementados em meio a ambiguidade e contradição dos projetos de sociedade, capitaneados pelas forças políticas que disputaram a direção do Estado nacional nos governos que se sucederam após 1988. De um lado estava a busca pela radicalização da democratização do Estado e da participação social, concebida pelos movimentos de luta pela abertura democrática, para ser capaz de influenciar as decisões sobre a destinação do orçamento público e os rumos das políticas públicas. Por outro lado, essas experiências avançaram e são realizadas em meio a implementação e o avanço do projeto neoliberal, que também vai mobilizar a participação da sociedade civil, mas com sentido

diferente daquele idealizado pelos movimentos que lutaram pela participação social democrática. Na lógica neoliberal a participação é tomada como chamada à sociedade para realizar ações do campo social que são de responsabilidade do governo, a partir de uma ideia de solidariedade e voluntariado (Dagnino, 2004).

Nesse sentido, a participação social que se institucionaliza desde a Constituinte é marcada pela contradição operante no sistema capitalista e nas políticas sociais. Há uma disputa de significados atribuídos à participação em projetos políticos de sociedade diversos.

Os espaços participativos, implementados para serem instrumentos para forçar o Estado a se ampliar no que diz respeito as tomadas de decisões sobre a cidade e as políticas públicas, sofrem com as consequências dos ajustes econômicos da política neoliberal. Segundo Neves (2008), esses instrumentos foram um incentivo a mais na construção da ação participativa e democrática, mas não garantiriam o processo de construção democrática, pois acabaram por estabelecer uma cultura participativa de negociação com base em um processo de cogestão com o Estado.

Ainda, a participação social que vem sendo realizada é de caráter representativo e, considerando a realidade da população brasileira, nem todos os cidadãos têm os meios para fazer valer os seus direitos e vantagens de cidadania. Muitas vezes aqueles que podem ser os principais beneficiários da participação da comunidade nas políticas sociais são os menos propensos a se envolver nestas iniciativas (Serapioni, 2014). Isso porque o tipo de participação priorizado é aquela instrumentalizada, que requer condições de entendimento e conhecimentos sobre a estrutura político administrativa das estruturas e dos serviços públicos.

Dentre as experiências de participação social nas políticas sociais implementadas no Brasil, a área da saúde é pioneira na criação de mecanismos participativos, com realização de Conferências de Saúde ainda antes da criação do SUS e da própria regulamentação da participação social na Lei 8.142 em 1990. E, muito embora tenham sido estabelecidas tipologias de participação com caráter bastante plural nos últimos tempos, as discussões no campo da saúde, em sua maioria, tratam da participação social como componente essencial à preservação do direito universal à saúde, à construção da cidadania e para o fortalecimento da sociedade civil, ligando-se diretamente à concepção de participação como parte do processo de democratização do Estado (Vianna et. al, 2009).

De fato, a participação social dos cidadãos vem sendo amplamente reconhecida como uma dimensão fundamental da cidadania. No atual momento, a prioridade não é mais a de legitimar a participação dos cidadãos nas políticas públicas. Busca-se melhorar a qualidade e a

efetividade da participação, através da promoção de estratégia de inclusão e acesso em favor de determinadas categorias de cidadãos, que geralmente são excluídas não só dos processos de decisão, mas também da sociedade num sentido mais amplo (Serapioni, 2014).

No campo da saúde mental, a realização de estudos sobre a participação social, a produção da cidadania e a formação de sujeitos políticos mostra-se urgente e estratégico para fortalecimento do protagonismo e de estratégias de reabilitação social. É necessário o esforço de “retorno às bases” dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica num exercício de fortalecimento dos pressupostos originários em torno de uma saúde mental que valoriza o cuidado em liberdade, a arte, cultura e o direito de existir e participar de todas as estruturas da sociedade.

Nesse exercício, a valorização dos saberes e das histórias de vida de pessoas que convivem com o sofrimento psíquico e, mesmo diante de todas as dificuldades decorrentes, conseguiram construir trajetórias de vida de inserção em espaços de participação social e de luta por cidadania e justiça social é importante.

Motivada pela inquietação em saber se existem requisitos e ou condições necessárias para a participação social em saúde mental, buscamos conhecer as histórias de vida de pessoas, usuárias de serviços de saúde mental, profissionais e trabalhadores(as) da área, que se destacam como sujeitos atuantes na saúde mental no DF. Assim, a questão central que origina essa tese é: *quais elementos são necessários para fomentar o protagonismo de pessoas em sofrimento psíquico, usuárias dos serviços da Raps, na participação social em saúde mental no DF?* O objetivo geral constitui-se em: *analisar elementos favorecedores, dificuldades existentes, e possíveis estratégias para potencializar o protagonismo de pessoas usuárias na participação social em saúde mental no DF.*

Buscamos, com a realização deste estudo, contribuir para a ampliação de referências teórico metodológica sobre a participação social em saúde mental, assim como contribuir para o desenvolvimento de estratégias que visem ampliar o protagonismo de pessoas usuárias nos espaços participativos da política e na construção de sujeitos políticos atuantes nas lutas sociais mais amplas. A perspectiva teórica que norteia este trabalho fundamenta-se nos estudos marxistas, no materialismo histórico e na teoria social crítica. Como caminho metodológico escolhemos a história oral e a técnica da história de vida, que visa dar destaque as narrativas dos participantes do estudo.

Esta tese está organizada de forma a contemplar, inicialmente, a **Apresentação**, que contempla as incidências da trajetória de vida profissional da pesquisadora e as motivações

subjetivas que dão sentido à realização deste estudo, com destaque para a importância da conexão da tríade ensino, pesquisa e extensão na formação profissional no campo da atenção em saúde mental. Na sequência, está a **Introdução**, onde são tecidas considerações sobre a temática da participação social, suas diferentes tipologias e como vem sendo incorporada à cultura política das sociedades modernas como instrumento de pressão e disputa por condução hegemônica nas relações Estado e Sociedade Civil. Destacamos, que, neste trabalho estamos utilizando a qualificação “participação social”, visando delimitar sobre qual participação estamos tratando.

No **Capítulo 1 - Estado, Sociedade e Participação**, apresentamos as categorias teóricas orientadoras do debate sobre participação social e sua incidência nas relações democráticas e na constituição de um Estado ampliado no sentido gramsciano, capaz de abarcar as dimensões da sociedade política e da sociedade civil. Fazemos referência à participação social nas políticas sociais brasileiras pós Constituição de 1988 como direito assegurado constitucionalmente e como parte do processo em que Estado, em sentido dialético, se amplia à sociedade civil, promovendo a participação na esfera pública.

O **Capítulo 2 - Saúde e Participação Social** é dedicado a trajetória da política de saúde no Brasil, fazendo referência a dois importantes movimentos, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, e a relação desses com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Tradicionalmente, a política de saúde foi pioneira em incluir a participação social, por meio de instrumentos institucionalizados – Conferências e Conselhos, no planejamento e acompanhamento das ações dos governos na área da saúde. Muitas outras políticas sociais (assistência social, igualdade racial, cidades, direitos humanos), em seus cursos de desenvolvimento, utilizaram-se da referência as experiências participativas desenvolvidas no âmbito da saúde para compor seus espaços participativos.

No **Capítulo 3 – Caminho Metodológico da Pesquisa** nos dedicamos a apresentar a metodologia utilizada na pesquisa que originou esta tese. Discorreremos sobre o método e as técnicas utilizadas na pesquisa empírica, assim como sobre os sujeitos que participaram do estudo com suas narrativas sobre sua história com a participação social. Destacamos os elementos éticos norteadores do estudo e a forma como procedemos a organização e análise das informações que coletamos.

O **Capítulo 4 - Participação Social em Saúde Mental no Distrito Federal** é destinado a apresentar os resultados analisados da pesquisa. Num exercício de categorização das narrativas, para melhor apresentação dos resultados, agrupamos trechos das falas em quatro

eixos centrais de análise: 1) Vivências estimuladoras do ‘despertar’ participativo e sentidos atribuídos à participação social em saúde mental; 2) Condições objetivas e subjetivas ao engajamento e à vinculação às lutas sociais por uma política de saúde mental integral e participativa; 3) Dificuldades para o protagonismo de pessoas usuárias nas lutas por uma saúde mental antimanicomial e 4) Estratégias mobilizadoras de protagonismo das pessoas usuárias e a constituição de sujeitos coletivos de luta na saúde mental. Os resultados nos permitiram identificar elementos que favorecem a participação social, entre os quais estão vivências e experiências de acolhimento, oportunidades de formação política e capacitação, participação em atividades de projetos de extensão universitária, que apontam para a importância de dispositivos participativos para além daqueles institucionalizados nas políticas sociais - conselhos e conferências.

Ao final apresentamos as **Considerações Finais** sobre o estudo, seguidas das **Referências** e dos materiais que compõem apêndice e anexos deste trabalho acadêmico.

Reconhecemos aqui os desafios que envolvem a elaboração de uma tese com pesquisa empírica a partir da metodologia da história oral. Procuramos, dentro dos limites deste trabalho, trazer as histórias, vivências e experiências dos sujeitos participantes como componentes centrais do trabalho final, pois acreditamos na potencialidade das narrativas para inspirar outras pessoas a se engajarem nas lutas por uma política de saúde mental mais participativa.

CAPÍTULO 1 – ESTADO, SOCIEDADE E PARTICIPAÇÃO

Neste capítulo apresentamos as bases teórico conceituais sobre as quais estamos considerando a participação social, eixo central do estudo. Embasados na e pela perspectiva do materialismo histórico buscamos contextualizar a participação nas contradições da sociedade capitalista, perpassada pelas lutas de classe e na relação sociedade civil e Estado.

1.1) Estado, Sociedade Civil e Esfera Pública

Para compreender a complexidade das relações e conexões que delineiam a participação social na esfera pública e nas políticas sociais se faz necessário trazer ao debate as categorias teóricas Estado e Sociedade civil, tendo como base fundamental a compreensão dialética gramsciana que define as categorias como distintas, mas vinculadas organicamente. Assim partimos do entendimento de que as políticas sociais resultam da relação entre essas categorias e que essa relação é de reciprocidade e antagonismo ao mesmo tempo. No dizer de Pereira (2011, p.135), “não é possível falar de Estado sem relacioná-lo à sociedade, e vice e versa, pois, onde quer que ambos compareçam, um tem implicações no outro e se influenciam mutuamente”.

Estado e Sociedade civil são categorias teóricas que apresentam em si uma lógica de funcionamento complexa e dialeticamente contraditória, além de uma constante e simultânea relação nem sempre pacífica. Para uma compreensão mais ampla dessa relação, o Estado precisa ser entendido para além do seu recorte restrito, coercitivo, em oposição à sociedade, e deve ser apreendido nos seus aspectos mais alargados e verdadeiramente políticos.

Conforme aponta Pereira (2009, p. 1), a relação Estado e Sociedade Civil é “propiciadora da construção da esfera pública, a qual, por sua vez, remete aos nexos entre público e privado como instâncias emergentes nas formações sociais burguesas instituídas nos séculos XVII e XVIII.” Ademais, é nesse mesmo período histórico que insurgem as diferenças entre Governo e Estado, que passam a se distinguir com mais clareza as instâncias pública e privada, e que o Estado se diferencia da sociedade e passa a exercer domínio sobre esta por meio de aparatos burocráticos, legais, policiais e ideológicos.

O desenvolvimento da economia capitalista em escala mundial e globalizada, as crises cíclicas do capitalismo, a conquista democrática dos direitos sociais⁵, além dos civis e políticos, tidos como individuais, foi sendo requerida a ampliação das funções do Estado, de forma positiva, a qual foi sendo concretizado, a partir do século XX, mediada por políticas públicas (Pereira, 2009).

No entendimento de Pereira (2009, p. 3), a política pública é

uma “coisa” de todos para todos, que compromete todos (inclusive a lei, que está acima do Estado), podendo traduzir o conceito de república (do latim res: coisa; publica: de todos), o qual envolve tanto o Estado no atendimento de demandas e necessidades sociais, quanto à sociedade no controle democrático desse atendimento.

Nesse sentido, a materialização de políticas públicas

exige e reforça a constituição de esferas públicas, isto é, de espaços de todos, onde a liberdade positiva é condição básica para a participação política e cívica; para o exercício da autonomia de agência e de crítica e para a prática responsável de direitos e deveres. A esfera pública trata-se, por conseguinte, de um lócus construído social e historicamente na interconexão da relação entre Estado e sociedade e, como tal, um campo de conflitos e negociações em que se entrecruzam demandas diferenciadas e são tecidas deliberações baseadas em “parâmetros públicos que reinventam a política no reconhecimento de direitos”⁶. (PEREIRA, 2019, p.4)

A esfera pública é campo da participação civil, social e política. Trata-se de um espaço em que canais de diálogo e de reivindicações se estabelecem entre a sociedade e o Estado. Em se tratando de sociedade capitalista, esses espaços existem e se relacionam em um movimento dinâmico, repleto de antagonismos e contradições. Por isso é necessário localizar o Estado

⁵A noção de cidadania a partir de Marshall, autor de grande referência nos estudos e discussões sociológicas e políticas que elaborou uma das teorias da cidadania mais conhecidas. Segundo o autor, a cidadania, compõe-se de três grupos de direitos, conquistados em diferentes épocas: os direitos civis, no século XVIII; os direitos políticos, no século XIX e os direitos sociais no século XX. Tais direitos foram conquistados por meio de movimentos democráticos e passaram a ser amparados por instituições públicas correspondentes. As leis amparam os direitos civis, que são aqueles relacionados as liberdades individuais – direito de ir e vir, de imprensa, de pensamento, de fé, o direito à propriedade e o direito a justiça. A democracia parlamentar ampara os direitos políticos, que “consistem no direito de participar do exercício do poder político, como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo”. Já os direitos sociais dizem respeito a um “mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar por completo na herança social e levar uma vida de um ser civilizado e requerem uma atuação positiva do Estado para a sua realização enquanto os civis e políticos negam a interferência do Estado em nome das liberdades individuais. (MARSHALL, 1967). Essa noção de cidadania tem sido criticada por sua abordagem evolutiva, por ter sido elaborada sem uma consideração mais ampla do contexto em que se desenvolveu e por ter sido pensada como um processo irreversível, o que a realidade das sociedades contemporâneas tem evidenciado que os direitos do ‘Estado-Providência’ são reversíveis e não garantidos uma vez por todos (Serapioni, 2014).

⁶ (Teles, 1999, p.163)

como um fenômeno histórico e relacional, especificando-o e qualificando-o. Isto porque, como fato histórico, ele existe em diferentes modalidades e configurações em cada momento.

Diante das várias e diferentes abordagens teóricas que buscam definir e conceituar o Estado, para termos deste trabalho, buscaremos apresentá-lo como uma instituição constituída e dividida por interesses diversos, sendo sua principal tarefa administrar esses interesses, mas não de forma neutra. Conforme aponta Pereira (2011, p. 146), “é por meio da relação dialética com a sociedade que o Estado abrange todas as dimensões da vida social, todos os indivíduos e classes e assume diferentes responsabilidades, inclusive as de atender demandas e reivindicações discordantes”.

Segundo Mascaro (2013), o Estado é um elemento necessário nas estruturas de reprodução capitalista. Em sua forma política ele estrutura as relações de reprodução do capital, não apenas com seu aparato técnico, mas em todos os sentidos da vida social. Como forma específica do tipo de socialização capitalista entrecruza-se com todas as relações sociais e, em face delas, é constituído e constitui. Dessa forma, “se o tecido social capitalista corresponde a específicas dinâmicas econômicas, também está atrelado a necessárias estruturas jurídicas e políticas que lhes são correlatas” (Mascaro, 2013, p. 63).

No entendimento do autor, “o Estado se encontra aglutinado, estrutural, formal e funcionalmente, a muitas instituições sociais que lhe são íntimas” (Mascaro, 2013 p. 68). Nessa perspectiva, o Estado está intimamente conexo com o todo social e deve ser compreendido no contexto geral da dinâmica do capital, funcionando como elemento necessário à reprodução capitalista. No campo estrutural, ele regula e garante a troca de mercadorias entre indivíduos e a exploração da força de trabalho mediante salário. Não menos significativo, a forma política estatal estabelecida pela dinâmica social capitalista agrupa, funcionalmente, aparelhos ideológicos e instituições sociais que constituem um Estado ampliado.

Dentre as teorias sobre o Estado ampliado, destaca-se a elaborada por Antonio Gramsci, que o coloca como parte do corpo da sociedade civil e explora novas determinações do Estado capitalista e seu papel na produção e reprodução das relações sociais, econômicas e políticas, na qual para além das funções repressoras e coercitivas, exerce novas formas de dominação, como a hegemonia e consenso.

Importante destacar que Gramsci elabora sua teoria sobre a sociedade civil e o Estado ampliado a partir de Marx. Contudo, para ele, a sociedade civil é parte de um dos eixos do plano da superestrutura e configura-se a partir dos “aparelhos privados de hegemonia”, dos

organismos de participação política aos quais se adere voluntariamente, e que não se caracterizam pelo uso da repressão característicos da sociedade política.

A teoria gramsciana sobre o Estado, guardado o reconhecimento da complexidade da sua obra que resulta em diversas interpretações de seus conceitos, nos fornece uma visão ampla do Estado ao introduzir aspectos como hegemonia e consentimento; o papel da sociedade civil e “bloco histórico” (Gramsci, 2000). Sobre a hegemonia e consentimento, Gramsci adverte que o Estado não se baseia apenas no controle, coerção física ou repressão política, mas opera sistematicamente por meio do consentimento ativo das massas, em que a classe dominante exerce papel fundamental na construção e manutenção do ambiente para manutenção do poder. A hegemonia de classe se forma “de equilíbrios instáveis (no âmbito das leis) entre os interesses do grupo fundamental e aquele dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem,” (Gramsci, 2007, p.42).

Ainda, Gramsci incluiu, a partir do conceito de bloco histórico, a questão das alianças de diferentes grupos sociais, sob a liderança da classe dominante, para manutenção do poder, destacando a importância da análise das relações de classe e das lutas políticas no contexto das transformações históricas e sociais.

De forma bastante simplificada podemos identificar que Gramsci ampliou a conceito de Estado ao defender que este inclui não apenas a estrutura formal do governo, mas a sociedade civil que desempenham um papel crucial na reprodução das relações de poder e na formação e manutenção da hegemonia.

No terceiro volume dos Cadernos do Cárcere em que Gramsci (2007, p. 244) afirma ser preciso observar “que na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido de que seria possível dizer que Estado é igual a: sociedade política + sociedade civil), isto é, hegemonia coraçada de coerção”. O conjunto formado pela sociedade civil e pela sociedade política constitui o que Gramsci denomina de Estado ampliado. A sociedade política corresponde ao momento da coerção e da força, usada por um Estado restrito, dominador, que se utiliza do conjunto de mecanismos que correspondem as burocracias executiva e polícia-militar para deter o monopólio legal da repressão e da violência. Já a sociedade civil corresponde ao “conjunto das instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos, de ideologias” (apud Coutinho, 1996, p. 54). Fazem parte desse conjunto de instituições, o sistema escolar, os partidos políticos, as organizações profissionais, os sindicatos, os meios de comunicação, as religiões, as instituições de caráter científico e artístico.

O entendimento do Estado como sociedade política mais sociedade civil, incorpora a dimensão de totalidade das relações sociais, econômicas e políticas, premissas que sustentam os processos de dominação do capital e da organicidade entre Estado e capitalismo.

Na visão gramsciana, o Estado não se configura apenas como uma “cúpula” ou uma entidade dissociada da sociedade, ao contrário, o Estado capitalista ampliado, por meio dos “aparelhos privados de hegemonia”, integra e adentra espaços crescentes da vida social, da mesma maneira que as entidades organizativas – ligadas aos grupos dominantes e/ou aos subalternos – são incorporadas às definições políticas (e de políticas públicas) e isso funciona como forma de conter os impulsos revolucionários dos subalternos e assegurando as condições de reprodução de uma acumulação capitalista (Fontes, 2018).

A socialização da política e a formação de sujeitos políticos coletivos de massa são a base do conceito de Estado ampliado, que em essência é a sociedade política mais a sociedade civil e, a sociedade civil é uma figura do Estado, que se articula dialeticamente no Estado e com o Estado. Conforme Nogueira, (2003 p.191), “a sociedade civil gramsciana não se sustenta fora do campo do Estado e muito menos em oposição dicotômica ao Estado. Ao contrário, ela o modifica, se articula dialeticamente com ele e o encaminha em direção à ideia de “Estado ampliado”.

Nessa concepção, dá-se ênfase à política como atividade humana central. Sobre este aspecto, Nogueira (2001) alerta que não se trata apenas da política institucionalizada, dos políticos e/ou praticada pelos profissionais da política, mas, essencialmente, da política inerente ao modo de ser do homem, a política dos cidadãos, socialmente experimentada. Uma política que se destine a viabilizar uma “integração da virtude privada e da virtude pública, dos interesses particulares e da vontade geral, do Estado e da sociedade” (Nogueira, 2003, p.191).

As dinâmicas conjunturais da economia e da política contemporânea e a prevalência dos interesses neoliberais, tem fortalecido a estreita relação do Estado com a reprodução do capital, alinhado aos interesses das classes dominantes, distanciando – se da construção de um Estado Social na perspectiva democrática, “o papel do Estado na reprodução do capital exige políticas econômicas e formas de intervenção diferentes de acordo com o padrão concreto de reprodução do capital” (Osório, 2014 p. 82). São dinâmicas moduladas pelo adensamento de medidas neoliberais, associadas a uma retórica antipolítica e de uma herança neoconservadora, que tende a penetrar nas entranhas da vida social, em dimensões que influem na cultura e nas formas de sociabilidade.

Mais do que apenas uma doutrina política e econômica, o neoliberalismo promove o individualismo, a ressubordinação e aceitação naturalizada dos processos de crises e empobrecimento, definindo a vida contemporânea em sociedade em diferentes maneiras. Os desafios advindos de tal conjuntura exigem engajamento e redescoberta de novas formas de envolvimento político, a renovação de espaços de organização política, de modo a revitalizar e reconstruir a consciência de classe e converter as indignações privatizadas em lutas coletivas politizadas.

1.2) Classes sociais e participação social

Há uma contradição entre cidadania e capitalismo, que se manifesta num processo dinâmico e dialético, em que o capital, em um dado momento, impõe sua lógica de acumulação sobre as demandas da classe trabalhadora, e, em outro, força-se a recuar e fazer concessões às classes. Tal antagonismo é singular da contradição que engendra o próprio sistema, que se fundamenta na divisão de classes.

Na teoria marxista clássica, classes sociais é um conceito central para a análise social, econômica e política da sociedade, na medida em que para Marx, a classe designa e explica todas as formas de hierarquia e dominação social, pois as classes se constituem segundo a posição que os indivíduos ocupam no processo de produção e só é possível entendê-las na relação com outras classes, por meio da luta de classes (Gohn, 1999).

Nas teorias contemporâneas, o conceito de classe social continua sendo uma categoria importante e suas reformulações têm incorporado aspectos subjetivos à sua compreensão. Autores marxistas contemporâneos como Esping-Andersen tratam os conflitos e as lutas de classe associados a categorias estruturais de análise do Estado e do processo de produção e reprodução capitalista.

Na apreensão baseada nas teorias marxistas contemporâneas, classe social é uma categoria econômica fundamental que aglutina grupos, indivíduos e movimentos da sociedade civil e política. Não obstante, cabe ressaltar que esta abordagem não trata classe social exclusivamente sob o viés econômico e nem que as classes são dadas a priori, mas se constituem na história segundo as suas lutas e ações coletivas. Isso significa dizer que as classes são formadas por meio das relações que os indivíduos e grupos estabelecem e isso acontece na

forma de processo, sendo as experiências e tradições culturais herdadas importantes à sua constituição (Gohn, 1999).

Nessa dinâmica, própria das sociedades capitalistas, assume importante papel o Estado capitalista, que vai encontrar nas negociações e concessões uma forma própria de obter legitimidade junto a sociedade, dando a ela direção política.

Conforme aponta Nogueira (2003, p. 191), a sociedade civil gramsciana

é considerada um espaço onde são elaborados e viabilizados projetos globais de sociedade, se articulam capacidades de direção ético-política, se disputa o poder e a dominação. Um espaço de invenção e organização de novos Estados e novas pessoas. Um espaço de luta, governo e contestação, no qual se formam vontades coletivas.

Ainda, na apreensão gramsciana, as classes sociais não são homogêneas constituídas como blocos compactos e rígidos. No seu interior convivem múltiplas formas de manifestações, que se colocam em permanente tensão e da qual resultam visões de mundo e formas de consciência que são ao mesmo tempo rígidas e instáveis. No conjunto dos grupos sociais que configuram as classes sociais existem formas de organização e luta anticapitalista, mas, também, residem modalidades de consolidação, sistematização e difusão de uma sociabilidade adequada à dominação (Fontes, 2018).

Ademais, em sendo a consciência ligada à forma da vida social, é na sociabilidade que se moldam as formas de ser, de sentir, de pensar. Daí a importância dos “aparelhos privados de hegemonia” que residem na sociedade civil, pois eles operam concretamente na formação da consciência e na organização de classe. Conforme destaca Fontes (2018, p. 221),

os aparelhos privados de hegemonia ligam-se direta ou indiretamente ao solo da produção, permitindo compreender como diferentes tendências e contradições são traduzidas em formas mais ou menos organizadas de cultura e de consciência e chegam a condensar-se como projetos políticos.

Não obstante, assumir que a formação de uma consciência de classe acontece a partir da sociabilidade significa considerar que a subjetividade do indivíduo não está dissociada da produção da vida material, do conjunto de fatores que garantem a sua subsistência. Ou seja, a produção de subjetividades se dá pelo acesso à moradia, ao lazer, ao trabalho e à educação, aos serviços de saúde. Nesse sentido, a subjetividade não é algo separável do conjunto da subsistência. São as condições efetivas da nossa relação sócio metabólica no mundo, relação essa que é constituída pelo trabalho na relação com a subsistência (moradia, transporte, família, condições de vida etc.) que nos desenha subjetivamente e permite que a gente plasme, a partir dessas condições, formas subjetivas e singulares (Fontes, 2020).

Um outro elemento a considerar trata da pluralidade das formas de saberes e conhecimentos que constituem a subjetividade e a formação de consciência. Esses devem ser apreendidos a partir de uma relação dialética que considere a importância dos saberes e experiências populares de participação e luta submetendo-os a análises e construções teóricas que se (retro)alimentem.

Nos dizeres de Gramsci (2001, p. 221),

O senso comum contém um núcleo de bom senso fundamental e não deve ser borrado ou reprimido, mas analisado, compreendido e sentido, numa verdadeira “passagem do saber ao compreender, ao sentir, e, vice-versa, do sentir ao compreender, ao saber. O elemento popular ‘sente’, mas nem sempre compreende ou sabe; o elemento intelectual ‘sabe’, mas nem sempre compreende e, menos ainda, ‘sente’”.

Nesse sentido, participar das disputas de projetos societários e das decisões que impactam um coletivo, um segmento populacional, a vida em sociedade, é uma ação que requer condições objetivas e subjetivas, como: disponibilidade de tempo, recursos materiais para deslocamentos, acesso à informação, conhecimentos; valores ético morais e princípios que direcionem o sujeito à empatia, ao sentido da vida como pertença a um todo, a um coletivo (Vasconcelos, 2021).

A participação social deve abranger as diversas formas adjetivas da participação, popular, cidadã, comunitária e para isso requer espaços e instrumentos participativos. O exercício de uma “participação social revolucionária, democrática, radical” (Gohn, 2001), é um desafio que envolve romper com culturas políticas e formas de organização conservadoras, que não respeitam diferenças e que não estejam atreladas a democracia. Isso porque, conforme aponta Baquero (2001), a forma como se constrói e se difunde a cultura política está diretamente relacionada a como se reproduzem os comportamentos, as normas e os valores políticos de determinada comunidade.

Nesse sentido,

a construção de uma nova cultura política radicalmente democrática requer um conjunto de aprendizados capazes de transformar as atitudes, os valores, os comportamentos e a ética arraigada no Estado e na sociedade, resultantes da socialização promovida pela cultura política que hegemonizou a tradição histórica brasileira (Pontual, 2000, p.4).

O sentido que a participação social assume na vida do indivíduo depende de diferentes e diversos fatores, objetivos e subjetivos. O acesso a informações e as condições em que ocorre o processo de formação de conhecimentos, que inclui a forma como referências históricas são apresentadas na trajetória formativa, formal e popular, as oportunidades, os estímulos e as

oportunidades de socialização, coletivização e associação experimentadas na vida escolar, comunitária, social incidem na formação da consciência social e na prática participativa.

É nessa direção que entendemos que a formação de uma consciência sanitária coletiva, crítica e transformadora é parte de um processo de ampliação das concepções individuais, num movimento que vai do particular para o coletivo e vice e versa. Consciência sanitária é compreendida como tomada de consciência de que a saúde, “é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas, como esse direito é sufocado e este interesse descuidado, a consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo” (Berlinguer, 1983, p. 5). Assim, a consciência sanitária é constitutiva de uma consciência de classe. Ela pressupõe sentido na vida dos sujeitos e dimensão prática em processos participativos em suas múltiplas dimensões, incluindo questões individuais e aquelas apreendidas coletivamente, nas relações sociais mais amplas, e que conformam a cultura política da sociedade.

1.3) Democracia e Participação Social no Brasil

A Constituição Federal de 1988 atribuiu a participação da sociedade como um direito, o que representou para as políticas sociais uma modernização política que poderia vincular-se a democracia popular e participativa (Machado; Krüger, 2022). Entretanto, na esteira das conquistas jurídico-legais, nas políticas sociais e nas novas formas institucionalizadas de participação social, a carta constitucional não conseguiu frear o avanço do projeto neoliberal e seus impactos no processo de aprofundamento das desigualdades sociais e no enfraquecimento da formação e organização sociopolítica da classe trabalhadora brasileira, provocando um certo deslocamento de sentido e adequação da sociedade civil ao ideário neoliberal.

Dagnino (2004) alerta para o deslocamento de sentido do termo e das funções da sociedade civil na contemporaneidade e sugere a existência de uma confluência perversa de projetos que têm mobilizado a sociedade civil a estar ativa e propositiva. Por um lado, um projeto político de ordem democrática e participativo convoca a sociedade a participar da esfera pública. Por outro lado, o projeto neoliberal clama para que a sociedade assuma funções estatais na garantia de direitos sociais, sob o pretexto da solidariedade e da responsabilidade de todos.

Conforme aponta Neves (2008, p.16),

é possível que a participação da sociedade civil seja entendida, de um lado como possibilidade na construção da democracia, na medida em que ocorre a

partilha do poder de decisão entre o Estado e a sociedade, associada ao projeto democratizador, à capacidade de negociação e ao controle democrático sobre o Estado. Por outro lado, existe a possibilidade de se ver aí um limite à construção da democracia e dos espaços públicos, tendo-se em mente que esse incentivo do Estado pode representar a transferência de suas responsabilidades à sociedade e o total apoio a matrizes liberais e de caráter privado no trato das questões públicas.

A ideia de sociedade civil e Estado ampliado pressupõem a existência de um regime democrático que garanta as condições de disputa da hegemonia e direção política da sociedade. Desse modo, a existência de espaços participativos e deliberativos é condição requerida para que a população possa participar das decisões sobre as políticas públicas. Não obstante, a democracia requerida é aquela ativa, capaz de promover e sustentar a participação de todos(as), seja pela forma representativa ou da participação direta.

Nesse sentido, ter a participação social garantida como direito constitucional no Brasil significa um avanço à construção de formas de superação do modo de organização capitalista. Conforme destaca Ciconello (2008, p.1), parte significativa das forças políticas e sociais que impulsionaram o processo de redemocratização nos anos 1980 estava “imbuída de uma concepção democrática ampliada, que não se restringia apenas ao restabelecimento do sistema representativo eleitoral”. Tal movimento e momento histórico fez com que o Brasil se tornasse um “celeiro de iniciativas e de ideias no que diz respeito a ampliação da participação de cidadãos e cidadãs nas decisões públicas” (Ibid.). Nas décadas subseqüente a Constituição de 1988, principalmente nos anos 2000, cidadãos e cidadãs brasileiras, para além do voto, conheceram uma “pluralidade de instâncias e mecanismos de alargamento da esfera pública, normatizados e inseridos dentro da burocracia estatal, por pressão de organizações da sociedade civil” (Ibid.)

Muito embora os diversos obstáculos e impedimentos à sua realização, as críticas à forma como é realizada nos espaços deliberativos, principalmente nos conselhos gestores de políticas públicas, as dificuldades e contradições operadas no interior dos movimentos sociais, a participação social representa espaço de fazer político e de luta da sociedade civil pela partilha do poder estatal sobre as decisões de ordem pública para além do sistema eleitoral.

Não obstante, cabe lembrar que a sociedade civil não é em si um bloco homogêneo ou apenas “espaço de certa pureza social, da expansão das lutas subalternas e das conquistas democráticas” (Fontes, 2018, p. 224). Ela é um dos ambientes do embate de classes, em especial através da formação cultural e ideológica e da organização das vontades sociais dispersas. Nela

acontecem disputas de projetos de direção política e todos os indivíduos, de forma direta ou indireta, participam da produção e disseminação de consensos.

Uma interpretação da sociedade civil dissociada da luta de classe, vista como espaço de filantropia, de realização de vontades, locus da existência de entidades não-estatais e “livres”, desconectadas do mundo da produção e das necessidades é funcional a lógica liberal. Esse tipo de visão “angelical” deixa de lado os processos de luta que acontecem em todos os âmbitos da vida social no capitalismo, a começar pela inserção no processo produtivo, pelas desigualdades que permeiam a capacidade associativa e pelo “papel de conversão, de inflexão que os aparelhos privados de hegemonia empresariais assumem ao sustentar (e financiar) associações populares para que se convertam em “apolíticas” e não partidárias” (Fontes, 2018, p. 225).

No Brasil, um marco histórico que retoma a discussão sobre a sociedade civil, é a mobilização, luta, resistência e organização dos movimentos sociais com projetos democratizantes das décadas de 1970 e 1980, os quais tiveram importante atuação e influência no processo de redemocratização e que tem como uma de suas conquistas a Constituição de 1988, uma das constituições mais democráticas e sociais.

Os anos 1970 e 1980 são referência histórica das lutas sociais travadas no interior da sociedade civil via formação e ampliação de movimentos sociais e dessa com o Estado pela busca de hegemonia e direção na construção e implementação do projeto político de sociedade. Em geral, esse período é tomado como referência histórica do início e da retomada das lutas sociais pós ditadura, pela ampliação e consolidação de direitos.

A partir de então o País passou a construir e experienciar não apenas o crescimento da participação política, com a ampliação do direito ao voto para segmentos até então excluídos (mulheres, pessoas com deficiência, indígenas), mas, também, a participação social, experimentada no decorrer dos anos de 1990 e 2000, por meio de diferentes arranjos participativos – conselhos, conferências, fóruns, comitês, orçamento participativo, referendo e plebiscito.

A Constituição de 1988 abriu caminho para a criação de diferentes mecanismos de incentivo a participação, em uma tentativa não apenas de democratizar o Estado, mas de buscar uma politização maior da sociedade civil. Contudo, enquanto a Constituição promoveu o “alargamento da democracia, expressa na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionados com as políticas públicas” (Dagnino, 2004, p.95), os anos subsequentes foram marcados pelo

avanço do projeto neoliberal, com a implantação de medidas de reestruturação do Estado e da economia.

A participação social passou a fazer parte de pautas, programas e projetos de sociedade e mobilizar diferentes institucionalidades no Estado e na sociedade civil. Em algumas áreas de políticas públicas, espaços participativos formalizados como conselhos e conferências tiveram papel central, enquanto em outros setores predominaram formas de interação menos formais. Destaque deve ser feito as formas de participação social experimentadas no decorrer dos anos de 2003 a 2014, no período do governo popular democrático de centro esquerda, em que “movimentos sociais e atores estatais experimentaram criativamente padrões históricos de interação Estado-sociedade e reinterpretaram rotinas de comunicação e negociação de formas inovadoras” (Abers; Serafim; Tatagiba, 2014, p. 326).

Mas, muito embora a garantia de direitos sociais e políticos conquistados na Constituição de 1988, a condição de país capitalista subordinado e o avanço das medidas de ajuste neoliberais provocaram o embate de diferentes forças políticas e sociais, ora mais progressistas, ora mais conservadoras, nas disputas pela regulamentação dos direitos sociais e em sua via de realização, as políticas sociais. Conforme destaca Baquero (2001, p. 99), “a influência de um passado de instabilidade política e econômica, bem como de um legado autoritário que tem obstaculizado a construção de uma cultura política verdadeiramente democrática no País.”

Ademais, a revolução tecnológica e a reestruturação produtiva no mundo do trabalho, que avançou após 1980, em combinação com os ajustes oriundos das medidas neoliberais no plano estatal, foram e são sentidos pela população através da desregulamentação de direitos, do corte de gastos sociais, do encolhimento da responsabilidade estatal e sua transferência à sociedade civil, a partir de elementos ideológicos que supervalorizam a lógica da meritocracia e do individualismo. Tal situação, característica da realidade das sociedades capitalistas, acaba por colocar os indivíduos numa aleatória e violenta luta pela sobrevivência, favorecendo a desconstrução das identidades de classes.

O caráter da organização do trabalho na revolução tecnológica em curso em que milhões de pessoas estão à sua própria sorte e mérito individual (Behring, 2008), o processo de mundialização da economia, de constituição de um regime de acumulação predominantemente financeiro (Chesnais, 1996) são elementos que incidem sobre a formação da consciência de classe. Não apenas incidem na forma como os indivíduos se identificam como e com as classes,

mas, também, funcionam como desagregadores da solidariedade de classe, em um movimento regressivo à cultura política da participação.

Conforme aponta Vasconcelos (2021, pp 10-11),

esse padrão de mundialização econômica quebra a capacidade de cada Estado-nação sustentar, de forma mais autônoma, políticas internas de infraestrutura e de bem-estar social, [...] Do ponto de vista da economia interna e das políticas sociais em cada país, o capitalismo neoliberal provoca crise econômica, privatização, focalização, sub financiamento e sucateamento das políticas sociais; precarização dos vínculos de trabalho; perda de direitos substantivos e da qualidade dos serviços públicos; desigualdade social; desemprego e trabalho informal; aumento da pobreza, violência social e abuso de drogas, com fortes implicações no campo da saúde mental.

A participação social na saúde está atrelada a democracia e é entendida como um processo em que a sociedade civil é chamada a participar da agenda governamental, incluindo as decisões políticas sobre planejamento da política pública e fiscalização do uso dos recursos públicos. Essa forma de participação é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um instrumento central capaz de dar voz (vocalização), poder de agência e empoderamento à sociedade civil.

Public participation in (health) policy is viewed as a process by which the government actively seeks out the public's views and inputs with regard to a decision or a way of civil society to influence the political agenda. [...] The main objective of participation for civil society seems to be to hold the government accountable for their obligations towards the population, while for governments the objective is to increase stakeholders' ownerships and to improve responsiveness and uptake of policies (WHO, 2021, p. 12)

Tal concepção carrega nas suas entranhas as contradições que perpassam a concepção de participação social na contemporaneidade. O termo participação aparece de forma recorrente e entusiástica em diferentes documentos no âmbito público e privado. Contudo, a forma como é tratado se flexibiliza e padece do que se pode chamar de transformismo. Sob a égide neoliberal, a relação amalgama entre democracia e mercado, influiu nos conceitos de participação, sofrendo uma reconceituação, em uma clara negação das relações sociais em conflito e das referências democráticas da cidadania (Machado; Krüger, 2022).

É importante considerar que a participação da sociedade depende de determinadas condições. Na dinâmica e determinação atual do Estado social capitalista, engendrada pela perspectiva neoliberal e conservadora, que nos leva a pensar que somos individualmente responsáveis pela nossa miséria, concomitantemente, vivemos alimentados pela fantasia da plena igualdade de direito dos cidadãos. E, nesse sentido, pensar a participação social no

contexto da política de saúde mental, exige refletir quem é o cidadão usuário das políticas públicas de saúde mental no SUS.

Para além do aspecto estritamente legal, a cidadania deve ser entendida em toda a sua complexidade contraditória, entre o individual e o coletivo, entre o público e o privado, entre a homogeneidade e a singularidade (Fleury, 2003). As singularidades das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental remetem, por vezes, a se reconhecer a “não condição” de cidadãos, seja porque enfrentamos uma destruição dos direitos sociais de forma geral ou porque, em particular na saúde e saúde mental, as consequências avançam sobre a garantia do cuidado em liberdade e no território. Ou, ainda, porque existe uma invisibilidade ou um “não lugar” para sujeitos, que, muitas vezes, são destituídos de sua própria dignidade e identidade, sofrem com preconceitos e enfrentam muitas dificuldades para serem ouvidos em suas demandas.

Desse modo, pensar o aprofundamento da democracia e a participação social na atual conjuntura brasileira, e na saúde mental em particular, requer ter presente que a conquista de direitos é resultado da luta de classes e, nesse sentido, todas as formas de organização, luta e participação são fundamentais para a reprodução da vida e devem ser alimentadas pelo horizonte de uma nova sociabilidade, necessariamente anticapitalista.

No Brasil, a área da saúde, desde os movimentos sociais que engendraram as lutas pela Reforma Sanitária (RSB) e Reforma Psiquiátrica (RPB), foi pioneira em implementar espaços de discussão política e instituir instrumentos de participação social. O movimento de base, as práticas de saúde popular, a organização comunitária, aliados a todo contexto de mobilização pela redemocratização do país, tiveram papel significativo na conquista do Sistema Único de Saúde. A forma como esses importantes espaços de luta e participação social se constituíram e delinearam sua trajetória foram e são referência para outras políticas sociais.

1.4) Políticas Sociais e Participação Social

Identificar os marcos teóricos e jurídicos que dão origem e organizam os processos participativos na atualidade, assim como reconhecer as heranças da formação política histórica, os padrões culturais dominantes e a correlação de forças entre as classes sociais são um caminho para compreender desafios à participação social na realidade. Trata-se de apreender o contexto

da totalidade da vida e quais as condições concretas de participar, tendo-se clareza das forças e projetos em disputa.

O processo de acumulação capitalista é resultado de relações contraditórias de exploração e dominação. Essas relações implicam em confrontos de interesses de classe opostos. Por um lado, tem-se as exigências dos capitalistas por aumentar a riqueza. Por outro, encontram-se as necessidades dos trabalhadores em garantir seus salários e seus meios de vida. Tais lutas são mediadas pela organização e mobilização de forças sociais, constituídas em cada momento conjuntura e, as políticas sociais situam-se no campo dessa correlação de forças sociais (Faleiros, 1991).

A existência de políticas sociais, é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa e específico do modo capitalista de produzir e reproduzir-se (Behring, 2006). Conforme aponta Netto (2001), a dinâmica e as contradições do capitalismo fazem com que o Estado, ao buscar sua legitimação política, através do jogo democrático, seja permeável a demandas das classes subalternas, que, por sua vez, podem fazer incidir nele seus interesses e suas reivindicações.

As políticas sociais resultam de um complexo jogo de contradições, confrontos e conflitos em que estão sincronizadas em maior ou menor medida à orientação política, econômica e social do Estado e asseguram as condições de desenvolvimento do capitalismo, quando operam para administrar as expressões da questão social, incorporando demandas da classe trabalhadora. No nível político, elas também operam como um suporte da ordem sociopolítica ao oferecer respaldo efetivo à imagem do Estado social, como mediador de interesses conflitantes (Netto, 2001).

A Constituição de 1988 representou uma modernização para as políticas sociais na medida em que os direitos reconhecidos, entre eles o direito a participação social, são pautados pela diretriz de participação da sociedade nas decisões sobre o que é público. “A participação caracteriza-se, assim, como um fundamento das políticas sociais, ao possibilitar a inclusão da sociedade nas decisões, avaliações e fiscalizações de tais políticas, por meio dos canais deliberativos, avaliativos e propositivos” (Krüger; Oliveira, 2018, p. 58).

Contudo, muito embora a participação social construída nos e pelos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1990 tenha sido representativa de um projeto de sociedade democratizante, pensado e desenvolvido a partir da participação de base comunitária, da educação popular, a participação social que se consolidou na relação sociedade civil e Estado

nos anos seguintes configurou-se como uma participação muito mais voltada aos espaços gestores das políticas públicas, distanciando-se de sua base mais política e críticas.

Muito embora as análises críticas sobre a participação da sociedade nas políticas públicas, operada no âmbito dos espaços institucionalizados como conselhos e conferências das políticas sociais, apontem para limites sobre os seus efeitos diretos, há de se considerar que os estudos acadêmicos que sistematizam e analisam essas experiências, como os realizados por Vianna et. al (2009), apontam que os sujeitos que participam expressam uma posição claramente favorável à sua realização. Ainda, segundo as autoras, de modo geral, a participação aparece como um valor em si, ou seja, participar, independentemente dos resultados imediatos é algo intrinsecamente positivo e, “um estímulo à ampliação da cidadania, por fomentar o capital social e contribuir para o empoderamento dos participantes” (Vianna, et. al,2009, p. 239).

No que se refere à área da saúde, a participação da sociedade tem importante papel tanto no âmbito das lutas sociais mais amplas pela redemocratização do País, quanto como política pública pioneira a implementar os mecanismos participativos, como as conferências e conselho de saúde. Escorel & Moreira definem a participação social no contexto das políticas públicas e do SUS como o

conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, indivíduos ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas, e estratégias que regulam a distribuição de bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão (Escorel & Moreira, 2012, p.858)

Importante destacar que no caso específico da saúde, a participação da sociedade, via participação popular e movimentos sociais, assumiu um papel importante nas formulações da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1988, no sentido da construção e do fortalecimento das propostas progressivas de reorientação da política do setor. As discussões e mobilização que ocorreram foram fundamentais à conquista institucional da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, assim como das legislações e normativas implementadas a partir dos anos 1990. Apesar da conjuntura e das medidas neoliberais que marcaram os anos seguintes a aprovação da Constituição de 1988 e dos vetos presidenciais, as leis nº 8.080 e 8.142 de 1990 constituíram-se como instrumentos importantes na configuração jurídico-política de um novo modelo assistencial, capaz de produzir impacto sobre a saúde da população (Valla et al., 1993).

Em específico, a Lei 8.142/1990 estabelece a diretriz da participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei cria o conselho de saúde como instância colegiada do SUS em cada esfera de governo. Conforme destacam Oliveira; Pinheiro (2010, p. 2455), “as práticas de participação exercidas nos conselhos de saúde inauguram uma nova institucionalidade, que inclui novos sujeitos sociais – os usuários – na esfera pública.”

A ideia da participação dos indivíduos na esfera pública, debatendo e deliberando sobre questões coletivas que dizem respeito às suas vidas é considerada elemento essencial da democracia e da política. Nesse sentido, os conselhos de políticas públicas representam uma inovação, na medida em que o planejamento, a execução e avaliação das políticas sociais podem ser discutidos publicamente e esses espaços também podem incluir demandas dos usuários, como possibilidade de construção de uma relação democrática entre Estado e sociedade civil.

No entanto, há limites impostos à realidade brasileira. As medidas neoliberais de ajuste fiscal e seus impactos nas políticas sociais colocam em risco esses instrumentos de participação social tanto em relação ao modelo instituído quanto por sua despolitização e cooptação governamental. Conforme aponta Tatagiba (2002), os conselhos têm se configurado muito mais como reativos do que propositivos, na medida que têm funcionado mais como fiscalizadores, no intuito de reduzir a possibilidade de transgressão pelo Estado, do que como propositivos de ações inovadoras.

Ainda, há uma complexidade de questões que envolvem a participação social tanto no que diz respeito às condições e condicionantes da participação dos sujeitos, tais como fatores culturais, grau de instrução, processo de socialização política (como direitos e deveres e a própria ideia de participação política foram apresentados e apreendidos) e consciência sobre pertencimento e condição de classe social. São condições da ordem da materialidade da vida e das subjetividades, que vão se constituindo a partir da forma como os sujeitos vivenciam experiências participativas no núcleo familiar, na escola, na religião e em outras instituições sociais (Vasconcelos, 2021).

Não obstante tenha-se avançado nos esforços para fortalecer a democracia com uma maior participação da população nos processos de decisão política e na fiscalização dos gestores públicos, faz-se necessário pensar em mecanismos que proporcionem uma democracia social mais justa, capaz de trazer para a esfera pública os mais diversos grupos e segmentos sociais. Nesse sentido, faz-se urgente pensar em como criar e/ou reconstituir ambientes estimulante à participação política e social, como, também, é imperioso o desafio de estimular e motivar os cidadãos a participarem.

No próximo capítulo procuraremos demonstrar elementos da história da participação social construída na política de saúde e em especial na saúde mental para então buscarmos, na sequência, na análise das narrativas de vida de sujeitos atuantes na luta pela saúde mental antimanicomial no DF situações e experiências concretas capazes de lançar luz aos desafios da efetivação à participação social nos espaços públicos e na vida cotidiana.

CAPÍTULO 2 – SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Neste capítulo apresentamos parte da trajetória das políticas de saúde no Brasil, a partir de referências de dois movimentos que foram fundamentais para a luta pelo direito a saúde e a participação social. Os movimentos da RS e da RP são aqui apresentados como protagonistas da luta pelo SUS e por uma política de atenção psicossocial. Trazemos referências às conquistas alcançadas ao longo de mais de trinta anos de lutas sociais, que envolveram vários sujeitos políticos. Ao mesmo tempo que apontamos os constantes ataques e ameaças que as políticas de saúde e saúde mental têm enfrentado nos últimos anos.

2.1 Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica e a busca por uma nova práxis em saúde

Os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), em suas especificidades, constituem-se como eixos motrizes geradores das discussões e lutas sociais pelo direito à saúde e, posteriormente, pela implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Isso significa reconhecer que esses movimentos têm profunda conexão com o debate sobre Estado, Sociedade Civil, democracia, cidadania e participação social tratados no capítulo anterior.

As lutas sociais dos anos 1970 e a chamada Nova República da década seguinte promoveram a recuperação dos direitos políticos e a ampliação dos direitos sociais para os cidadãos brasileiros. Tal cenário apontava para um contexto favorável à construção de um *Estado ampliado*, com possibilidades para que interesses de grupos e segmentos sociais se fizessem presentes no interior do Estado e na ação estatal, como no caso do movimento da reforma sanitária, que sustentou esperanças e expectativas de que o Estado democrático em construção pudesse se tornar permeável ao projeto político da RSB (Paim, 2008).

A garantia legal do direito a saúde representa uma conquista das lutas sociais dos movimentos sociais iniciados anos 1970, em especial do movimento pela reforma sanitária. A definição de saúde inscrita na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990, representam o entendimento sobre saúde como uma questão central à vida, estando diretamente relacionada à democracia. ‘Não há saúde sem democracia’ e ‘não há

democracia sem a participação da população’ tornaram-se bandeiras de lutas sociais que prevalecem até os dias atuais.

Considerar a saúde a partir de uma concepção para além de sua dimensão biológica, incluindo as determinações sociais em sua definição, assim como garantir o direito universal ao acesso aos serviços de saúde representa um importante avanço à construção de uma sociedade democrática. Ao considerar as determinações sociais como fatores implicados na condição de saúde, o Estado brasileiro compromete-se com a realização de um conjunto articulado de ações e serviços na direção da intersectorialidade das políticas públicas, otimizando recursos e garantindo melhores níveis de saúde à população.

É nessa direção que Fleury (2018) aponta que uma visão mais integradora sobre a Reforma Sanitária brasileira procura compreendê-la como parte da construção do Estado de bem-estar social no processo de democratização, em consonância com a primazia da justiça social e dos princípios dos direitos sociais de cidadania, que foram estabelecidos no capítulo da ordem social da Constituição Federal de 1988 e na construção da seguridade social. Em outras palavras, o projeto da RSB deve ser pensado nos marcos nos quais a relação entre Estado e cidadãos se constrói. Seu êxito depende da capacidade de alterar a cultura política prevalecente em direção à universalização dos direitos sociais e à garantia de práticas políticas participativas, com a promoção de mudanças efetivas na gestão e qualidade dos serviços

É neste sentido que se reconhece que a *ideia, proposta e projeto* (Paim, 2008) da RSB articula-se com um projeto de transformação social capaz de gerar condições para construção de uma sociedade mais democrática. Fato este que pode ser observado desde quando o movimento sanitário elegeu como bandeira de luta “saúde é democracia”, congregando um conjunto diversificado de atores e forças sociais capazes de se organizar para derrubar o regime ditatorial e participar ativamente do processo de reabertura democrática. Conforme destaca Escorel et. al (2005), a RS representou um movimento pela transformação do setor saúde que se juntou a outros movimentos sociais que tinham em comum a luta por direitos civis e sociais, entendidos como inerentes à democracia.

O movimento pela RSB mantém viva a luta pela democratização da saúde, ciente de que isso significa mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um Sistema Nacional de Saúde. Desde o seu início busca-se uma revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas em relação a saúde, que requereram mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade, incluindo-se a garantia à participação popular. Trata-se de uma luta por uma reformulação profunda do setor, a qual deve contemplar, para

além de uma reforma administrativa e financeira, componentes políticos, jurídicos, organizacionais, comportamentais, além de uma concepção ampliada de saúde, que supere as visões estritamente biológicas e considere as determinações sociais no processo de produção de saúde (Paim, 2008).

Conforme destaca Paim (2008), as reflexões teóricas sobre a *ideia, proposta e projeto* da Reforma Sanitária buscaram mudanças na práxis no sentido da superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde. Nas palavras de Sérgio Arouca,

a Reforma Sanitária deve[ria] ser compreendida em dois sentidos: O primeiro, enquanto objeto específico, ou seja, no campo das instituições, do aparelho de Estado e do setor privado, da produção de mercadorias e equipamentos na área de saúde, na formação de recursos humanos para a área. O segundo sentido, assumindo-se o conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e, portanto, relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade (Arouca, 1988, pp.3-4 apud Paim, 2008, p.158).

A Reforma Sanitária Brasileira, ao contrário de outras reformas (administrativa, previdenciária, tributária) propostas pelo Estado, surgiu a partir da sociedade, como parte de uma mudança social requerida e que não se esgotaria na implantação do SUS. Tratava-se de uma bandeira de luta que compunha um conjunto de lutas sociais que pressupunha a recuperação e o pleno exercício da cidadania na direção de uma “democracia progressiva”, cujo horizonte era o socialismo, conforme destacado por Arouca.

Esse conjunto [de mudanças sociais almeçadas] pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se afirmar como uma nação de cidadãos, participando de uma elevação permanente da qualidade de vida e garantindo, para a humanidade, um exercício de respeito, de autonomia e desenvolvimento de cada nação, com paz. Esta é a Reforma Sanitária que pretendemos, específica no campo da saúde, humana e universal no campo da transformação social (Arouca, 1988, p.4 apud Paim, 2008, p. 158)

Nesse sentido, a Reforma Sanitária Brasileira buscou construir uma nova correlação de forças na sociedade brasileira, sendo simultaneamente bandeira específica da área da saúde e parte de uma totalidade mudanças almeçadas. Constituiu-se como um movimento político capaz de mobilizar diversos blocos de forças classistas, revelando a participação de diferentes atores políticos, articulados ou não à classe trabalhadora, que apostavam no desenvolvimento da cidadania no Estado moderno (Paim, 2008; Fleury, 2018).

O movimento sanitário, composto principalmente por médico, profissionais da saúde, movimento estudantil e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal é considerado o

sujeito coletivo precursor da RSB. Lideranças que compunham o movimento ocuparam espaços de discussão e postos-chaves nas instituições responsáveis pela política de saúde no governo do período de transição democrática e atuaram para a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, reconhecidamente a mais significativa no processo pela democratização da saúde⁷. A *oitava*, como ficou conhecida na história da saúde pública brasileira, revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas, sendo a primeira Conferência aberta à participação de usuários. O movimento sanitário foi responsável por estimular a participação popular nas discussões nas comunidades, nas pré-conferências estaduais e municipais (Escorel et. al, 2005; Amarante & Nunes, 2018).

Da mesma forma que a RSB, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem sua origem a partir da mobilização de grupos de profissionais de saúde que passaram a questionar as práticas de assistência psiquiátrica predominantes à época. O episódio que ficou conhecido como a “crise da DINSAM”⁸, em que bolsistas e residentes recém-formados denunciaram a precariedade das condições de hospitais psiquiátricos foi desencadeador de várias outras denúncias de violação de direitos humanos e mobilizou entidades expressivas no cenário nacional (OAB, ABI, CNBB, dentre outras) a se manifestarem sobre as condições de tratamento dado a pessoas com transtornos mentais (Amarante, 2000; Amarante & Nunes, 2018).

Os movimentos da RS e RP representam a importância da participação social na relação da sociedade civil com o Estado, assim como no processo de mudanças sociais. É no seio desses movimentos que muitas pessoas se constituíram como sujeitos políticos, lideranças sociais e políticas, que construíram uma trajetória de vida de militância e tornaram-se referência e inspiração para tantas outras pessoas se engajarem em lutas sociais na saúde e em outras áreas. As experiências desses movimentos são reconhecidas como forças coletivas capazes de impulsionar e promover mudanças na política de saúde e em outras políticas sociais, haja vista que a experiência das conferências e conselhos gestores na saúde é tomada como referência para outras políticas setoriais.

Ainda, os movimentos são reconhecidos como símbolos de resistência ao Estado autocrático, haja vista que se constituíram no cenário de redemocratização e luta contra a

⁷ A 8ª CNS abordou os temas: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. É nessa conferência que foram lançados os princípios da Reforma Sanitária e que se evidenciou que as modificações deveriam ir além das reformas administrativas e financeiras, pois havia a necessidade de uma reformulação mais profunda que fosse capaz de considerar a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (Escorel et. al, 2005).

⁸ DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela formulação das políticas de saúde mental.

ditadura. Da mesma forma que o movimento sanitário constitui-se no principal sujeito político coletivo da RSB, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) constituiu-se como o ator social mais importante na Reforma Psiquiátrica.

Conforme destacam Amarante & Nunes (2018), o MTSM ocupa lugar de destaque na mudança da assistência às pessoas com transtornos mentais ao constituir-se como sujeito político coletivo responsável por desencadear uma série de ações de mobilização como a organização do I Congresso de Saúde Mental em São Paulo em 1979, a atuação fundamental durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), além de aproximar-se de outros coletivos criados no âmbito da RSB, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), como estratégia que representava uma articulação com o campo da saúde em geral.

Da mesma forma que a RSB buscou a mudança e ampliação da concepção de saúde, a RP colocou em questão o saber médico psiquiátrico, o tratamento dado à loucura e as práticas hospitalocêntricas, que impossibilitavam as pessoas de qualquer participação, tanto em relação a sua própria vida quanto de participar da vida em sociedade. Segundo Amarante (1995); Torre & Amarante, (2001), desde sua origem, a Reforma Psiquiátrica Brasileira inseriu-se no conjunto *ideia-proposta-projeto-movimento-processo* da RSB, mas se constituiu em um processo mais amplo e complexo⁹. Isso porque o complexo é representado pela “articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento” (Amarante, 2003, p. 49).

Trata-se da busca por uma mudança ampla no modelo de assistência e no significado social atribuído à loucura. Isso porque o modelo manicomial, que a RPB objetiva desconstruir, produziu a exclusão da loucura da vida social, institucionalizou o louco e o retirou da cidade, fazendo com que perdesse seu direito à participação social, à cidade e a própria cidadania. O projeto da RPB objetiva desenvolver o pensamento crítico à institucionalização da loucura, buscando promover uma desconstrução sobre o seu significado social, assim como a visibilização das formas de exclusão geradas na sociedade capitalista e a discussão sobre direitos e cidadania das pessoas em sofrimento mental e vulnerabilidade social (Torre & Amarante, 2001, 2018).

⁹ Amarante (2003) observa que processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. E, a ideia de complexidade é posta não como sinônimo de complicação, mas sim como uma atitude epistemológica no sentido de reabrir a possibilidade de recomplexificação do fenômeno, em oposição a naturalização/objetualização da noção de doença.

Birman (1992) destaca que a mudança pretendida pela RPB não está apenas no âmbito da substituição dos serviços e das tecnologias de cuidado, mas na busca por um *novo lugar social à loucura* em nossa tradição cultural. Trata-se de uma mudança ampla e que nos movimenta a pensar, criar, (re)inventar novas práticas de cuidado, assim como novas formas de conceber e viver a loucura. Nesse movimento, a estratégia cultural é elemento chave à promoção da atenção em saúde mental e ao conjunto de ações que engendram a mudança sociocultural pretendida. Conforme destacam Amarante & Nunes (2018), a utilização da arte e da cultura, para além de recurso meramente terapêutico ou auxiliar da clínica, assume uma dimensão de produção de subjetividade e de vida.

A estratégia do uso da cultura para promover esse novo lugar social para as pessoas que sofrem com a estigmatização, a exclusão, o preconceito pela sua condição de saúde mental constituiu-se em diretriz da RPB e passou a ser bandeira de luta de coletivos que lutam por uma saúde mental antimanicomial. Trata-se de conceber e criar outras possibilidades de participação para as pessoas com transtornos mentais, considerando suas particularidades.

As experiências de promoção da participação popular via atividades artístico-culturais que vem sendo realizadas tem possibilitado o desenvolvimento de uma dimensão muito criativa no âmbito da saúde mental no SUS, tanto no que diz respeito ao cotidiano dos serviços quanto à intervenção cultural na cidade, no âmbito público das relações sociais. Conforme destacam Amarante & Nunes (2018), com o incentivo à participação pela via das manifestações culturais, o campo da saúde mental passou a praticar uma radicalidade da proposta de participação social, muito além do formalmente previsto na legislação do SUS, acerca da participação dos usuários pela Lei 8.080/90.

Essa estratégia induziu uma nova práxis na saúde mental, estimulou o desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos do movimento antimanicomial, constituiu-se em ferramenta fundamental para o empoderamento e a recuperação de usuários dos serviços de saúde mental, além de potencializar a participação social nos serviços e nos espaços de construção das políticas como fóruns, conferências, audiências públicas, conselhos de saúde entre outros (Amarante & Nunes, 2018).

Nessa direção, em uma aproximação com a teoria reformista de inspiração gramsciana, a RSB e a RPB pautam-se por uma nova práxis em saúde e por mudanças sociais. “Trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social (Damaso, 1989, p. 73 apud Paim, 2008, p. 160).

2.2 Política de Saúde e Participação Social no SUS

Os *movimentos, ideias, projetos e processos* da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira, muito embora tenham sido constituídos por blocos de forças políticas que defendiam concepções divergentes sobre saúde e modelo de assistência são responsáveis por importantes e representativas mudanças no setor ao longo dos últimos anos, como a inscrição do direito à saúde na Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política de saúde mental.

A inscrição da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988 constitui-se em uma resposta das pressões oriundas da sociedade, principalmente dos movimentos sociais dos anos 1970/1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, inaugurou uma nova forma de participação social da sociedade civil no Estado. Pela primeira vez na história do país, a sociedade civil participou de forma ampla de um debate sobre políticas e programas de governo, o que resultou em propostas que se tornaram base para o estabelecimento do Sistema único de Saúde (SUS).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa a materialização do direito à saúde garantido constitucionalmente (art. 196) e o resultado das lutas sociais engendradas no âmbito da relação Estado e Sociedade civil, protagonizada pelos movimentos sociais desde os anos 1970/1980 e (re)atualizadas até os dias de hoje. Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) regulamenta esse direito constitucional definindo, em seu art. 2º, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” Ademais, a mesma lei coloca que a saúde tem como determinantes e condicionantes condições objetivas de subsistência - alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Complementar a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.142/1990 institui a participação social no SUS, por meio de dois principais mecanismos: as conferências e os conselhos de saúde. As conferências constituem-se em espaços democráticos destinados a avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes enquanto os conselhos têm por objetivo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (Brasil, 1990).

A partir dessas legislações e de mais uma série de normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, o País vem construindo um dos mais importantes sistemas de saúde de acesso universal, estabelecido por um modelo de atenção que integra a promoção, proteção e recuperação em saúde. Muitos são os exemplos de políticas, programas e práticas de atenção em saúde com resultados exitosos e responsáveis pela garantia da vida à maioria da população brasileira. Haja vista que na crise sanitária mundial da COVID -19, mesmo diante do subfinanciamento, dos cortes orçamentários e das tentativas de destruição do sistema engendrados pelas políticas de ajuste neoliberal e capitaneados em maior escala pelos governos que sucederam o “Golpe de 2016”¹⁰, os danos não foram mais catastróficos em virtude da amplitude e do alcance da estrutura de serviços do SUS, do comprometimento ético das equipes de trabalhadores e da atuação dos mecanismos de participação e controle social da sociedade civil.

Desde a redemocratização a área da saúde foi pioneira na implantação dos mecanismos de participação social nas políticas públicas. A atuação, estrutura e organização das conferências e dos conselhos de saúde são referências para outras políticas sociais, que ao longo dos últimos anos foram implementando a participação social. Por meio dos conselhos das políticas públicas, a população exerce o controle social e participa do planejamento, fiscaliza as ações do governo no que se refere ao cumprimento das leis e as execuções financeiras realizadas por cada um dos entes federativos: municípios, distrito federal e estados e União.

Nesse sentido, os conselhos de saúde e as conferências são espaços para o exercício da participação e do controle social, atuando como mecanismos democráticos. Através desses espaços a sociedade se organiza para cobrar do Estado o cumprimento de sua responsabilidade na garantia aos direitos sociais. Enquanto as conferências por sua finalidade, formato e organização possibilitam uma participação mais ampla da população, no caso dos conselhos, embora seja possível acompanhar as reuniões como ouvinte, a participação como conselheiro(a) requer ser escolhido pelos pares como representante em cada um dos segmentos da parte da sociedade civil. No caso do conselho de saúde, a distribuição é feita de forma que 50% sejam representantes de usuários, 25% trabalhadores em saúde e 25% gestores e prestadores da área.

Embora se reconheça a importância dos mecanismos de controle social na construção democrática, na realidade, a participação que vem sendo realizada, de forma geral, nos

¹⁰ Em artigo recente, Mendes e Carnut (2020) analisam as medidas mais recentes do Governo Bolsonaro de cortes na saúde relacionando-as a crise contemporânea do capital, a natureza do Estado brasileiro e a ascensão do neofascismo. Conforme apontam os autores, em função da crise de longa duração do capitalismo, o Brasil tem sofrido diversas ofensivas do capital na bem-sucedida tentativa de desconstruir os direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde.

conselhos de políticas públicas tem se constituído em uma participação regulada, formatada para atender os interesses da governabilidade. No caso da saúde, estudos realizados por Oliveira (2016), Krüger e Oliveira (2019) reconhecem a importância e as mudanças na relação do Estado com a sociedade civil que esses mecanismos propiciaram, mas apontam como têm contribuído para a manutenção de elementos de nossa velha cultura política.

Para as autoras,

o enredo participativo do SUS não foi suficiente para o alcance da apropriação social das estruturas de poder dos governos, mas expressa um quadro positivo, pois esses colegiados criaram uma institucionalidade pública: propiciam a participação da sociedade na elaboração e no espaço decisório das políticas sociais, questionam a cultura política de tomada de decisões centralizadas e possibilitam o compromisso com a construção de um espaço público, oposto ao de exclusão. Os espaços de participação permitiram o alargamento das fronteiras do Estado; de modo similar, também consentiram na continuidade da reprodução de elementos tradicionais da cultura política do País e de indicadores da desigualdade (Krüger; Oliveira, 2019, p. 176).

Nesse sentido, é necessário refletir sobre a participação atrelada a espaços institucionalizados para que não se perca o rumo do sentido político da participação social. É preciso ter presente que a participação social pretendida como componente de transformação da realidade compreende múltiplas ações e formas de se realizar e sua realização é permeada por diferentes forças sociais que disputam por hegemonia e pela condução do projeto societário.

No contexto das recorrentes crises do capitalismo, do avanço da globalização e do projeto neoliberal, países em desenvolvimento como Brasil têm sido conduzidos a implantar políticas e programas de austeridade e ajustes fiscais, que reduzem, eliminam e redirecionam o orçamento público. As agências multilaterais como o Banco Mundial passam a orientar mudanças nas políticas sociais, as quais incluem recomendações para chamar a sociedade a ‘colaborar’ com a resolução dos problemas sociais, sem, contudo, permitir que acessem e interfiram nas estruturas de poder econômico e político. Trata-se de orientações que incentivam a cooperação, a solidariedade, o voluntariado na busca por soluções focalizadas, descaracterizando-se a complexidade e o caráter coletivo dos problemas sociais, contribuindo para a desresponsabilização do Estado em relação a garantia da realização dos direitos sociais.

Conforme afirma Nunes (2019, p.4491),

A crise social, política e econômica dos últimos anos acompanha a onda das políticas de austeridade e de Estado mínimo de um capitalismo neoliberal, rentista e globalizado e passa a ser gerida, nacionalmente, por grupos políticos afeitos a essa ideologia. No campo da saúde mental, a resposta à crise atual manifesta-se por mudanças no plano político-jurídico com repercussões na forma de desmonte da rede de atenção psicossocial.

No Brasil, esse cenário conjuga-se com o projeto político da extrema direita, que avançou no governo de 2019-2022 e prejudicou a participação social da sociedade civil na esfera pública. Dentre os acontecimentos que exemplificam a ação do governo contra os mecanismos de participação social instituídos nos últimos anos foi a publicação do Decreto Federal Nº 9.759 de 2019, que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Outros atos normativos, antidemocráticos e contrários ao desenvolvimento de uma sociedade participativa, foram realizados nos anos do governo de Bolsonaro, atacando ideologicamente o direito à participação social e cortando recursos e apoio aos conselhos e às conferências. Como exemplo, na política de saúde, a V Conferência Nacional de Saúde Mental, inicialmente programada para acontecer em 2022, não foi realizada devido o contexto político e a ausência de recursos para sua realização. A mobilização e resistência de movimentos sociais e da sociedade civil possibilitou a realização das etapas locais e regionais na maioria dos estados e no DF e a Conferência Nacional ficou para 2023.

Não obstante, o SUS e, em particular a política de saúde mental, vêm sofrendo desmontes que antecedem esse período em que a extrema direita ocupou o governo do País. Desde a sua criação são anos de subfinanciamento ao sistema público de saúde que é considerado, em sua proposição, um dos melhores modelos do mundo. Ainda, no caso da saúde mental, o último governo atuou fortemente com a publicação de atos normativos que redirecionaram recursos para serviços como as comunidades terapêuticas, que embora componham nominalmente a estrutura da política, são comprovadamente ineficazes na sua função. Em detrimento, serviços e ações comunitárias, que devem estimular e promover o direito a participação social em saúde foram sendo sucateados, descaracterizados e/ou alterados completamente, como no caso das mudanças recentes no financiamento da Atenção Primária em Saúde e das dificuldades encontradas pelos Caps para manterem seu funcionamento.

Mesmo diante do atual contexto de ataques aos direitos e a democracia e em particular de muitos retrocessos na política de saúde e de saúde mental, pessoas usuárias, familiares, profissionais e trabalhadores dos serviços, organizações científicas e instituições de ensino têm procurado demonstrar a importância do SUS à sociedade e lutado para reverter o quadro de desmontes.

No item a seguir buscamos destacar a recente conquista em termos legais e jurídicos do direito a participação de usuários de serviços de saúde mental, assim como as dificuldades e os obstáculos encontrados na implementação da Política Nacional de Saúde Mental. Buscamos

evidenciar ações de participação social que vem sendo construídas e adotadas na área, pois são estratégias que buscam articular práticas realizadas nos serviços de atenção e cuidado com ações dos mecanismos institucionalizados – Conselhos e Conferências, e outros espaços, potencialmente ligados à arte, cultura, através de projetos que estimulam coletivos e articulam a causa da saúde mental a lutas sociais mais amplas.

2.3 Políticas de Saúde Mental e Participação Social

Conforme destacado no item anterior, institucionalmente, as instâncias oficiais de participação social na política de saúde são os conselhos e as conferências. São formas legitimadas e reconhecidas por serem espaços de escuta das demandas sociais, por se constituírem como práticas importantes à construção de uma sociedade participativa e democrática. Contudo, no que se refere a saúde mental, esses espaços podem se apresentar como uma possibilidade mais longínqua, menos acessível às pessoas usuárias dos serviços, pois estamos ainda por construir a compreensão social do usuário como sujeito de direitos, tendo em vista os estigmas e preconceitos em torno da saúde mental e que se reproduzem na estrutura e organização das práticas dos serviços de atenção e cuidado.

É importante destacar que até mesmo o reconhecimento de direitos das pessoas com transtornos mentais aconteceu de forma mais demorada e permeada por muitos obstáculos. A exemplo, a Lei Nº 10.216, principal instrumento jurídico de direitos das pessoas com transtornos mentais tramitou no Congresso por um período de doze anos e teve alterações importantes em relação ao projeto original (Projeto de Lei Nº 3.657/89) de autoria do Deputado Paulo Delgado.

Da mesma forma que as conferências de saúde tiveram e mantêm-se como importante instrumento de participação social na construção e na avaliação da implementação da política de saúde, no campo da saúde mental, as conferências assumem papel chave na estruturação e defesa de uma política de saúde mental participativa e de base antimanicomial. As conferências de saúde mental constituem-se em espaço de resistência à lógica manicomial que ainda resiste a operar no interior dos serviços da rede de atenção.

2.3.1 As Conferências de Saúde Mental e a estruturação da Política Nacional de Saúde Mental

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) aconteceu ainda antes da implementação do SUS como política de saúde e da própria Constituição de 1988, que estabeleceu a participação como um direito de cidadania no Brasil. A I CNSM foi realizada em 1987, na UERJ, na cidade do Rio de Janeiro, como um dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde. Neste mesmo ano aconteceu a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - Caps Luiz da Rocha Cerqueira no estado de São Paulo e a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru/SP. Fato importante foi que neste congresso de trabalhadores foram incluídos usuários e familiares e o então MTSM passou a ser denominado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). A junção do movimento dos trabalhadores com usuários e familiares radicaliza a luta contra a violência dos manicômios e adota o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”. Neste momento histórico foi criado o dia Nacional da Luta Antimanicomial e o que originalmente era um encontro nacional de trabalhadores ficou conhecido como o Congresso de Bauru (Fiocruz/Ensp/Lasp, 2022).

A primeira CNSM teve a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. Os temas discutidos foram: *Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental*. O relatório final da Conferência apontou para a discussão da saúde mental da população atrelada às questões do modelo econômico capitalista e seus impactos no adoecimento mental, para as responsabilidades do Estado e da sociedade na construção da cidadania em saúde mental, assim como para o dever de implementar políticas públicas de assistência baseadas no conceito ampliado de saúde e nos princípios e ideais da Reforma Sanitária (Brasil, 1988).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) foi realizada em 1992 já em Brasília no contexto das mudanças políticas que vinham sendo implementadas pós promulgação da Constituição de 1988, da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/1990) e da lei complementar Nº 8.142/1990, que trata da participação da sociedade e do financiamento da saúde. Para a saúde mental, o momento foi de reafirmação das práticas da Reforma Psiquiátrica, da Atenção

Psicossocial e da Luta Antimanicomial. A II CNSM concentrou os debates e as proposições em torno de três temas: *Rede de atenção em Saúde Mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania* (Brasil, 1992).

O Relatório Final da II Conferência tornou-se diretriz oficial para a reestruturação da saúde mental no Brasil ao propor a implementação de um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais, constituídos a partir de uma visão de atenção integral à saúde e de cidadania. No documento, também, é destacada a proposição da municipalização da assistência em saúde, com recomendações à adoção do conceito de territorialidade e de investigações epidemiológicas e socioantropológicas, com vista a possibilitar a construção de modelos de atenção que respeitem as realidades locais. São feitos destaques à implementação dos conselhos de saúde e a necessidade de reconhecimento de outros recursos de participação e realização da cidadania, reafirmando-se a importância do reconhecimento de pessoas usuárias da saúde mental como sujeitos sociais. Destaca-se a necessidade de alteração da relação entre sofrimento mental e o poder público, através de mudanças na legislação (revisão quanto aos direitos civis e direitos trabalhistas) e da inovação nos espaços de participação, para que os direitos dos usuários possam ser efetivamente exercidos (Brasil, 1992).

Importante destacar que precede a realização da II CNSM a publicação da Declaração de Caracas, produzida na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, na Venezuela, em novembro de 1990. O documento torna-se referência para as reformas na atenção à Saúde Mental nas Américas, que devem ser realizadas com o objetivo de promover o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com condições de saúde mental e reestruturar a atenção psiquiátrica com base na atenção primária à saúde, no âmbito dos sistemas locais de saúde (OPAS - OMS, 2020).

Neste mesmo ano de 1990, no Brasil, foram criadas várias associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental, como a Associação Loucos pela Vida, Associação Franco Basaglia, Associação Franco Rotelli, Associação Cabeça Firme, entre outras (Fiocruz/Ensp/Lasp, 2022), dando início a um processo de ampliação e fortalecimento à participação social de pessoas usuárias e familiares nas discussões sobre a política de saúde mental.

O ano de 1992, ano de realização da II CNSM, também é marcado pela reativação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental, órgão do Conselho Nacional de Saúde e pela realização do II Encontro de Usuários e Familiares do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial em São Paulo. De forma geral, este foi um ano de grandes mobilizações e

participação social em outros eventos históricos que demarcaram o cenário político brasileiro. Historicamente, o ano de 1992 é marcado pela realização da Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente na cidade do Rio de Janeiro, que ficou conhecida como Rio - 92 e do processo de impeachment do Presidente Fernando Collor de Melo, que havia sido eleito em 1989, nas primeiras eleições diretas, após o período da ditadura militar (Fiocruz/Ensp/Lasp, 2022).

No decorrer dos anos 1990 muitas foram as mobilizações e lutas do Movimento Antimanicomial, de pessoas usuárias, familiares, profissionais e trabalhadores da saúde mental em torno da implementação de uma política nacional de saúde mental. Inspirados no Projeto de Lei Paulo Delgado, coletivos e movimentos sociais conseguiram aprovar em vários estados brasileiros, ainda na década de 1990, as primeiras legislações que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Nesse período, entraram em vigor as primeiras normatizações de regulamentação e implantação de serviços de atenção diária, fundados nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-Dia.

Foi no contexto das diversas iniciativas que passaram a surgir no país, que ações do Ministério da Saúde passaram a dar contornos mais definidos à política de saúde mental no SUS. A exemplo, a publicação da Portaria SAS/MS nº 224/92, tornou-se importante instrumento de regulamentação do funcionamento dos serviços de saúde mental, em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização da Lei Orgânica da Saúde e do SUS.

O período dos anos 1992 a 2000 é marcado pela descontinuidade no processo de implementação e expansão da política nacional de saúde mental. As novas normatizações publicadas pelo Ministério da Saúde a partir de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para serviços como os Caps e Naps, de forma que ao final deste período, embora tivessem 208 Caps em funcionamento pelo país, a maior parte dos recursos do MS para a saúde mental (cerca de 93% do total) ainda estavam destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

Nesse período, contudo, foi instituída a Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), que foi criada para acompanhar a PNSM e fornecer subsídios ao CNS na área de saúde mental, de forma a garantir e fortalecer a Raps. Embora com atuação mais tímida em alguns momentos, a CISM funciona como importante espaço de escuta das demandas da sociedade civil, de discussões e suporte ao Conselho de Saúde, no sentido da busca pela implementação da RPB.

O ano de 2001 marca uma nova etapa na implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este foi o ano da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, que redirecionou a assistência em saúde mental, com o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, muito embora não tenham sido instituídos naquele momento os mecanismos para a progressiva extinção dos manicômios.

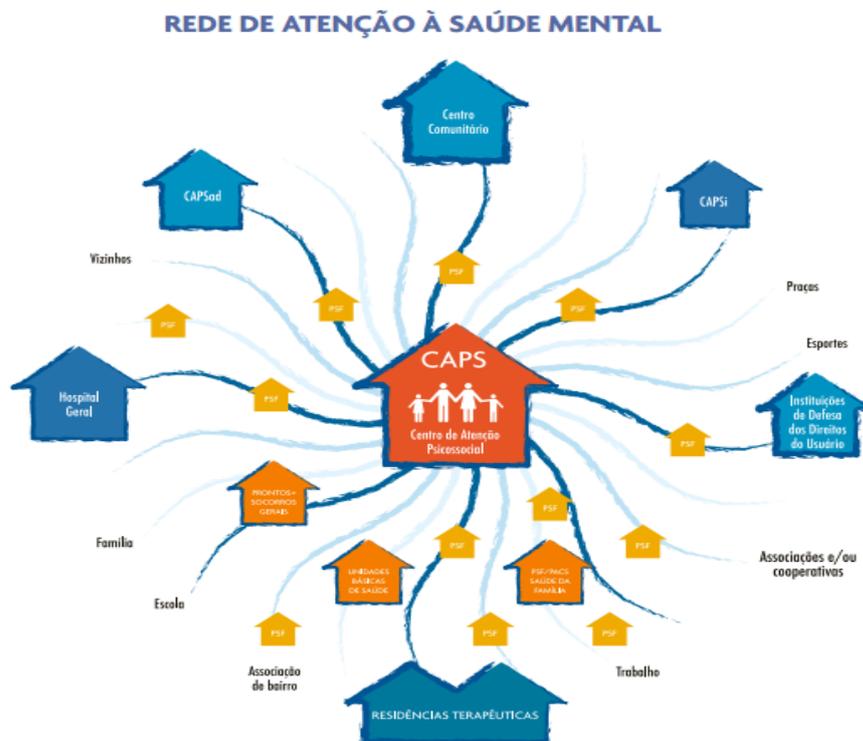
Mesmo assim, a publicação da Lei Nº10.216/2001 deu novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica, abrindo possibilidades de avanços à construção da política de saúde mental no Brasil. No mesmo ano, ocorreu a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e outros eventos importantes como o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, o lançamento do filme "Bicho de Sete Cabeças", baseado no livro "O Canto dos Malditos" de Austragésilo Carrano Bueno que colocaram a pauta da saúde mental em destaque na sociedade (Fiocruz/Ensp/Lasp, 2022).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) teve como tema “*Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*”. Os debates foram organizados em torno de três subtemas: financiamento; recursos humanos; controle social, acessibilidade; direitos e cidadania (Brasil, 2001).

Com presença ativa de pessoas usuárias dos serviços de saúde, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde em todas as suas etapas, a III CNSM consolida a Reforma Psiquiátrica como política pública, confere aos CAPS posição estratégica na mudança do modelo assistencial, defende a construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garantia ao avanço da Reforma Psiquiátrica. É dessa Conferência que surgem os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental brasileira (Brasil, 2005).

A ilustração (Figura 1) a seguir foi tomada como representação da então rede de atenção à saúde mental constituída à época dos anos 2000 e é utilizada até os dias atuais como um símbolo de defesa ao cuidado em liberdade e no território. Nela, os Caps aparecem como equipamento central e ordenador das ações de saúde mental no território. Nesse serviço, as atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, com o objetivo de promover a autonomia e reabilitação psicossocial. Posteriormente, com a implementação da RAPS, a ilustração em referência a atenção em saúde mental é atualizada com outras estratégias e espaços de cuidado, conforme demonstrado no item subsequente (2.3.2).

Figura 1 – Rede de atenção em saúde mental 2004



Fonte: Brasil, 2004

No que se refere a participação social, o Relatório Final da III CNSM reforça a natureza dos Conselhos, como órgão deliberativo do SUS, com finalidade de controle social e fiscalização das políticas públicas, inclusive do orçamento e da destinação de verbas a todos os níveis da saúde mental. Foi proposta, também, a criação de Comissões de Saúde Mental Estaduais e Municipais no âmbito dos governos locais, assim como conselhos gestores dos serviços de saúde e de saúde mental, esses últimos de composição paritária, com assento para familiares e usuários.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM - I) aconteceu em Brasília no ano 2010. A realização dessa Conferência foi marcada pela sua relação com órgãos do Governo Federal como a Secretaria Especial de Direitos Humanos, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho e Emprego e entidades representativas de organizações da sociedade civil, o que fez que se tornasse a primeira Conferência Intersetorial. Os debates realizados demonstram a necessidade de uma política de saúde mental atrelada a outras áreas de defesa de direitos e outras políticas sociais, no caminho da realização da concepção ampliada de saúde, defendida pelos movimentos da RSB e da RPB. Os eixos de debate da Conferência foram: a) políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; b) consolidar a Rede de Atenção

Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; c) Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial.

O Relatório Final da IV CNSM - I traz, em vários pontos, a reafirmação de proposições das outras Conferências, apresentadas em propostas que tentam subsidiar a implementação de reivindicações que não se efetivaram nos processos anteriores. A diversidade de propostas aprovadas (1021 em relação a 591 da III CNSM), explicita a multiplicidade de fatores que envolvem a saúde e são tomados como pauta nesta que foi a última Conferência realizada até o presente. Em sua maioria, as proposições apresentam concordância com o conceito ampliado de saúde, que reconhece a importância dos determinantes sociais.

Nesse sentido, a IV CNSM -I

reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc. (Brasil, 2010, p. 9).

Muito embora as diversas dificuldades enfrentadas à realização das Conferências elas foram os eventos de mais ampla participação social nos últimos vinte anos na área da saúde mental, consolidando-se como principal instrumento de controle social na relação Estado e Sociedade civil. Não obstante, pessoas usuárias, familiares, trabalhadores e profissionais da área têm tido inserção significativa em outros espaços de participação social da saúde como nos Conselhos e Conferências de Saúde, em Fóruns de debate, Comissões, Frentes parlamentares. Para além dos espaços institucionalizados de participação social, a saúde mental, no âmbito da saúde pública, é a área que mais possui associações e organizações de representação de pessoas usuárias, familiares e trabalhadores (Vasconcelos, 2021).

De forma geral pode-se dizer que os anos 2000 inauguraram uma nova era na atenção em saúde mental. Em sintonia com os princípios e as diretrizes do SUS e da concepção de saúde ampliada, um conjunto de leis, portarias e documentos orientadores foram estabelecendo uma rede de serviços de atenção de base territorial, ampla e multidisciplinar, com diferentes graus de complexidade, com o objetivo de promover a assistência integral para as diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. Iniciativas como o Programa de Volta para Casa, criado a partir da Lei Nº 10.708/2003, e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram fundamentais para a reorganização do modelo de atenção ao viabilizar processos

de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial¹¹ e assegurar o direito das pessoas com transtornos mentais asiladas a morar e viver em liberdade nas cidades.

Dez anos após a realização da última Conferência de Saúde Mental, a V Conferência Nacional de Saúde Mental (V CNSM) foi convocada pela Resolução CNS nº 652, de 14 de dezembro de 2020. Em meio ao contexto de inseguranças – sanitária, econômica, política social, que marcaram os anos da Pandemia Covid 19 (2020 – 2021), Conferências Livres de mobilização e preparatórias as etapas municipal e estadual foram realizadas no formato virtual e/ou híbrido. Contudo, diante do cenário de profunda crise política e econômica, do avanço da extrema direita conservadora e neofacista que culminaram em muitos retrocessos no campo dos direitos sociais a realização da etapa nacional foi remarcada por diversas vezes e está prevista para ocorrer no segundo semestre de 2023.

O tema central escolhido para a V CNSM é “*A política de saúde mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS*”, tendo como eixo principal de debate: “Fortalecer e garantir políticas públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos direitos humanos” (BRASL, 2020).

Conforme destaca o Documento Orientador da V CNSM (2020, p.1),

Torna-se fundamental ressaltar que as Conferências – e todo processo que envolve as etapas municipais, estaduais e nacional – constituem momentos ímpares de mobilização, reflexão e debate para a análise, avaliação e formulação de políticas públicas, de modo que, no contexto atual, são ainda mais relevantes, por se configurarem como uma das práticas coletivas concretas de consolidação da democracia e da efetiva participação cidadã na construção de uma sociedade democrática, justa, diversa e solidária.

Ainda no contexto das mudanças no modelo de atenção em saúde mental, provocadas pela ampla mobilização e participação social de instituições e movimentos sociais representantes de usuários, familiares e trabalhadores da área, merece destaque a criação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), composta por serviços e equipamentos variados e guiados por princípios de cuidado comunitário e em liberdade. A Raps foi instituída pela Portaria MS nº 3.088/2011 e normatizou a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde

¹¹ De acordo com a Portaria GS/MS Nº 3.088/2011, que instituiu a Raps, a reabilitação psicossocial deve ser fomentada através da articulação de iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Importante destacar que a referida portaria estabelece que essas iniciativas devem realizar-se de forma intersetorial, articulando “sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.” (Brasil, 2011, s/p)

para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e seus familiares, no âmbito do SUS (Brasil, 2022).

No próximo item apresentamos alguns pontos importantes sobre o processo de implementação da Raps no contexto brasileiro dos últimos anos, em meio a um cenário em que a PNSM sofreu mudanças que impactaram significativamente no que vinha sendo construído como política de saúde mental. Cabe aqui lembrar que o Brasil chegou a ser considerado percussor e obter reconhecimento internacional em relação ao processo de desinstitucionalização e substituição progressiva de hospitais psiquiátricos por serviços comunitários¹². Processo esse que sempre esteve mediado por diferentes sujeitos políticos coletivos, incluindo-se os movimentos pela RPB e pela luta antimanicomial.

2.3.2 A implementação da RAPS e a Contrarreforma na Saúde Mental

A criação e implementação da Raps tem o objetivo de reconfigurar a rede de saúde local, organizando os dispositivos que oferecem assistência em saúde mental, a partir dos serviços substitutivos de base comunitária e territorial. Os componentes da Raps têm a finalidade de assistir pessoas usuárias segundo suas demandas de saúde mental em diferentes pontos e em todos os níveis de atenção à saúde, conforme disposto no quadro a seguir:

¹² Dados do MS de 2015 demonstram que entre os anos de 1998 e 2014 houve uma ampliação no número de serviços do tipo Caps, que passaram de 148 para 2.209 no território nacional. Concomitante a isso, houve uma diminuição potencial dos gastos em saúde mental com leitos hospitalares, que foram reduzidos de 75,24% para 20,61% entre os anos de 2002 e 2013 (Brasil, 2015).

Quadro 1 - Componentes e Pontos de Atenção da RAPS

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica em Saúde: • Equipes de Atenção Básica • Consultório na Rua • Apoio aos Serviços do Componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório • Núcleo Ampliado de Saúde da Família • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades • Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas • Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro em Hospital Geral • Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral • Hospital Psiquiátrico Especializado • Hospital-dia
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta pra Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

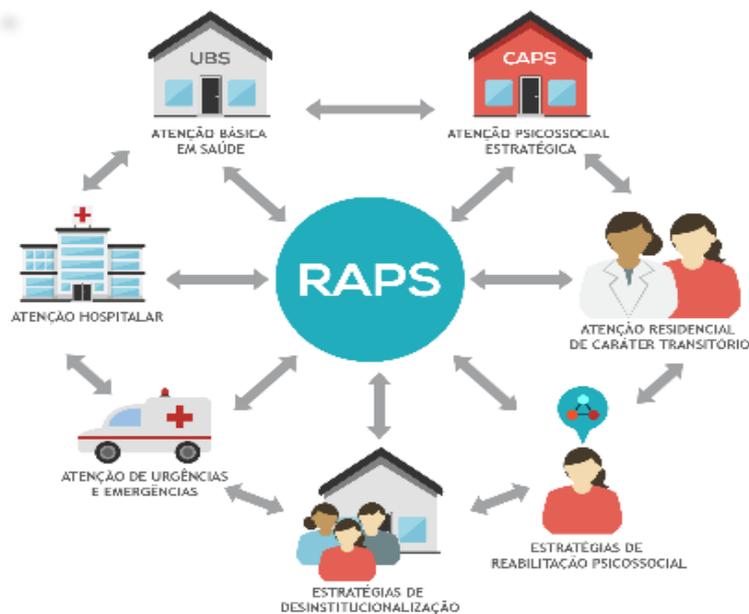
Fonte: Brasil, 2017.

Embora muito questionado pela sua eficácia e por ser espaço de tratamento muito questionável, principalmente pelos movimentos de luta antimanicomial, a composição da Raps, alterada pela Portaria GM/MS Nº 3.588/2017, mantém como ponto de atenção o hospital psiquiátrico especializado. Isso impacta não apenas nas diretrizes e orientações de cuidado em saúde mental, mas no direcionamento de recursos de financiamento dos serviços.

Em relação ao papel dos Caps, muito embora se mantenha a sua centralidade na Raps como ordenadores da saúde mental no território, a instituição de uma rede com componentes e pontos de atenção, conforme pode ser visualizado na figura a seguir, alterou o holograma representativo da rede de serviços de atenção em saúde mental, que agora passa a assumir uma nova configuração em relação àquela pensada no âmbito da política de saúde mental de 2014. A Raps reordena equipamentos e serviços existentes desde o início da implantação da política nacional como os Caps e a atenção hospitalar, assim como insere novos espaços de cuidado

(pontos de atenção na atenção básica) no território, na perspectiva da intersectorialidade e de uma compreensão da saúde mental atravessada pela interseccionalidade.

Figura 2 – Representação da Raps



Fonte: Valente (2022)

Muito embora deixem de estar representados no centro do holograma de representação da Raps (figura 2), os Caps cumprem função estratégica no ordenamento da Raps no território. Geralmente, junto com pontos de atenção da Atenção Básica em Saúde são os primeiros serviços a serem implantados nas comunidades e a desenvolverem práticas de atenção e cuidado em liberdade. Dados do Plano Nacional de Saúde de 2020-2023 apontam que em 2019 encontravam-se habilitados junto ao Ministério da Saúde (MS) 2.591 Caps, representando um crescimento de +5,8% em relação a 2016 (Brasil, 2020).

Não obstante as conquistas alcançadas ao longo de três décadas de RPB, muitas delas oriundas da atuação dos diferentes segmentos de movimentos antimanicomiais, que conseguiram construir uma proposta contra hegemônica para a Política Nacional de Saúde Mental outrora concentrada na atenção hospitalar (Nunes, 2019), os últimos anos tem sido de muitos desafios para se manterem vivos e pujantes nos serviços de atenção da Raps os pressupostos da RPB, principalmente no que se refere ao cuidado em liberdade e na articulação intersectorial dos serviços da Raps.

Conforme já discorrido, o cenário de crise econômica mundial e mais recente a emergência sanitária global decorrente da pandemia Covid 19 somaram-se a grande crise

política e institucional, ao avanço da extrema direita e a implementação do projeto neoliberal mundialmente. Trata-se de um contexto em que os campos de força e disputa pela hegemonia na política de saúde mental se movimentam e ganham mais adeptos que defendem um modelo higienista para a saúde mental, centrado nas práticas biomédicas e voltado para atender interesses corporativistas, particularmente de segmentos como a psiquiatria, a indústria farmacêutica e comunidades terapêuticas.

No Brasil, muito embora a implementação do projeto neoliberal já venha acontecendo desde a década de 1980, com o crescente desinvestimento e sucateamento das políticas sociais, a deterioração das condições de trabalho e de vida para a maioria da população, com aumento da desigualdade social e da miséria, as consequências da crise econômica mundial são sentidas com maior intensidade após os anos de 2014, quando se instala também uma crise política e institucional que culminou com o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff.

No campo da saúde, o histórico subfinanciamento do SUS é acentuado com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou investimentos em saúde e demais áreas sociais. O complexo cenário da política pública de saúde dos anos seguintes é agravado no início da segunda década do século (2020) com a emergência sanitária global da Pandemia Covid 19, que demandou o redirecionamento dos recursos da saúde e o reordenamento das ações do SUS, de forma a aplacar consequências de uma crise sanitária sem precedentes¹³. O contexto pandêmico e pós pandemia Covid 19 desencadeou um aumento das necessidades de saúde mental da população, superlotando os serviços e sobrecarregando as equipes de trabalhadores, que precisaram se manter sem novos investimentos e sem ampliação da Raps.

Cabe ressaltar que no contexto de disputas pela condução da política de saúde mental, um fator preponderante é o financiamento público destinado à área e como é feita sua distribuição entre os setores, principalmente quando estamos ainda em processo de desmobilização do modelo hospitalar e consolidação da atenção psicossocial. De acordo com a OMS (2018), os gastos médios com saúde mental são superiores a 5% do orçamento geral da saúde nos países desenvolvidos. No Brasil, essa média alcançou 2,5% no período de 2001 e 2012, para em 2013 cair para 2,1% do orçamento geral do Ministério da Saúde, chegando em apenas 1,6% em 2016. O subfinanciamento crônico da saúde mental passa a impactar tanto na refração da expansão da rede como na deterioração de serviços já existentes, o que compromete

¹³ Em três anos desde o primeiro caso de Covid-19 registrado no país, o Brasil alcançou o marco de 700 mil mortes causadas pela doença em março de 2023. O Brasil é o segundo país com mais mortes por Covid 19 no mundo. Uma triste marca que foi alcançada em decorrência do projeto neofascista que se instalou com o último governo (2019-2022), alimentado pelo negacionismo e ataques à ciência e as instituições públicas.

a eficiência da própria RPB, que passa a receber críticas contundentes de setores contrários (Nunes, 2019).

Para além do histórico subfinanciamento da saúde mental no Brasil, ganha força nos anos recentes, principalmente com a publicação da portaria GM/MS 3.588, de dezembro de 2017, à uma estratégia de reorientação do modelo de atenção psicossocial. A partir de então foram criados novos marcos regulatórios para a política de saúde mental que vão constituir o que as agências oficiais do Governo Federal e da Câmara dos Deputados nomearam como “Nova Política de Saúde Mental”, com direito à constituição de uma “Frente Parlamentar em defesa da Nova Política de Saúde Mental” em 2018 (Nunes, 2019).

Conforme levantamento feito por Cruz (2022), no período de dezembro de 2017 a agosto de 2023, foram editados cerca de 23 documentos normativos dentre portarias, resoluções, decretos e editais que formaram o que a Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, publicada em 4 de fevereiro de 2019, relativos a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, caracterizada pelo incentivo à internação psiquiátrica e pela separação da saúde mental da agora denominada “Política Nacional Sobre Drogas”, com grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas. (Cruz; Delgado, 2023).

Nesse contexto, instaura-se o que os movimentos pela RPB e de luta antimanicomial irão chamar de *contrarreforma na saúde mental*, que de acordo com Nunes (2019, p. 4491), pode ser definida

como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até revertem as transformações produzidas pelas RP nas quatro dimensões propostas por Amarante (2003): epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural

As mudanças no modelo de atenção em saúde mental se localizam em um campo de contradições operado no âmbito dos interesses do capitalismo, do Estado e da sociedade, principalmente no que se refere a disputa por ganhos econômicos e interesses pelo fundo público.

Conforme aponta Nunes (2019), é importante entender que, nas disputas e interesses que permeiam a política de saúde mental brasileira, as mudanças colocadas pela “Nova Política de Saúde Mental” não reinstauram necessariamente o mesmo modelo manicomial, que preconizava o isolamento de longa duração das pessoas com transtornos mentais, mas também não abolem o seu retorno de todo. Isso porque na configuração da Raps dada pela portaria

GM/MS 3.588/2017, o hospital psiquiátrico especializado ganha espaço como ponto de atenção entre os componentes da Rede, contrariando todas as decisões anteriormente tomadas no âmbito do planejamento e gestão da política brasileira de saúde mental.

A nova configuração congrega o supostamente mais avançado dos tratamentos neurobiológicos com o mais arcaico tratamento moral, segregador e duradouro, atualmente destinado, de forma mais contundente, aos usuários de drogas ilícitas, conforme prevê a Lei 13.840 de 2019, que muda radicalmente a matriz da política nacional sobre drogas, trazendo a abstinência como meta e a internação, até mesmo involuntária, como método. Satisfazem-se, de um lado, principalmente a indústria farmacêutica, com o fortalecimento dos ambulatorios especializados em patologias (sem nenhuma crítica à inflação nosológica das últimas décadas no seu aspecto de construção cultural afeita a interesses econômicos e a uma leitura descontextualizada do sofrimento humano) e, de outro, as comunidades religiosas neopentecostais, grandes beneficiárias do financiamento público das comunidades terapêuticas (Nunes, 2019, p. 4493).

Não obstante os retrocessos no campo normativo jurídico, a implementação da Raps encontra-se em diferentes estágios nos estados, municípios e DF que compõem o território nacional. Enquanto em alguns há avanços na implantação dos serviços em outros a Rede é, basicamente, composta pelos Caps. Isso num cenário de aumento do adoecimento mental, principalmente em consequência da pandemia Covid-19. Dados da pesquisa do Instituto IPSOS (2021) apontaram que 53% dos brasileiros declararam que sua saúde mental piorou após a covid-19 e 30% das pessoas acometidas pela doença desenvolverão sintomas psiquiátricos.

Ainda, a Atenção Básica em Saúde, componente estratégico à prevenção e cuidados básicos no território, passou por mudanças igualmente prejudiciais àquelas operadas no âmbito da PNSM nos últimos anos, fazendo com que muitas das situações relacionadas a saúde mental que poderiam e deveriam ser cuidadas no ambiente comunitário, com o devido suporte das equipes ESF nas UBS e em outros equipamentos como centros de cultura, estejam sendo encaminhadas para os Caps. Com uma demanda muito acima da capacidade de atendimento, os Caps acabam por operar práticas questionáveis em sua eficácia, além de não realizarem todas as suas atribuições na relação com o território e com outros componentes e pontos de atenção da Rede.

Os desafios postos à saúde mental requerem a necessária articulação entre a leitura de conjuntura política, o contexto concreto que vivemos e a ampliação das possibilidades de fortalecimento da participação social como eixo de resistência e luta por avanços à PNSM. A continuidade e ampliação de uma Raps efetivamente comunitária, com serviços baseados na atenção psicossocial é um passo importante e se faz urgente. Lutar pela revogação do conjunto

normativo publicado nos últimos anos, que teve por objetivo instalar práticas contrárias a esse processo, é tarefa de toda a sociedade e requer a defesa da democracia e o fortalecimento da participação social como direito e como componente central de um Estado ampliado e democrático.

Nesse sentido, os serviços da Raps devem promover e fomentar a realização de assembleias de usuários, estimular o engajamento em organizações, coletivos, associações comunitárias de luta pela saúde mental e outras causas sociais. Deve-se buscar estratégias que estimulem, favoreçam e garantam o direito a participação de pessoas usuárias e familiares nos processos de assistência e cuidado no âmbito dos serviços, assim como em espaços de participação e controle social da política de saúde mental e outras políticas sociais que se interrelacionam.

2.4 Política de Saúde Mental e Participação Social no Distrito Federal

A história da saúde mental no DF é marcada por descontinuidades e atravessada pelos interesses políticos, econômicos, profissionais que fazem parte da trajetória da saúde. Devido a sua composição, que reúne funções de estado e município, o DF apresenta estrutura e organização político administrativa singular. Essa forma de gestão da unidade federativa incorre na estrutura organizativa da política de saúde e de saúde mental.

A Secretaria de Estado da Saúde do DF é responsável por executar todos os serviços de saúde de todos os níveis de atenção em todo território do DF¹⁴, um aglomerado urbano que reúne 2.817.068 habitantes,¹⁵ que vivem em “cidades” que são maiores que a maioria dos municípios brasileiros, mas que não possuem autonomia administrativa e financeira.

No que se refere a saúde mental, registros históricos indicam que o primeiro hospital público a prestar assistência psiquiátrica em Brasília foi o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), inaugurado em 1960. Dezesesseis anos depois, em 1976, foi inaugurado o primeiro hospital público psiquiátrico de Brasília, o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico

¹⁴ O DF é organizado por Regiões Administrativas (RAs), que foram sendo implantadas a partir do processo de ocupação urbana, ordenamento e crescimento da cidade. As RAs do DF são heterogêneas nas condições socioeconômicas da população, densidade demográfica, e no desenvolvimento dos equipamentos e serviços de saúde, cultura, educação, o que confere ao DF uma das mais elevadas taxas de desigualdade social do País.

¹⁵ Dados do Censo IBGE 2022

(HPAP) que, posteriormente, em 1986, passou a ser chamado Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), como parte do processo que buscava implementar mudanças à assistência para as pessoas em sofrimento psíquico e diminuir estigmas no campo da saúde mental. (Lima, 2002; Zgiet, 2010).

No bojo das mudanças provocadas pelo movimento da RPB em 1987, foi criado o Instituto de Saúde Mental (ISM) de Brasília, como representação do que seria o primeiro serviço substitutivo à internação e a adotar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, tendo como norte princípios antimanicomiais (Lima, 2002; Zgiet, 2010).

Já sob a égide da nova Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), entre os anos de 1994 e 1995 foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Saúde Mental do DF (PDSM), que aconteceu após discussões por ocasião do primeiro Fórum de Saúde Mental. Nesse mesmo período foi criada a Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM) do DF e algumas clínicas privadas, credenciadas pela rede pública para fins de internação, foram objetos de denúncias por violação de direitos humanos e fechadas. Com isso, aconteceu uma diminuição dos leitos hospitalares, mas sem implicar na criação de uma rede de serviços substitutivos. (Lima, 2002; Zgiet, 2010).

No decorrer da história encontramos períodos de interrupções e retrocessos na implementação da política de saúde mental do DF que vão afetar diretamente a sua consolidação e avanços e estão relacionados à orientação político-ideológica dos governos. Por outro lado, em meio a tantos obstáculos para se romper com as instituições e práticas manicomiais crescem as bases de movimentos sociais e instituições da sociedade civil que vão lutar pela RPB e por uma saúde mental antimanicomial.

Momento histórico que merece destaque por ter representado um ato de defesa de direitos humanos, mobilização social e atuação política de profissionais comprometidos com uma saúde mental antimanicomial é fechamento da última clínica de internação psiquiátrica de Brasília, a Clínica Planalto, em 2003. No ano seguinte (2004) foi implantado o primeiro Caps do DF, localizado na Região Administrativa do Guará (Lima, 2002; Zgiet, 2010).

A estruturação e implantação de serviços de saúde mental no DF caminhou a passos lentos e sempre esteve perpassada pelos interesses econômicos do setor saúde, assim como por políticas higienistas que marcam a história da capital do País. Exemplo disso é a forte presença e atuação do setor das Comunidades Terapêuticas (CT) na política de saúde mental do DF.

Segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) em 2011 existiam 25 CT atuando no DF. Dados da Secretaria de Justiça e Cidadania do DF (SEJUS)

apontam que o governo tem centrado a maior parte do orçamento para política de álcool e drogas em convênios de prestação de serviços com CTs.

Desde 2013 o GDF vem firmando termos de colaboração milionários com CTs que vem sendo renovados continuamente. A exemplo, existe um convênio ativo desde 2018 com 12 dessas CTs que soma o total de mais vinte milhões de reais para execução em 60 meses. Muito embora os recursos desse convênio sejam oriundos do Fundo Anti drogas do Distrito Federal isso demonstra a diretriz ideológica e política do governo no que se refere a política de atenção em álcool e drogas. As CTs têm atuação focada na abstinência e na sua maioria orientadas por perspectivas de cunho religioso, o que contraria as diretrizes propostas pela perspectiva da redução de danos e de defesa dos direitos humanos. Muitas CTs possuem trabalho forçado e são espaços de violação de direitos, além de terem seus resultados questionados.

Por outro lado, relatório do Ministério Público de Contas do DF entre 2011-2013, aponta que 100% do orçamento que deveria ser investido para ampliação dos Caps não foi executado. As dificuldades em operacionalizar as ações estabelecidas nos Planos Diretores de Saúde Mental (PDSM) e em executar orçamento alocado à política de saúde mental no DF são históricas e os poucos avanços obtidos são resultado de mobilizações de movimentos sociais e da atuação dos órgãos de controle como o TCDF e de ações promovidas pelo MPDFT¹⁶. Conforme conclui Silva (2022, pp. 92-93),

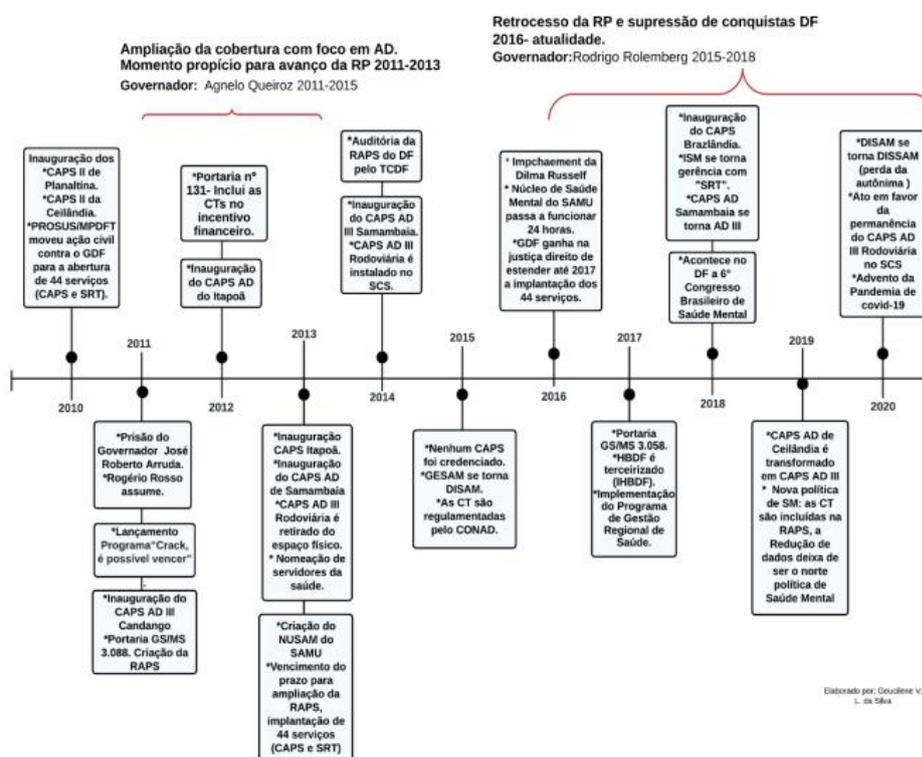
ao se analisar o desenvolvimento da política de saúde mental do DF em todos esses anos, pode-se concluir que não há uma apropriação dos governos acerca da política de saúde mental antimanicomial e, portanto, não há compromisso com a construção e desenvolvimento dessa política, que pareceu não ser prioridade na agenda dos governos. A ação é sempre em decorrência da pressão dos órgãos de controle como notado na auditoria do TCDF em 2014, que teve atuação importante para a melhoria e implantação de alguns Caps no DF. Portanto, destaque ao papel dos órgãos de controle para o cumprimento de normativas legais e garantia da qualidade na execução.

Na ilustração apresentada a seguir (Figura 3), é reproduzida a linha do tempo elaborada por Silva (2022), que retrata o desenvolvimento da política de saúde mental no DF, incluindo-se alguns determinantes sociais e políticos que incidem sobre avanços e dificuldades na implementação da Raps.

¹⁶Em 2010 o MPDFT moveu uma ação judicial contra o GDF para que este abrisse 44 serviços da Raps dentre eles Caps e SRTs. A ação do MPDFT foi motivada por influência de uma organização da sociedade civil e movimento social da saúde mental no DF – a Inverso, que atua com uma perspectiva crítica e antimanicomial. Em 2016 o GDF ganhou na justiça o direito de prorrogar a implantação dos serviços, dentre eles, os SRTs, inexistente no DF até hoje.

A partir da análise é possível decorrer que apesar de avanços entre os anos 2010 - 2013, quando houve um maior aumento do índice de cobertura de Caps no DF, a instalação de serviços essenciais à desinstitucionalização e reabilitação psicossocial ainda são inexistentes como política de Estado. Apesar de tentativas de abertura de editais de chamamento público feitas pela SES/DF estamos no ano de 2023 sem ter SRTs instalados na Raps. Não obstante, iniciativas de trabalho e geração de renda, que são também importantes para a autonomia e emancipação de pessoas usuárias existem em apenas alguns Caps e muito de sua existência e realização está atrelada a iniciativas fomentadas por trabalhadores dos serviços.

Figura 03 – Linha do tempo: o avanço da saúde mental no DF 2010-2020



Fonte: (Silva, 2022, p. 90)

As dificuldades na implantação de uma política de saúde mental de Estado, pública e de qualidade são atravessadas ainda pelo crescimento demográfico do DF. A população estimada em 2021, segundo dados do IBGE, é de 3.094.325 pessoas. Um crescimento populacional de 42% nos últimos 12 anos, que se torna muito mais complexo nos últimos anos com o agravamento da crise econômica e sanitária da Pandemia Covid 19, devido ao aumento do desemprego, da pobreza, da miséria e das questões decorrentes como o aumento da população em situação de rua, aumento expressivo do adoecimento mental da população. Não obstante,

nos últimos anos (2020-2022), houve o redirecionamento de recursos da saúde para atender a emergência sanitária provocada pela Pandemia Covid 19.

Isso representa o quanto a implementação da RPB e a implantação da política de saúde mental do DF não tem status de política de Estado e está sujeita a retrocessos, estagnação e perdas, a depender do projeto político de governo, conforme pode ser observado na figura a seguir, que representa a linha do tempo da saúde mental no DF desde 2010. Cabe destaque ao período identificado como de retrocessos e supressão de conquistas (intensificado a partir de 2016) em que se operou uma contrarreforma na saúde mental em nível nacional e no DF, unidade da federação que sempre ocupou as últimas posições no ranking do MS na implementação da RPB. Nesse contexto, a Raps do DF, que já era insuficiente em quantidade e diversidade de serviços, passa por uma precarização acelerada.

Atualmente, estão em funcionamento no DF um total de 18 Caps de todas as modalidades, distribuídos pelas Regiões de Saúde do DF. Cinco desses serviços ainda não estão habilitados junto ao Ministério da Saúde por não atenderem, na sua totalidade, as exigências de infraestrutura e recursos humanos para funcionamento. A Raps do DF comporta ainda como ponto de atenção um hospital psiquiátrico público, que, historicamente, é alvo de denúncias feitas por pessoas usuárias e movimentos de luta antimanicomial em decorrência do seu funcionamento, das violações de direitos que acontecem e da destinação de recursos públicos para sua manutenção. Recursos esses que deveriam ser destinados à melhoria e implantação de novos serviços substitutivos à hospitalização.

A Raps DF é composta pelos seguintes componentes e pontos de atenção em saúde mental:

- Atenção Primária à Saúde: Unidades Básicas de Saúde, Unidade Básica de Saúde Prisional, Equipes de Consultório na Rua, Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
- Atenção Especializada em Saúde Mental: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Ambulatorial da Secundária (Policlínicas com equipes multiprofissionais de Saúde Mental) e Ambulatórios especializados em Saúde Mental (COMPP e Adolescento).
- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas, Unidades de Pronto Socorro em Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde.
- Atenção Hospitalar: Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospitais Regionais.
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento.
- Estratégias de Desinstitucionalização: Casa de Passagem e Programa de Volta pra Casa. (GDF, 2022, s/p.)

A fragilidade da Raps/DF também é potencializada quando se tem relacionado o parâmetro do quantitativo populacional de abrangência dos Caps em funcionamento no DF, o que pode ser verificado no quadro a seguir (Quadro 2), que demonstra o quanto a realidade do DF distancia-se do parâmetro proposto pelo MS, conforme estabelecido nas Portaria GM/MS N° 336/2002, N° 3.008/2011 e N° 130/2012.

Quadro 2 - Abrangência assistencial dos Caps do DF

MODALIDADE	UNIDADE	POPULAÇÃO APROXIMADA*	PARÂMETRO MS
CAPS I	CAPS I Brazlândia	65.219	Regiões de saúde com população entre 20.000 e 70.000 habitantes
CAPS i	CAPS i Brasília	949.452	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	CAPS i Taguatinga	915.384	
	CAPS i Recanto das Emas	830.304	
	CAPS i Sobradinho	369.655	
CAPS II	CAPS II Paranoá	337.796	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	CAPS II Planaltina	369.655	
	CAPS II Brasília	404.353	
	CAPS II Taguatinga	915.384	
	CAPS II Riacho Fundo	645.291	
CAPS AD II	CAPS AD II Guará II	367.468	Regiões de saúde com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
	CAPS AD II Santa Maria	277.823	
	CAPS AD II Sobradinho II	369.655	
	CAPS AD II Itapoã	337.796	
CAPS III	CAPS III Samambaia	392.316	Regiões de saúde com população de 200.000 a 300.000 habitantes
CAPS AD III	CAPS AD III Brasília	404.353	Regiões de saúde com população de 200.000 a 300.000 habitantes
	CAPS AD III Ceilândia	449.714	
	CAPS AD III Samambaia	857.986	

Fonte: Relatório Saúde Mental do DF em Dados

* Projeção da população - InfoSaúde-DF, 2022.

A articulação e integração da atenção primária com os serviços especializados de saúde mental é um grande desafio à política de saúde no DF. Segundo informações do Plano Distrital de Saúde de 2021 a Estratégia Saúde da Família cobre 65% da população do DF, com perspectiva de se chegar a 75% de cobertura. Os serviços de atenção primária em saúde são realizados por cerca de 600 equipes de Saúde da Família, 56 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 14 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e 3 equipes de Consultório na Rua (eCR), distribuídas em 175 Unidades Básicas de Saúde. Em relação aos NASF, que desempenham importante papel nas ações de matriciamento em saúde, nem todas as equipes estão completas, com a quantidade mínima de carga horária prevista nas normativas. Dados de 2021 indicam 28 equipes constituídas com no mínimo 200 horas semanais e 5 profissionais de categorias distintas e 27 NASF de transição, que são um modelo transitório com no mínimo 120 horas semanais e 3 categorias distintas, utilizado até que a composição de uma equipe seja alcançada (GDF, 2022).

A distribuição dos serviços que compõem tanto a atenção primária em saúde quanto a atenção especializada nas RAs do DF é bastante heterogênea. Não há serviços de todas as modalidades em todas as regiões de saúde¹⁷, de tal forma que os equipamentos assistem uma área que não se restringe à área de abrangência da sua região. Existem unidades de saúde que atuam como referência para todas as regiões de saúde, incluindo-se os equipamentos de saúde mental ambulatorial de atendimento infantojuvenil Compp e Adolescente e o Hospital São Vicente de Paulo, hospital psiquiátrico que atende público adulto.

A SES DF tem como instrumento administrativo de gestão da política de saúde mental o Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM). Nele encontram-se descritas as estratégias de ações para organização e melhoria da Raps. O PDSM é resultado de elaborações e construções que em menor ou maior grau, a depender da direção político participativa do governo, contempla demandas da população e ações consideradas estratégias pela gestão. Embora tenham existido de períodos de pouca participação da sociedade civil na elaboração e definição das estratégias de ação da saúde mental, a organização de coletivos de luta, a mobilização de usuários, familiares e trabalhadores, a atuação da Frente Parlamentar em Defesa da Saúde Mental da

¹⁷ O DF é organizado por Regiões de Saúde, conforme Decreto nº 37.515/2016, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde (PRS). Cada Região é representada por uma Superintendência e envolve um espaço geográfico constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. A partir disso foram criadas sete regiões de saúde (Central, Centro-Sul, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul), de forma a abarcar todas as 33 RAs. Posteriormente, em 2020, foram criadas três macrorregiões que englobam as sete regiões de saúde já existentes, com o objetivo de se alcançar maior governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ser de fato uma base do planejamento ascendente (GDF, 2022).

CLDF, têm promovido ações de participação social, via audiências públicas e Conferências de Saúde Mental, buscando colocar em pauta demandas da população nos PDSM¹⁸.

Conforme já referido há um desafio em se transformar a PSM em política de Estado no DF. A forma como os governos tem tratado a saúde mental ao longo dos anos é refletida na quantidade de serviços de cuidado em liberdade muito abaixo do necessário, como no caso dos Caps (são 18 Caps funcionando, sendo 5 deles ainda em processo de habilitação junto ao MS, quando o necessário seria de aproximadamente 45 serviços desse tipo); na ausência de serviços e ações de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, como os SRTs, além de uma concentração da destinação orçamentária para gastos de aluguel de espaços para funcionamento dos Caps em detrimento do atendimento as necessidades de materiais para as ações terapêuticas.

Tais fatos são encontrados em documentos como o Relatório de Auditoria Operacional da Rede de Atenção Psicossocial – SES/DF do TCDFT, que constatou entre outras questões, que

O Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal - PDSM, previsto para 2011 a 2015, está desatualizado e foi parcialmente implementado. A Rede de Atenção Psicossocial não possui unidades suficientes e as existentes não estão localizadas de maneira a permitir o funcionamento integrado do sistema. Os recursos orçamentários e financeiros destinados à execução do Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal não foram suficientes para atender as suas necessidades de investimento (TCDF, fls: 234, proc. 1.017/2014.)

Se por um lado, a saúde mental no DF é atravessada por dificuldades na implantação de uma Raps efetivamente de base comunitária, capaz de garantir cobertura a todo território, com a diversidade de serviços e estratégias de reabilitação psicossocial necessários a implementação da RPB por parte das gestões governamentais que operam a política pública, cabe destacar que as conquistas existentes até então são resultado de ações de mobilizações de pessoas usuárias, movimentos sociais, iniciativas de instituições da sociedade civil que fazem o enfrentamento histórico em prol de uma saúde mental antimanicomial.

É no contexto de iniciativas de instituições como a ONG Inverso, do Obsam/DF, de projetos de extensão da Universidade de Brasília e de outras Instituições de Ensino Superior (IES) que são fomentadas as bases para a formação cidadã e política de pessoas usuárias, familiares, profissionais em formação, para a participação e o exercício do controle social das

¹⁸ Atualmente está em fase de aprovação nas instâncias participativas o planejamento para o quadriênio 2024 – 2028. No que se refere a expansão da Raps, está sendo prevista a implantação de 5 novos Caps.

políticas de saúde mental. Nesse bojo vão se constituindo sujeitos políticos atuantes nas lutas pela cidadania, pela democracia e por direitos.

Exemplo disso foi a mobilização e participação social de pessoas usuárias, familiares e trabalhadores na última Conferência Distrital de Saúde Mental (CDSM)¹⁹, que apresentaram propostas relativas aos quatro eixos em debate: I - Cuidado em Liberdade como garantia de Direito a cidadania; II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental; III - Política de Saúde Mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; IV - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia. Cabe destacar que entre as propostas aprovadas estão demandas antigas dos movimentos de luta antimanicomial do DF como o fechamento do HSVP, da ‘Casa de Passagem’ do ISM e do ‘manicômio judiciário da Papuda’, que são pautadas em outros eventos como audiências públicas e manifestações de pessoas usuárias, familiares e trabalhadores(as) e não têm sido atendidas.

Por outro lado, foram aprovadas propostas que refletem um caminhar de formação política e de participação social de pessoas usuárias, familiares e trabalhadores(as) que foram sensibilizados pela experiência de formação de facilitadores, de criação e funcionamento de grupos de ajuda e suporte mútuos em regiões do DF²⁰. Estão entre as propostas da 3ª CDSM, a “Inserção do grupo de ajuda mútua em todos os Caps do Distrito Federal”. (GDF, 2022, p. 20).

A experiência com Gasm é citada por participantes deste estudo como vivência impulsionadora de mudanças de vida e despertar para a participação social. Foi um processo de mobilização e formação política que impulsionou à participação social pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. O destaque às experiências com projetos desenvolvidos pelo Obsam faz parte das narrativas da maioria dos sujeitos entrevistados para esta pesquisa.

¹⁹ Muito embora em nível nacional estejamos caminhando para a realização da 5ª CNSM, na trajetória histórica de participação social do DF foi realizada a 3ª Conferência Distrital de Saúde Mental (CDMS) nos dias 22 e 23 de junho de 2022, após as etapas regionais que abarcaram todas as regiões de saúde do DF. A 3ª CDSM trabalhou na discussão e construção de propostas a partir do tema da 5ª CNSM: “A Política de Saúde Mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”. O relatório consolidado das etapas regionais reúne propostas de abrangência nacional e distrital aprovadas pelo plenário. O documento está disponível em < <https://info.saude.df.gov.br/conferenciadesaude/>>.

²⁰ Sobre a experiência dos grupos de ajuda e suporte mútuos no DF e seu importante trabalho no suporte às pessoas em sofrimento psíquico e familiares consultar Gomes (2021) e o vídeo produzido no âmbito do Observatório de Saúde Mental do DF/UnB intitulado *Grupos de Ajuda e suporte Mútuos no Distrito Federal*, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GF1sz9Nf5Uo&t=0s>. Acesso em: 23 mai. 2023

CAPÍTULO 3 – CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Escolhemos para trilhar o caminho metodológico da presente tese a pesquisa qualitativa, embasada no método de análise de abordagem marxista. Dada a escolha do método, cabe destacar que, para Marx, o método não se constitui apenas como um conjunto de regras formais, mas corresponde a uma lógica para análise da realidade social, a partir de uma perspectiva de captura e elaboração do objeto no seu movimento histórico, na sua totalidade, permitindo que se extraia suas múltiplas determinações (Martinelli, 2019).

Nossa escolha é antes de tudo uma posição política pela valorização do lugar de fala dos sujeitos, pois acreditamos nas contribuições que se encontram nas bases da organização popular. Buscamos, nas narrativas das trajetórias de vida das pessoas que fazem a luta pela saúde mental antimanicomial elementos que nos possibilitem refletir sobre as condições objetivas e subjetivas implicadas no exercício da participação social. A partir disso é que nos colocamos o desafio da tarefa difícil de construção da presente tese.

Para atender aos objetivos propostos no presente estudo recorreremos a um caminho metodológico de base teórica crítica capaz de dar destaque às narrativas de sujeitos protagonistas nas lutas pela saúde mental antimanicomial articuladas as lutas sociais por cidadania da classe trabalhadora. A escolha do método e do traçado metodológico são parte da direção ético política que este trabalho se propõe. O destaque às falas dos participantes da pesquisa configura-se como um elemento da ordem da realidade concreta e sobre as quais buscaremos elevá-las ao concreto pensado.

3.1 Pesquisa e Método

A presente pesquisa orienta-se teoricamente por uma perspectiva crítica embasada pelo materialismo histórico como referencial de todo o processo. Tal escolha nos fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante do objeto em estudo por ser capaz de contextualizar as experiências de participação social narradas na dinâmica geral que envolve as relações da sociedade civil com o Estado, das contradições do sistema capitalista e da vida social, individual e coletiva.

Conforme aponta Martinelli (2019), o materialismo histórico como teoria social possibilita a apreensão crítica sobre as mediações da realidade social. Constitui-se como um método que nega a neutralidade, que se vincula a um projeto pautado por razões ideopolíticas, busca desvendar as contradições da sociedade capitalista e construir ações práticas orientadas para a transformação social.

Em concordância com Ghiraldelli (2016, p. 120) entendemos que

o método, ancorado em uma perspectiva ontológica, histórica e dialética, pode ser compreendido como a capacidade humana de apreensão do movimento contraditório da realidade social, sob a perspectiva da totalidade (articulada e dinâmica), com base em análises concretas de situações concretas.

Nessa perspectiva, busca-se uma análise da realidade embasada não apenas pelo fator econômico, mas aquela que está na base das relações culturais, sociais, políticas. Isso significa problematizar os modos de organização da vida, da produção, que tecem o conjunto das relações sociais dos indivíduos e destes com a participação social. Ao se analisar o contexto histórico, as condições de existência, as ideias, o modo de trabalho, a organização cultural, as relações morais e tantas outras correspondentes busca-se aprender a essência do objeto de estudos (Martinelli, 2019).

O método de análise nos orienta para escolha da metodologia de pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa tem ocupado mais espaço nas ciências humanas e sociais por abarcar uma relação inseparável entre o pensamento e a materialidade, entre a ação de homens e mulheres enquanto sujeitos históricos, assim como por alcançar a compreensão das determinações históricas que os condicionam e desvelar o mundo objetivo e a subjetividade dos sujeitos pesquisados. A abordagem qualitativa em pesquisa trabalha com o universo de significados, representações, crenças, valores, atitudes, aprofundando um lado não perceptível das relações sociais e permitindo a compreensão da realidade humana vivida socialmente (Gonçalves; Lisboa, 2007).

Martinelli (1999) ressalta três pontos que conferem importância à pesquisa qualitativa: o seu caráter inovador, como pesquisa que se insere na busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais; a sua dimensão política que, como construção coletiva, parte da realidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e criativa; e, por ser um exercício político, uma construção coletiva, a sua realização pela via da complementaridade e não da exclusão.

É nessa direção que buscamos a história oral como procedimento de pesquisa empírica, a fim de conhecermos a trajetória percorrida por sujeitos atuantes nos espaços de participação

social da saúde mental no DF. Entendemos que essa modalidade de pesquisa, técnica de coleta de informações e método de análise possibilitam conhecer e refletir sobre a participação social a partir das narrativas dos sujeitos partícipes num movimento que valoriza as experiências individuais, articulando-as aos processos sociais mais amplos.

Ainda, entendemos que a história oral, na pesquisa qualitativa, pressupõe a construção coletiva de conhecimento entre pesquisador e participantes. E, quando compreendida como um procedimento metodológico interdisciplinar, torna-se caminho para a construção de saberes, que abarcam tanto uma dimensão teórica quanto uma dimensão prática da vida dos sujeitos.

3.2 História oral e história de vida

A oralidade constitui-se, secularmente, como fonte humana de conservação e difusão do saber. Trata-se da maior fonte de dados para a ciência em geral, tendo em vista que a palavra antecede a escrita. Contudo, até a primeira metade do século XX, a produção acadêmica e científica se respaldava em documentos escritos e em experimentos comprovados e a fonte oral não possuía critério de validade e de confiabilidade.

No passar dos tempos, com a crise epistemológica das concepções determinísticas e das pesquisas quantitativas na produção acadêmica, percebe-se um repensar nas concepções de conhecimento com o reconhecimento da subjetividade e das fontes orais como elementos adicionais no fazer ciência. Com isso, a história oral passou a ganhar terreno no campo das ciências humanas e sociais como uma forma alternativa de se propor outro olhar acerca da realidade (Guiardelli, 2010).

Gonçalves; Lisboa (2007) destacam que mais recentemente tem se verificado uma crescente valorização dos relatos orais nas ciências sociais, na medida em que se percebe que comportamentos, valores, emoções permanecem escondidos nos dados estatísticos. O avanço de disciplinas como a linguística, a semiótica e a antropologia têm corroborado com o reconhecimento da importância do discurso dos sujeitos, uma vez que este traduz o retrato da realidade a partir de suas próprias concepções e percepções.

A metodologia da história oral é “alicerçada numa forma de buscar qualidade e profundidade investigativa com os colaboradores do processo de construção do conhecimento, ou seja, os sujeitos entrevistados” (Ghiraldelli, 2010, p.17). Como método de pesquisa inserido

num campo interdisciplinar não se constitui como um fim em si mesma, mas como um meio de conhecimento.

Na definição de Alberti (1990, pp. 1-2) a história oral é

[...] um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participam de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo como forma de se aproximar do objeto de estudo [...] Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc., à luz de depoimentos de pessoas que deles participaram ou os testemunharam.

O uso da história oral, em suas vertentes histórias de vida, narrativas, trajetórias de vida, requer observância de alguns pressupostos para que lhe seja conferido o caráter de método científico, entre eles a primazia e vigilância epistemológica. De acordo com Gonçalves; Lisboa (2007, p. 86),

a história oral se constitui como verdadeiro e eficiente instrumento de investigação quando o pesquisador atribuir um caráter científico a sua pesquisa: ele deve estar orientado por um conhecimento teórico prévio; a problemática da pesquisa deve estar inserida num projeto previamente formulado; as informações sobre o campo a ser pesquisado devem estar coletadas e o uso de instrumentos e técnicas de pesquisa definidos. Durante o processo de pesquisa, a hipótese problematizadora e a fundamentação teórica devem servir como uma ‘bússola’, orientando a investigação cujo principal objetivo é a construção de conhecimento a partir do levantamento, interpretação e análise dos dados empíricos.

Outros pressupostos a serem observados na utilização da história oral dizem respeito a objetividade e subjetividade. Sobre este aspecto cabe destacar que trabalhar com pesquisas qualitativas, invariavelmente, significa dar conta de entrelaçar a dimensão pessoal e subjetiva com a estrutura social. “O relato de uma pessoa sobre a sua própria vida, seus valores, sua cultura, não podem deixar de conter dimensões subjetivas.” (Gonçalves; Lisboa, 2007, p. 87).

A singularidade e a totalidade também se constituem como dimensões da história oral, pois não é possível se chegar a um geral por uma diversidade de histórias de vida singulares sem que seja dado a elas uma totalidade, que por sua vez se forma a partir da singularidade de cada uma delas. Ao relatar sua trajetória de vida o indivíduo se identifica como parte um grupo. Cabe ao pesquisador identificar as relações básicas e complexas que se conectam a estrutura social e grupal total (Gonçalves; Lisboa, 2007).

Na mesma direção, uma compreensão em perspectiva hermenêutica é requerida à análise das informações coletadas. É a partir de uma abordagem compreensiva que se torna possível aprender e construir explicações sobre o sentido que as pessoas atribuem às suas ações

e as situações vivenciadas. Da mesma forma, é importante ter presente que as pesquisas que adotam os procedimentos metodológicos da história oral são respaldadas na apreensão de uma realidade situada, com suas temporalidades, transitoriedades e com sujeitos vivos, ou seja, a história oral é demarcada pelo caráter da historicidade, pois a realidade social está em constante transformação e o mesmo acontece com o tema de pesquisa. Conforme afirma Alberti (1990 apud Albert, 1996, p.1), “a peculiaridade da história oral como um todo decorre de toda uma postura com relação à história e às configurações socioculturais, que privilegia a recuperação do vivido conforme concebido por quem viveu.”

Nesse sentido, cabe destacar que a história oral se baseia em narrativas orais dos indivíduos que relatam suas experiências, valores, credences, fatos e acontecimentos da vida privada e pública. Não obstante, a partir das narrativas dos partícipes do estudo podem ser traçados elementos que circundam as relações sociais desses sujeitos em suas experiências individuais e coletivas, assim como aspectos econômicos, sociais, culturais, contexto familiar, rede de sociabilidade, que fazem parte da vida pessoal e social (Ghiraldelli, 2010).

Na história oral utilizam-se diferentes procedimentos metodológicos para se dar voz aos sujeitos. Para alcançar os objetivos propostos no presente estudo recorreremos a modalidade história de vida da história oral. Nesse sentido, entendemos, como Spindola e Santos (2003, p. 121) que a “história de vida trabalha com a estória ou o relato de vida, ou seja, a história contada por quem a vivenciou.”

A partir disso delimitou-se como instrumento de coleta de informações a entrevista aberta/livre, que foi gravada e posteriormente transcrita.

Em pesquisas qualitativas que se utilizam da fonte oral, Martinelli e Lima (2019), afirmam que o enredo da entrevista é muito mais uma construção do narrador do que uma condução encadeada de questões feitas pelo pesquisador. Nessa direção, para iniciar o diálogo, utilizamos a seguinte questão central: *meu tema de estudo é a participação social na saúde mental. Você foi identificado(a) como sujeito atuante na luta pela saúde mental antimanicomial no DF. Você pode contar como foi acontecendo ao longo de sua história de vida sua inserção nos espaços de participação social?* Essa pergunta foi feita após terem sido esclarecidas as questões éticas implicadas em todo processo do estudo e após a verbalização da concordância com o início da gravação.

A utilização da entrevista na história oral “pressupõe a construção de um terreno comum de troca entre os sujeitos envolvidos, a constituição de uma relação de horizontalidade e reciprocidade” (Martinelli; Lima, 2019, p.110). Nessa direção, as entrevistas aconteceram de

forma muito singular com cada participante. O princípio da narrativa livre foi priorizado. Contudo, em alguns momentos, como é próprio de interações dialógicas, aconteceram intervenções para que o(a) entrevistado(a) abordasse algum dos assuntos que compõem os eixos de estudo abordados na presente pesquisa: vivências estimuladoras à participação social e a vinculação em lutas sociais; condições objetivas e subjetivas necessárias à participação social em saúde mental; protagonismo de usuários nas lutas por uma saúde mental antimanicomial; dificuldades e estratégias à participação em saúde mental; construção de sujeitos políticos e a participação social na esfera pública; sentidos da participação social na vida dos(as) participantes da pesquisa.

Destarte, como observa Ghiraldelli (2010), a principal preocupação e função social da história oral é *dar voz aos silenciados e excluídos da sociedade*²¹, pois a oralidade é capaz de abordar fatos ocultos, desconhecidos e enviesados, não transmitidos pela documentação oficial. E, é nesse sentido, que a técnica da entrevista é incorporada pela história oral como um processo dialógico e como um instrumento que tem por objetivo capturar as expressões da vida real por meio da linguagem verbalizada pelos sujeitos partícipes.

3.3 Participantes do estudo

Conforme já mencionado, a atuação junto ao Obsam possibilitou a aproximação, a convivência e o vínculo inicial com os(as) participantes do estudo. Este fato é um componente prévio a realização pesquisa empírica que tem grande relevância, pois permitiu que as entrevistas, mesmo dentro do rigor científico, transcorressem de forma acolhedora, empática e respeitosa.

A seleção dos participantes da pesquisa foi feita de modo intencional. Inicialmente, foram identificados sujeitos atuantes nos espaços de participação social, institucionalizados e da sociedade civil como possíveis participantes. Em seguida utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: estar vinculado a um ou mais espaços coletivos de luta por direitos à saúde, saúde mental e direitos humanos; exercer representação em grupos e/ou coletivos; participar de algum movimento social; possuir formação de facilitador e estar atuando ou ter participado de grupos de ajuda e suporte mútuo; ter vivenciado experiências de participação social em diferentes

²¹ Grifos do autor no original

dimensões e espaços participativos como audiências públicas, movimentos sociais, fóruns de luta e outros.

Entre os espaços de participação e representação social foram escolhidos movimentos sociais que compõem o conjunto de organizações, associações, instituições alinhadas com os pressupostos da RPB e da luta antimanicomial, como o Movimento Pró Saúde Mental do DF, internúcleo da Renila²², fóruns, comitês e mecanismos de luta por direitos de segmentos sociais que se interrelacionam com a saúde mental, assim como representantes da sociedade civil em espaços de participação social como a Conferência Distrital e Nacional de Saúde de 2019 e facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuo com formação e atuação em diferentes regiões do DF.

Importante ressaltar que ao se privilegiar a abordagem qualitativa e a narrativa oral busca-se aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito com o qual estamos dialogando e nesse sentido surgem limites em relação ao número de participantes, pois é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto de estudo, busca-se conhecer histórias e trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos (Martinelli, 1999).

Ao total foram entrevistados doze participantes, sendo seis deles pessoas que conviveram e/ou convivem com o sofrimento psíquico, frequentam serviços da rede de atenção em saúde mental do DF, possuem formação de facilitadores de Gasm e vêm construindo uma trajetória de engajamento e atuação em movimentos sociais antimanicomiais e espaços de participação social institucionalizados. Entre os outros seis participantes estão profissionais e trabalhadores(as) de serviços da Raps/DF, vinculados a instituições que cumprem importante papel na formação de profissionais da área da saúde, militam na defesa de direitos de grupos específicos e em direitos humanos, constituindo-se em referências importantes na saúde mental.

Não obstante, de início, foi definido um número maior de possíveis participantes, que no decorrer da realização das aproximações e contatos foi se delimitando, levando-se em conta, no caso dos usuários, além da disponibilidade e do interesse em participar, a condição de saúde do momento e a aderência ao tratamento e ao serviço de saúde mental de referência. A condição geral de saúde e bem-estar compôs requisito à participação, tendo em vista que ao acessar

²² No campo das associações nacionais representativas da saúde mental antimanicomial existem duas principais organizações políticas, a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). A Renila surge a partir de uma cisão que ocorreu no MNLA durante a realização do V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial no ano de 2001 e que desmembrou o movimento em núcleos. A Renila, criada em 2003, congrega, núcleos regionais aos quais atribui a nomenclatura de Internúcleo. O Movimento Pró Saúde Mental do DF é ligado a Renila, como um dos seus internúcleos. Sobre a cisão dos movimentos ver Vasconcelos, (2012). Sobre princípios, linhas de atuação do MNLA e da Renila ver Fernandes Chaves (2022).

memórias, vivências, situações que compõem a história de vida poderiam constituir gatilhos e/ou outras situações que resultassem em danos emocionais à pessoa. No caso dos profissionais, por serem pessoas com muitos compromissos, observou-se a disponibilidade e compatibilidade de agenda com a pesquisadora, tendo em vista o tempo estimado de duração e o período estabelecido para realização da coleta de informações. Todas as entrevistas foram realizadas no período de 19/06 a 20/07/2021.

O perfil geral dos usuários foi composto por pessoas que conviveram/convivem com o sofrimento psíquico, decorrente da existência de transtorno mental grave, do adoecimento mental e/ou com as consequências mais agudas do uso abusivo de álcool e outras drogas. No momento da realização da pesquisa todos mantinham vínculo com unidades de serviços da Raps DF e realizavam algum tipo de acompanhamento/tratamento²³. Em relação ao perfil sociodemográfico, cinco participantes são do sexo masculino e um do sexo feminino; cinco dos seis participantes tinham relacionamentos amorosos estáveis e conviviam com respectivos cônjuges/parceiros, moravam em residências própria ou alugada, localizadas em diferentes regiões do DF; a faixa etária era de 25 a 65 anos; e apenas um não tinha histórico de internações em hospital psiquiátrico, clínica ou comunidade terapêutica. Três dos participantes possuíam atuação e vinculação em espaços de participação social como o Movimento Pró Saúde Mental do DF, Fórum de Rua do DF, Associação dos Amigos da Saúde Mental (ASSIM); um deles era representante de usuários no Conselho Regional de Saúde de uma das RAs do DF e todos identificaram-se como atuantes por uma saúde mental antimanicomial.

Em relação aos profissionais, cinco são do sexo feminino e um do sexo masculino e o perfil de idade acompanha aquele dos usuários. Todos os profissionais têm trajetórias de atuação e representação em espaços de participação social e defesa de direitos, tais como audiências públicas, conselhos e órgãos de classe, comitês e fóruns de defesa de direitos, conselhos de políticas públicas, OnGs e outras organizações da sociedade civil vinculadas a luta antimanicomial, de atuação local, regional e nacional²⁴. Em relação a formação profissional as áreas são diversas e a composição ficou proporcional: serviço social (2), enfermagem (2), psicologia (2). Quanto a ocupação profissional no momento da pesquisa três profissionais

²³ Por se tratar de momento ainda em período pandêmico da Covid 19 estavam realizando acompanhamento on line e, esporadicamente, presencial.

²⁴ As instituições as quais os profissionais participantes estavam vinculados institucionalmente no momento da pesquisa são: Organização não governamental Centro de Convivência em Saúde Mental (Inverso); Associação civil sem fins lucrativos Instituto Desinstitute; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT); Conselho Regional de Serviço Social; Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto

atuavam diretamente em serviços da Raps/DF com vínculo de servidor(a) público(a) efetivo, três atuavam em universidades, com ensino, pesquisa e extensão, concomitante a atuação em outras instituições e projetos ligados a luta antimanicomial.

A pluralidade do perfil dos sujeitos compôs um conjunto de participantes representativo de diversas formas de participação social em diferentes áreas, tais como: associação de usuários, movimentos e organizações locais e nacionais, espaços institucionalizados e não institucionalizados de participação social, espaço de formação, ensino, pesquisa e extensão e conselhos regionais.

Após a definição dos participantes a pesquisadora realizou contato telefônico individual via mensagem de texto em aplicativo de conversa da internet, explicando o motivo do contato e fazendo o convite inicial para participar da pesquisa. Em situações específicas, utilizamos o recurso de áudio e/ou chamada de voz para esclarecer dúvidas e/ou complementar informações com alguns dos participantes. Todos manifestaram interesse e aceitação em participar do estudo desde o momento inicial.

Mediante a confirmação da disponibilidade e do interesse em participar as entrevistas foram agendadas para dias e horários compatíveis entre as partes e em locais que possibilitassem sigilo, bem-estar e segurança. No caso dos participantes usuários dos serviços de saúde mental a entrevista foi realizada presencialmente, em local combinado e seguindo os protocolos de biossegurança e proteção à saúde recomendados pela OMS em decorrência da Pandemia Covid 19. As entrevistas com os(as) participantes profissionais, trabalhadores da saúde mental, foram agendadas e realizadas de forma virtual, observando-se as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual da Conep de fevereiro de 2021 - Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS enviado aos(às) coordenadores(as) de Comitês de Ética em Pesquisa de 24 de fevereiro de 2021.

3.4 Questões éticas

Em cumprimento as Resolução Conep nº 466/2012 e Resolução CNS nº 510 de 2016 a presente pesquisa tem aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UnB vinculada a pesquisa “Reorganização dos e nos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial mediada pela avaliação participativa”, coordenada pela Profa. Dra. Maria da Glória Lima junto ao

Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal (OBSAM). O projeto de pesquisa principal, ao qual este projeto de tese está associado, tem aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), sob parecer número 2.200.022, em 3 de agosto de 2017 e também pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), sob parecer número 2.270.086, em 12 de setembro de 2017 (Anexo A).

Na relação com os participantes da pesquisa, para além do aceite colhido no contato telefônico inicial, no momento da entrevista a pesquisadora informou novamente sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, incluindo o pedido de autorização para gravação e os cuidados éticos relacionados à preservação do anonimato, do sigilo da participação e das informações prestadas, assim como sobre o uso do material para a pesquisa. No caso das entrevistas presenciais com as pessoas usuárias, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso (Apêndice A). Ademais, no início de cada gravação, a pesquisadora informou sobre o TCLE. Após a verbalização da concordância da participação, as entrevistas prosseguiram, de forma que o consentimento verbal está registrado em cada áudio.

Para a gravação das entrevistas realizadas presencialmente foi utilizado o aplicativo Gravador de Voz Fácil no aparelho celular da pesquisadora. No caso das entrevistas realizadas on line foi usado o aplicativo Google Meet da conta Gmail paga da pesquisadora.

Todas as entrevistas tiveram início a partir da questão geral e norteadora do estudo já descrita anteriormente. No decorrer das falas dos(as) entrevistados(as), foram feitas algumas interferências, na forma de concordância com o fato narrado e/ou estímulo para que discorresse mais sobre determinado ponto do roteiro da pesquisadora e/ou como interação entre ambos. Em apenas uma das entrevistas presenciais foi necessária interrupção breve da gravação, por motivos externos e alheios à vontade, retornando-se logo em seguida para a continuidade.

Ao final de cada entrevista foi acordado entre a pesquisadora e o(a) entrevistado(a) possível retorno para outra entrevista complementar em caso de necessidade. A comunicação entre pesquisadora e entrevistados(as) se manteve durante toda etapa da coleta de informações da pesquisa, visando preservar vínculo e relações estabelecidas. Em algumas situações pontuais, entrevistados(as) sentiram-se à vontade para enviar para a pesquisadora informações complementares à sua fala inicial em mensagem de texto privada de aplicativo de conversas da internet.

Os arquivos das gravações das entrevistas foram armazenados em drive externo próprio e em cópia de segurança na nuvem da conta pessoal da pesquisadora, de maneira a garantir o sigilo e a impossibilidade de acesso de terceiros que não, exclusivamente, aqueles diretamente envolvidos com a pesquisa. A transcrição total das entrevistas foi realizada por empresa especializada, para a qual foi utilizado termo próprio de confidencialidade e sigilo das informações (Anexo B). Os arquivos de registro das transcrições, igualmente, foram armazenados em drive externo e em cópia de segurança em nuvem da conta pessoal de acesso restrito da pesquisadora. Partes das narrativas transcritas compõem o estudo realizado e estão referenciadas com a utilização da respectiva fonte como Entrevista P1 a Entrevista P6 para as narrativas dos(as) profissionais e Entrevista U1 a Entrevista U6 para narrativas de pessoas usuárias, de acordo com a sequência de realização das entrevistas.

Em cumprimento ao compromisso ético da pesquisa substituímos o nome próprio citado pelos participantes no decorrer de suas narrativas pela expressão ‘Nome da pessoa’, exceto quando se tratava de nomes de pessoas públicas com vínculo em universidades, no desenvolvimento de ações extensionistas publicizadas amplamente, com a anuência delas.

Como questão de compromisso ético e de princípio da pesquisadora, a transcrição da entrevista foi enviada aos participantes que manifestarem interesse em receber para arquivo pessoal. Além da defesa pública da presente tese de doutoramento e a disponibilização do arquivo de forma pública no repositório virtual da Biblioteca Central da UnB, a pesquisadora tem a pretensão de elaborar artigos científicos e trabalhos para divulgação em eventos científicos. Como forma de socialização de conhecimentos no âmbito local, pretendemos realizar discussões sobre os resultados da pesquisa junto a grupos, coletivos e equipes dos serviços da Raps DF.

3.5 Organização e análise das narrativas

O materialismo histórico “é um método que se constitui dialeticamente em conexões e articulações, em um processo dinâmico de relações que se pauta pela totalidade, contradição e mediação.” (Diniz, 2019, p. 47). Ou seja, pressupõe o movimento dialético da reflexão para se conhecer determinado fenômeno. Nesta perspectiva (dialética) parte-se do real para a abstração reflexiva, para a identificação e análise das mediações e múltiplas determinações e contextos,

de forma que a reflexão volte para o real enriquecida com as apreensões que foram possíveis a partir da problematização e das articulações realizadas entre as particularidades e a totalidade.

Nessa direção, categorias analíticas estão imbricadas em todo processo investigativo, “pois sintetizam formas, modos de ser, práticas sociais, determinações de existências, processos analíticos e de articulação entre o singular e a totalidade” (Diniz, 2019, p. 48). A análise das categorias que emergem do estudo empírico na sua complexidade, pois relaciona-as com temas sociais, econômicos, políticos em sua historicidade, particularidade e totalidade. As categorias são construídas como sínteses resultantes do exercício de aproximação, conexões e problematizações da elevação da realidade ao pensamento.

Conforme afirma Diniz (2019, p.43),

as categorias colaboram para o processo de apreensão, leitura e análise do real, porque expressam sínteses analíticas saturadas de história, relações, contradições e mediações. São expressões do movimento de abstração, que consiste em elevar o real ao plano do pensamento, e voltar a ele enriquecido com conhecimentos que colaboram para a leitura crítica da realidade, que sempre é múltipla e porosa. Assim o processo de conhecer a realidade é também o processo de identificar e construir categorias, que são desfechos da reflexão dialética.

O conteúdo das narrativas foi, inicialmente, transcrito na sua integralidade para em seguida, passar por leitura e organização dos trechos citados nesta tese como fonte empírica. Para contribuir na organização das partes das narrativas utilizadas fizemos uso da versão gratuita do software MAXQDA, versão 2022, que possibilitou uma categorização inicial dos trechos correspondentes a cada um dos eixos de estudos já citados.

Após esta etapa, as narrativas foram analisadas na interlocução com referências teóricas sobre participação, saúde, saúde mental, cidadania, a partir do pressuposto de que a compreensão de que o encontrado no real obedece a um processo que é dinâmico, histórico e transitório. Dessa forma, as análises apresentadas constituem-se em expressões do concreto pensado, ou seja, surgem do processo de apreensão analítica da realidade analisada, das conexões e relações que movimentam o fenômeno (Diniz, 2019).

CAPÍTULO 4 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL

Neste capítulo apresentamos os resultados da pesquisa analisados na relação com o referencial teórico-metodológico da área. O conteúdo das narrativas foi sistematizado e organizado em quatro eixos de análise: 1) Vivências estimuladoras do ‘despertar’ participativo e sentidos atribuídos à participação social em saúde mental; 2) Condições objetivas e subjetivas ao engajamento e à vinculação às lutas sociais por uma política de saúde mental integral e participativa; 3) Dificuldades para o protagonismo de pessoas usuárias nas lutas por uma saúde mental antimanicomial e 4) Estratégias mobilizadoras de protagonismo das pessoas usuárias e a constituição de sujeitos coletivos de luta na saúde mental.

4.1 Vivências estimuladoras do ‘despertar’ participativo e sentidos atribuídos à participação social em saúde mental

A implementação da política de saúde mental, segundo os princípios da RPB, tem como objetivo central a substituição da internação em instituições do tipo manicomial pelo cuidado em serviços abertos, de base territorial, perto dos locais de moradia, visando a reinserção na vida social mais ampla. Vasconcelos (2013) ratifica que o avanço da RPB está para além da mudança no modelo de atenção. Busca-se transformar as relações sociais baseadas na discriminação e segregação das pessoas com transtorno mental, por meio da inserção de usuários em atividades na esfera cultural, artística, educacional e de participação na sociedade em geral.

Para Amarante & Torre (2018), as mudanças ocorridas nas últimas décadas no campo da saúde mental no cenário brasileiro trouxeram de volta à cidade o sujeito ‘louco’, provocando um expressivo processo de transformação em relação ao seu lugar social. Do lugar de sujeito do erro, atribuído pelas estruturas do saber psiquiátrico e do manicômio, passou-se para o lugar de sujeito político, de quem se espera, agora, o desenvolvimento de suas funções sociais de forma emancipada e autônoma.

O lugar da “cura” e da “reabilitação” não é mais a instituição de tratamento nem o serviço de saúde, ainda que a assistência pública em serviços abertos

seja fundamental para a mudança nos modos de cuidado e fortalecimento dos dispositivos e estratégias da atenção psicossocial. O lugar da emancipação e da autonomia, entendidas como realidades dinâmicas a serem construídas, é a cidade, as relações sociais possíveis no espaço da cidade, nos espaços de convivência coletiva, nos espaços de participação social, nos grupos sociais diversos e na busca de cuidado integral e acesso a políticas públicas. (Amarante & Torre, 2018, p.1095).

Compreender o usuário dos serviços de saúde mental como sujeito capaz e autônomo é um conceito-chave à implementação da RPB e para uma saúde mental efetivamente antimanicomial. Não obstante, é preciso ter clareza que a construção dessa autonomia transcende o acesso aos serviços de saúde mental e se desdobra em “produção de vida em articulação com redes de suporte social formais e informais, espaços de convivência, trabalho, lazer, cultura e arte, bem como no acesso a políticas públicas e direitos de cidadania” (Amarante & Torre, 2018, p. 1096).

Isso significa que, no campo da saúde mental, a oferta de proteção social e políticas de assistência por parte do Estado por si só não promove a cidadania e a autonomia das pessoas, muito embora elas sejam necessárias à reprodução da vida. É preciso que se oportunize à essas pessoas conhecer e aprender sobre direitos e deveres, sobre os espaços de participação social da sociedade civil no Estado, sobre movimentos sociais e organizações coletivas. Ainda, há de se ter clareza que

a autonomia não se produz somente por meio de canais oficiais normativos ou institucionais, mas é promovida quando os atores sociais e os movimentos de militância alcançam um protagonismo capaz de assegurar uma apropriação dos dispositivos e estratégias na construção de direitos e participação política e social (Amarante & Torre, 2018, p. 1096).

Muito embora, majoritariamente, práticas mais democráticas e estimuladoras à participação social aconteçam nos espaços de cuidado em liberdade, na implementação RPB temos aprendido que não basta mudar o espaço físico e os serviços se não mudarem as ideias, as teorias, o conjunto de orientações científicas, profissionais, jurídicas e normativas. É necessário que se reinventem os serviços e as práticas de atenção psicossocial tanto no que diz respeito as suas ações e atividades quanto na forma de conceber e lidar com seus usuários. É preciso inovar e criar estratégias de atenção em saúde mental capazes de promover autonomia, protagonismo e emancipação.

Para a maioria das pessoas usuárias participantes do estudo, os registros memoriais de vivências que levaram à participação social encontram-se em experiências vivenciadas nos serviços substitutivos, em predominância, capitaneadas pelos Caps e realizadas em articulação

com outras instituições partícipes ou não da rede formal de cuidados em saúde mental, mas que integram o espaço da cidade e de uma vida cidadã em liberdade:

[...] até que um belo dia alguém me falou do Caps, e me apresentou o Caps, e eu fui procurar ajuda, porque se não houvesse esse tipo de espaço, com tratamento de portas abertas, com certeza eu não estaria aqui hoje. [...] Eu conheci assim, os movimentos pró saúde mental, conheci o Observatório da UnB, essas questões, o grupo de ajuda mútua. Quando eu conheci, eu já me identificava com aquilo, porque eu já vinha fazendo trabalho social como Arraiá, eu sou membro fundador do Arraiá Arrasta Jegue²⁵, dentro da Ceilândia Norte [Entrevista U5]

[...] Aí surgiu a oportunidade, aqui em Brasília, do professor Eduardo Vasconcelos, vinha do Rio {RJ} para cá, nos educar, nos ensinar, surgiu a oportunidade de me tornar facilitador, eu já entendia um pouco, já comecei a entender o que é que era a doença mental, a saúde mental, as ansiedades, as... – como que eu posso dizer? – as doenças psíquicas, as doenças psíquicas que todo mundo tem e muitos não veem. [...] Como uma vez no curso eu falei, e a professora até usou as minhas palavras, usou a minha fala: Que com a minha dor eu ia curar a dor dos outros. E ela usou a minha fala. Eu vi que realmente eu estava acordando, que eu estava acordando, que eu estava cada vez melhor. E estou aí hoje, defendo a causa, estou aqui para trabalhar. [Entrevista U4]

[...] eu comecei a fazer um tratamento aqui no Caps, foi onde eu fui acordando pra necessidade, gostei do sistema de tratamento do Caps, e fui me empolgando. Aí grupinho de futebol, aquela coisa toda, teve um programa do Obsam, e depois veio o Ajuda Mútua [Gasm]. E nisso daí eu fui ingressando, e hoje em dia faço parte, conheço esse pessoal daí tudo, e eu vejo quanto os profissionais, eles querem ajudar, entendeu, é um tratamento mais humanizado, a família toda também participa do tratamento, porque esse negócio de internação pra mim é cruel demais, muito cruel. [...] aí eu fui fazendo as amizades, Paranoá... antes do curso do Obsam, né, a gente teve aquela integração [...] lá no Paranoá tem um pessoal que joga futebol, vamos lá, vamos lá... então eles me arrastaram, a gente marcou um dia e eu fui, eles receberam a gente lá bem, começamos a treinar esse futebolzinho lá, daí já incentivou, eu me empolguei também, eu falei “ah, então dá certo, né”, se tem lá, a gente monta um time, e joga lá, eles jogam com a gente também, daí rendeu. E daí eu fui achando mais interessante, cada vez mais, onde que eu fui entrando, aí conheci o {Nome da pessoa}²⁶, tive lá no ISM também, essa parte toda. [...] porque a gente participou desse Obsam, pra mim foi uma boa opção, os indicadores, aí surgiu o Ajuda Mútua [Gasm]. Então, ali dentro do curso mesmo de indicadores, ali na UnB, no horário de almoço a gente percebeu que podia fazer um grupo, e foi feito esse grupo, na hora do almoço. [Entrevista U3]

²⁵ Projeto artístico cultural formado por um grupo de quadrilha, banda e artistas da cidade, criado em 2008 em Ceilândia (Região Administrativa do DF), com finalidade de arrecadar fundos para a saúde mental em suas apresentações nos festejos juninos.

²⁶Em cumprimento ao compromisso ético da pesquisa substituímos nomes de pessoas citadas que não sejam aquelas públicas e que concordaram com a sua publicização por {Nome da pessoa}'. Da mesma forma, quando o(a) entrevistado cita o próprio nome na narrativa optamos por, também, indicar no texto {Nome da pessoa}.

Destarte, uma pessoa usuária participante do estudo relata memórias vivenciais que o estimularam à participação social ainda quando se encontrava em tratamento no espaço hospitalar, conforme pode ser observado a seguir:

eu me lembro que a minha primeira atividade, e aí já vem a ‘Assistência Social’, para você ver como é que a ‘Assistência Social’ está sempre muito presente na vida da gente, eu estava lá no hospital [...] no São Vicente [...], aí ela chegou para mim um dia, disse: “{nome da pessoa}, nós estamos com um grupo de pessoas aqui, e você sempre passa e olha. Você queria participar?”, eu digo: “mas o quê que é”, ela disse: “não, é que nós estamos com um grupo de senhoras aqui que estão com os filhos em situação de risco, e a gente está aqui dando orientação para elas.”. Aí beleza, aí eu fui e participei desse grupo e achei esse grupo bastante promissor, para o momento que a gente vivia, que a gente não tinha momento de fala e tal, e ela foi e disse, quando terminou ela disse: “E aí, o que você achou do grupo?”, eu digo: “Eu gostei muito”, ela disse: “Você quer continuar participando?”, “Quero, quero sim”. [...] "Fiquei dois anos presidente do grupo, interino. Aí quando... eu comecei a fazer denúncia [...], levar para o Ministério Público algumas denúncias, problemas seríssimos [...] E eu captando tudo aquilo ali e... fui levando ao conhecimento das autoridades. E aí, chegou o momento que votaram em mim pra ser conselheiro, e foi, foi, foi...Fui conhecendo melhor o processo interno do hospital, como conselheiro você passa conhecer, né? Fui conhecendo e tal. [Entrevista U6].

Cabe destacar que muito embora ainda existam hospitais psiquiátricos no Brasil neste tipo de equipamento prevalece uma lógica manicomial, que exclui pessoas usuárias dos processos participativos em relação a decisões sobre seu tratamento, além de funcionarem sob uma perspectiva assistencial que não estimula autonomia e protagonismo. Militantes pela defesa da Reforma Psiquiátrica tem pautado nos espaços de luta da defesa antimanicomial o fechamento de hospitais psiquiátricos devido a denúncias de violação de direitos humanos.

Ademais, é claro o destaque dado nas narrativas sobre a importância de práticas assistenciais que estimulem a participação social. Convidar uma pessoa usuária para participar de uma atividade externa ao serviço é possibilitar-lhes interagir em um ambiente novo e com isso abrem-se possibilidades de novas vivências, novas relações. Como acreditamos que a participação social tem componentes de subjetividades e que a construção do sujeito na saúde mental é coletiva, interações dessa natureza, em ambientes comumente não frequentados, configuram-se como experiências estimuladoras à construção de subjetividades de pessoas que viveram parte de sua trajetória de vida na exclusão, desacreditadas de sua capacidade pessoal.

Nos trechos das narrativas de pessoas usuárias descritos a seguir é possível compreender a importância do acolhimento pessoal, do respeito às individualidades, da valorização das

singularidades, para que o sujeito político participativo da saúde mental tenha oportunidade de aflorar.

[...] então eu carreguei esse apelido aí durante 30 anos, até nascer de novo num tratamento de saúde mental, num acolhimento humanizado, com pessoas que se dedicaram a me ajudar, e de uma forma que eu nunca esperei que eu fosse ajudado, eu fui amparado psicologicamente, eu fui amparado assistencialmente, eu tive cuidados com a saúde física, saúde do homem, fiz todo tipo de prevenção e consultas, assim... outro indivíduo. Então, aquele acolhimento mudou toda a minha história. Quando eu vi uma moça me chamando pelo meu nome, eu me identifiquei e eu gostei do jeito que ela falou o meu nome, sem deboche, sem errar. Porque as pessoas quando falavam o meu nome sempre erravam alguma letra, quando escrevia, escrevia errado e quando ia falar, não queria falar chamava de um nome similar. Então isso me irritava e eu preferia o apelido ... Então, quando essa moça me chamou pelo meu nome: “O {Nome da pessoa}, é a sua vez”, isso me mudou, me devolveu a minha identidade. Eu ter a minha identidade de volta foi um dos primeiros passos para nascer esse militante que é hoje. [Entrevista U1]

Aí, com 19 anos, eu tinha conhecido o meu esposo. Eu estava com 6 meses namorando com ele. Foi aí que eu não aguentei tudo assim, meu irmão falando que eu ia ter que ir embora, que a porta da rua é serventia da casa, que minha mãe tinha morrido e eu não ia ter mais aquela mamata, como eles falavam. Aí eu decidi sair de casa e fui morar com o meu esposo, num acampamento de sem-terra. Foi quando começou tudo novo para mim também, mas foi assim uma coisa mais... uma experiência nova, né? [...] Aí depois a gente começou a participar, o meu esposo começou a participar do ajuda mútua [Gasm]. Aí ele começou a me levar. Aonde ele ia, ele me levava. No começo eu não gostava muito não, falava: “Pra quê? Não quero ir pra esse lugar não!”, eu tinha vergonha muito de falar, vergonha, tinha dificuldade. Por tudo que eu passei, eu era muito travada. Ah, não, aí eu gostei muito. Aí ele me levou lá no ISM, que eu participei muitas vezes do ISM, lá do ‘Assim’ (Associação dos Amigos da Saúde Mental), lá no Riacho Fundo II. Aí eu participei, vi pessoas que ouvia vozes, depressão, síndrome do pânico, todo tipo de transtorno assim, de coisa assim. Eu presenciei pessoas dando testemunho. [...] no Caps, na Assim. Na Assim, eu gostei muito da {Nome da pessoa}, do Assim lá do Riacho Fundo II, é o lugar que eu mais me identifiquei, foi lá, porque lá tinha um grupo de ajuda mútua. E... também, lá no Obsam, que eu conheci a Gussi, que eu não conhecia, conheci a Glória. Até te vi lá também. Aí eu comecei a saber mesmo, a gostar do que é. Porque a gente só começa a gostar do grupo quando a gente começa a participar, conhecer. [Entrevista U2]

Já para os profissionais, participantes da pesquisa, é possível identificar vivências e experiências participativas tanto na esfera da vida pessoal como na esfera da formação e da vida profissional. No tocante a vida pessoal, destacam-se experiência adquiridas a partir da vida escolar e vivências em espaços ligados à religiosidade, à arte e cultura. No âmbito da formação profissional, as narrativas retratam vivências em estágios e projetos acadêmicos de extensão, organizações estudantis e outras atividades. Esses espaços e experiências são apontados por

eles como marcadores ou dispositivos que compõem o conjunto de elementos que desencadearam o despertar para a participação social.

A participação, na realidade assim, a minha história desde a infância, da adolescência, ela foi marcada, é marcada, pela participação, pela mobilização em alguma dimensão. Eu lembro assim, eu acho que o primeiro marco da minha participação política, se é que eu posso chamar assim, foi quando eu ainda estudava, no que a gente chamava naquela época Grupo Escolar, em Minas Gerais, eu sou do interior de Minas, nasci em Araxá, e nasci no início da década de 1970, então eu estava ali ainda no regime militar, no início dos anos 1980, eu estudando e eu lembro que eu organizei a minha turma da escola, a gente estava na quarta série, no quarto ano naquela época, para se mobilizar contra as exigências que uma professora nova tinha feito naquela época. [...] eu lembro muito, isso ficou tão marcado, você vê, eu tinha 10 anos, 10 quase 11 anos. [...] Então eu falo que foi quando eu comecei a entender que a gente precisava questionar o que não estava certo e se organizar. [Entrevista P1]

A minha história, ela não se iniciou aqui no DF. Ela vem da minha história de vida mesmo. Desde que eu comecei a atuar como assistente social, na verdade a minha função na época não era essa, mas o meu primeiro... o segundo, na verdade. Mas a minha primeira grande experiência na área social, eu trabalhei numa ONG humanitária cristã que se chama Visão Mundial e eu era supervisora de projetos. E a gente trabalhava com desenvolvimento de comunidade. Então eu tinha que acompanhar os projetos das entidades conveniadas que recebiam o financiamento e eu ia às comunidades. E eu era mais ligada {a área} à criança e adolescente, era mais ligada não, era prioritariamente ligada à criança e adolescente. Só que a ONG focava em outras áreas, questão do meio ambiente, saúde popular, educação infantil de jovens e adultos, método Paulo Freire. Então tínhamos muitas iniciativas em que nós participávamos das capacitações e trabalhávamos com as comunidades. [Entrevista P2]

[...] eu acabei tanto achando a minha área de atividade no curso, que a partir dali tudo que tinha de curso sobre saúde mental, eu passei a me envolver. E aí, depois que eu me formei, eu fui trabalhar, eu passei no concurso da SES/DF, fui trabalhar no Caps, na época estava o programa “Crack, é possível vencer”. E aí eu já tinha um arcabouço assim, teórico, muito importante, que eu adquiri junto com as professoras Gussi e Glória. Então eu já sabia o que era Reforma Psiquiátrica, eu ainda não me identificava, assim, com esse nome, de militante, de ativista da área. Mas eu tinha muita vontade de ver a Reforma na prática, de falar assim: “não, eu, no Caps, eu faço Reforma Psiquiátrica”. E aí eu acho que ter referência de militância, ter esse arcabouço teórico, me fez buscar mais e mais essa área, que foi aí que eu fui para congressos, que eu comecei a me aproximar de núcleo de militância. Então eu tive as referências, o arcabouço, depois eu comecei a me aproximar de núcleo de militância. [...] Com certeza, o ponto inicial foi na formação e o ponto crucial para mim foi o curso de indicadores do Obsam, onde, de fato, assim, eu fui para o movimento e falei: “Não, esse é o meu local de identificação, aqui eu me reconheço como militante da luta antimanicomial”. [Entrevista P3]

Nos trechos das narrativas transcritas a seguir é possível identificar que subjetividades construídas a partir de vivências pessoais vão influenciar na forma como essas pessoas vão

construir sua trajetória e relação com a saúde mental. Os profissionais participantes fazem referência às vivências pessoais provocadoras de reflexões críticas sobre a atuação na saúde mental. São experiências de estranhamento e de desconforto diante de realidades e de espaços que desacreditam, descriminam e violentam o outro na sua condição de humano e de sujeito de direitos.

Então, eu começaria situando, assim, minha primeira experiência em saúde mental, que foi um estágio no ISM, que na época era apenas um Hospital Dia. Hoje ele é considerado um Caps, mas naquele momento era um Hospital Dia, a gente não tinha Caps aqui no DF ainda. Foi uma experiência muito intensa, e, na verdade, perturbadora. Eu saí desse estágio dizendo que eu nunca mais ia trabalhar com a saúde mental. Não porque eu não tenha gostado ou entendido a importância do campo, mas por ter me sentido, numa certa medida, incapaz, insuficiente. E eu acho que essa ideia do insuficiente vai ser importante mais para frente, que é isso mesmo, eu sou insuficiente, eu preciso do outro para que esse cuidado se construa, e é daí que surge justamente a ideia... um dos aspectos da ideia do protagonismo e da participação [Entrevista P5]

Não tenho assim um grande evento, mas eu falo que o grande evento é a possibilidade de viver..., é acreditar que pode ser uma fonte de transformação muito pequenininha, mas é dos pequeninhos que se compõem os grandes, não é? Então, nesse jeito de ser, desde muito cedo eu tenho participação política em núcleos não só da saúde mental, mas onde eu fui aprendendo, estudando, ampliando a minha visão. E aí fui trazendo isso também para dentro da saúde mental. Sempre acreditei que como professora eu podia provocar uma reflexão. Mudar eu nunca acreditei muito não..., {a gente} não muda ninguém, mas poderia provocar uma reflexão, então eu fiz a opção por ser professora. Mas, olha, eu fiz opção por ser professora, mas eu não fiz opção pela academia. Aí, o quê que é isso? Eu não me moldei aos moldes da academia. Eu sempre achei que a responsabilidade da universidade era estar fora da universidade. Então eu sempre, nestes anos todos, já deve estar fazendo quase 40 {anos}, eu tive uma proximidade muito grande com as pessoas dos serviços, tanto as pessoas profissionais, como também com os usuários que estão nos serviços. E aí, depois, com a criação do Observatório, isso foi ganhando mais consistência e vamos cada vez traçando aqui os caminhos. [Entrevista P4]

[...] tem uns caminhos que não diz necessariamente sobre a militância, mas foram a base, talvez, para a militância. Na minha adolescência eu conheci um movimento, que para mim, até hoje, é muito importante, me sinto, embora não praticante, mas me sinto pertencente a esse movimento, que... na verdade, é uma cultura, que é o movimento hip-hop. Que é uma coisa ligada à arte, a arte periférica, especificamente. E a minha adolescência toda eu me envolvi muito, seja com as músicas, por meio do rap, seja com a dança efetivamente, que o hip-hop, culturalmente falando, ele compõe quatro elementos, que é: o break, que é a dança; o MC, que é o cantor de rap; o DJ; e o grafite, que são as exposições artísticas em muros, enfim. E a minha adolescência inteira eu me envolvi com alguns desses elementos do hip-hop. [...] meu primeiro trabalho, que foi virando oficineiro na antiga Febem em São Paulo, hoje as Fundações Casa, fui ensinar a juventude dentro da Febem, por meio da cultura, por meio do hip-hop, enfim, a dança, a pensar na cultura hip-hop como um caminho de possibilidades por meio da música, por meio da arte. E isso também, óbvio,

faz parte da minha trajetória, que vai lapidando uma versão crítica sobre os sujeitos, sobre as pessoas. [...] Então esse meu primeiro trabalho foi bem importante para a minha formação, a continuidade da minha formação que o movimento hip-hop me deu. Na sequência disso, eu viro conselheiro tutelar. [...] na Psicologia eu me deparo com o universo da saúde mental, principalmente porque fazendo estágio na psicologia, eu vou fazer estágio dentro de um hospital psiquiátrico. [...] acessar o manicômio, pela primeira vez, no meu estágio em psicologia, foi bem importante, porque na minha formação eu não tive nada sobre reforma psiquiátrica, sobre o questionamento desse modelo tradicional de atenção em hospitais psiquiátricos, mas ao acessar esse hospital psiquiátrico, um hospital psiquiátrico feminino, era só de mulheres, aquilo, para mim – vou usar essa palavras porque à época era, não tinha nome para outras palavras – era desconfortável, porque era inconcebível entrar naquele hospital psiquiátrico e ter aquele hospital psiquiátrico legitimado pela minha professora de psicopatologia como um espaço de tratamento. Era contraditório o que ela afirmava da realidade que eu presenciava naquele local. Mas como eu não tinha referencial teórico, a minha formação não teve discussão sobre reforma psiquiátrica, era um desconforto porque eu não conseguia nomear que aquilo era violação de direitos humanos, algo que eu vou começando a descobrir a partir, então, do meu estágio no hospital psiquiátrico. E... bom e esse desconforto, então foi me abrindo possibilidades de reflexão, abrindo possibilidades para entender que o lugar que eu estava, e aí comecei a pesquisar, entendi que existia a reforma psiquiátrica, que fazia uma crítica a esses manicômios. Bom, então acho que esse é um pedaço importante assim, que é como a minha história me abre para a perspectiva de direitos humanos, e faz com que eu chegasse na política de saúde mental. [Entrevista P6]

Os relatos dos participantes do estudo, seja do segmento das pessoas usuários ou do segmento dos profissionais caminham em consonância com a afirmação de Torre & Amarante (2001, p. 77), “o sujeito não existe a priori – está em constante constituição.” E esses autores acrescentam ainda,

a subjetividade é produto das redes da história; é, então, descentrada do indivíduo, sendo sempre coletiva e nunca individual. É produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias os mais diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de vida. A produção de subjetividade funciona forjando modos de existência, que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Mas, se a subjetividade também não é natural, é produzida, assim como seu padrão ideal, a invenção de formas de vida nada mais é que a produção de subjetividade – a subjetividade passaria a ter uma dimensão estética, com efeitos políticos. A subjetividade não estaria dada, não seria interior ao indivíduo, mas seria produzida pelos vetores mais diversos presentes na coletividade (Torre & Amarante, 2001, p. 76).

Torre & Amarante (2001) discorrem sobre a necessidade de se estabelecer uma nova relação com a loucura a partir da *desconstrução*. Diante dos novos tempos e novos serviços faz-se necessário uma busca pela superação dos paradigmas clássicos da psiquiatria, adotando-se

posturas ético-políticas capazes de fazer crítica à verdade e neutralidade das ciências, problematizar as concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura, a fim de reconstruir a sua complexidade. Nesse sentido, para os autores,

o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo. Isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. Significa ainda abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades (Torre & Amarante, 2001, p.80).

Na análise das narrativas dos sujeitos participantes do estudo é possível perceber que para as pessoas usuárias o engajamento e a vinculação às lutas antimanicomiais perpassam, ao menos em seu início, por vivências a partir das quais puderam experimentar acolhimento, respeito, reforço positivo na experiência com serviços de atenção e, principalmente, a partir da relação com profissionais e trabalhadores da área. Entre os participantes que são profissionais e trabalhadores do setor há referência a vivências participativas anteriores ao início da atuação profissional. São experiências que se iniciam no espaço escolar ainda na infância, na relação com a arte, cultura, com práticas em espaços religiosos etc.

Essas diferenças sobre fatores desencadeadores à participação social, encontradas nas narrativas dos participantes, nos remetem a pensar sobre as condições objetivas e subjetivas que envolvem a participação. Pessoas que possuem uma trajetória de vida marcada pela exclusão social, econômica, educacional, cultural construirão história na participação a partir de como forem apresentadas e estimuladas a isso. Pessoas que estimuladas desde as primeiras experiências de socialização, com acesso a condições de conhecimento e desenvolvimento de consciência crítica para além da realidade a qual estão inseridas, podem desenvolver consciência participativa e inclusiva, adotando essa perspectiva como diretriz à atuação profissional e para a vida.

Ainda, é importante destacar que o lugar que a participação social ocupa na vida dos participantes apresenta-se de forma distinta para pessoas usuárias dos serviços de saúde mental e profissionais. Enquanto para esses, o exercício do direito à participação e a relação com práticas democráticas é tomado como um processo que dialoga com questões relacionadas ao ‘ser, existir e estar’ no mundo como ser social, para as pessoas usuárias, exercer o direito à

participação passa pela experiência de “ser ouvido, ter voz”, depois de anos, décadas, de vivências marcadas pela violação à própria condição humana.

O trecho da narrativa transcrito a seguir é representativo da mudança do “não lugar do louco” na sociedade para o da existência como cidadão, com direito de ocupar e participar de espaços participativos na sociedade e na esfera pública. Trata-se de um depoimento carregado de emoções e significados que talvez a citação não seja capaz de transmitir àqueles que nunca tenham tido o direito de fala cerceado.

[...] a minha transformação começa a partir daí, aquele {Fulano} que viveu a vida inteira trancado em algum lugar, e que ficou preso, minha voz ficou presa por 40 anos, minha voz ficou presa por 40 anos... E hoje quando eu consigo falar, você vê que eu falo sem te dar espaço para você falar. Então hoje, ao falar tudo isso, é exatamente falando sem parar que eu estou vomitando tudo de ruim que eu engoli e que eu não pude falar nada! E chegou um momento que a minha voz, ela pode ser ouvida por alguém. E a partir do momento que alguém deu a oportunidade de ouvir a minha voz, e eu alcancei a liberdade de eu mesmo ouvir a minha voz, que eu não conhecia a minha própria voz – eu não conhecia – aí a partir daí eu comecei a entender que se eu tinha voz, eu tinha que ter voz não para ficar dentro de um manicômio, eu tinha voz para falar fora de um manicômio, por quem ainda está dentro dele. Falar de fora dele por quem ainda está dentro, porque quem está dentro ainda está com a voz ainda presa, ainda está amarrada ali dentro daquele ambiente com a voz presa. Então nós temos que estar aqui fora lutando para não voltar. Eu faço o máximo possível. Tudo o que eu faço hoje, muitas das vezes eu vou levando casos, alguns casos para a Justiça, as pessoas pensam que é uma briga pessoal que eu estou tendo, não é uma briga pessoal que eu estou tendo, é uma proteção que eu estou buscando. [...] E então, quando essa minha fala, ela se abriu para o mundo, eu consegui ver que eu tinha apenas o adoecimento, que eu não era doente, e que eu tinha que contar a história para o mundo! E defender os meus colegas que não podem se defender, porque a gente sabe que tem muita gente aí que até está fora do manicômio, mas o manicômio não está fora dele. [...] eu vou falar para você com muita clareza, hoje fazer isso pra mim é exatamente gozar da liberdade, gozar da liberdade! [Entrevista U6]

A partir da narrativa acima é possível perceber como o participante se apropria e ressignifica a experiência de ter vivido parte da sua vida sem que sua fala, suas necessidades fossem ouvidas. Vasconcelos (2014; 2021) discorre sobre a importância da valorização das narrativas como estratégia de *recory*/recuperação em saúde mental. Trazer à tona vivências difíceis, traumáticas, por mais doloroso que seja, é uma possibilidade de dar sentido e significações a elas na história da própria vida, assim como, ao resignificá-las, é possível traçar um caminho de recuperação, de construção de autoestima, reconhecer-se como sujeito de direitos e político.

Eu participava de um grupo chamado Se Doar, a gente ia em lares, em lares de velinhos, em comunidades, eu me vestia de Papai Noel, ia fazer a alegria

da criançada, mas nunca me vi no lugar deles! Eu passei para o lado deles... A gente pegava, fazia uma arrecadação entre a gente, comprava comida, juntava aquela turma todinha e a gente ia cozinhar no lar dos velhinhos em Taguatinga, no Park Way, que tem umas casas assim. Mas eu sempre me vi do lado de cá, não do lado de lá. Quando eu caí do lado de lá, eu vi o tanto que é sofrido, o tanto que é sofrido. E hoje eu me dedico muito mais, hoje a minha resiliência é maior ainda. Então eu me sinto assim, com privilégio de estar ajudando o próximo, me ajudando, que ocupa a minha mente, eu aprendo cada vez mais, eu leio cada vez mais. Se um dia, quem sabe, amanhã ou depois, hoje eu faria um curso universitário de psicologia. Mesmo se um dia eu chegar à minha condição passada, eu pretendo montar uma casa, mas não manicomial. Seria como se fosse um albergue, eu não queria dar remédio para ninguém, e se desse, seria igual aqui {Caps}, você vai, vem, volta, e vai na hora que você quiser, e chega do jeito que você quer, certo? E alimentar as pessoas. [...] estou lendo um livro agora, eu acho que a educação da saúde mental deveria vir lá no ensino básico para você poder criar um “eu”, criar um “eu” positivo; porque ser não é se conhecer. A primeira coisa que você tem que ver é se conhecer. Hoje esse livro “A fascinante construção do eu”, porque uma coisa que aconteceu comigo, eu perdi meu “eu”. Eu deixei de me gostar, deixei de me amar, deixei de ter resiliência. Hoje já recuperei bastante, muito disso, muito mesmo. Tenho novos amigos, e era para ser até melhor, se não fosse a pandemia. Hoje eu conheço, defendo e ajudo as pessoas. [...] Eu, hoje, eu me sinto privilegiado, já estou com planos de morar só, estou com planos... eu já tenho alguns projetos em mente, estou botando na ponta da caneta, e... se Deus quiser, tudo vai dar certo. Eu me sinto um privilegiado em estar participando desse projeto, dessa ideia desse projeto. E eu vou te falar também outra coisa, eu agarrei mais porque eu vi que o projeto de manicômio é muito doloroso, tá? Aqui mesmo, nessas frasezinhas que nós colocamos aqui {Caps}, um rapaz escreveu que: Loucura não se prende, se controla. E a pessoa quando é presa, ela fica mais agressiva... acho que qualquer animal, qualquer bicho, cachorro, gato, tudo que fica preso, ele se torna mais agressivo. Ele sai de uma razão social, não tem um vínculo social, e a sociedade despreza muito, tem aquele preconceito. E é isso, eu me sinto privilegiado de estar hoje ajudando, participando do projeto. Queria estar participando até mais, até mais. Mas, quem sabe um dia eu me dedico até mais. [Entrevista U4]

Vasconcelos (2014) destaca a importância em publicar narrativas de recuperação e convivência com transtornos mentais, no sentido de dar voz não apenas individualmente às pessoas que sofrem ou já sofreram, que foram silenciadas e marginalizadas da sociedade mais ampla, mas como inspiração e exemplo de que o processo de recuperação de uma vida pessoal e social mais ativa é possível.

Para além da possibilidade individual de cuidar, elaborar e ressignificar experiências dolorosas e difíceis, as narrativas de vida têm o poder de estimular o empoderamento/empowerment de pessoas usuárias na construção de projetos de vida futura. Além disso capacitam quem as viveu a se colocarem como porta vozes mais universais de dimensões do ser humano que nem todos acessam. Ajudam, ainda, a sociedade e os serviços de

saúde mental a perceber como essas dimensões são tratadas nas teorias sobre a subjetividade e no conjunto da vida social (Vasconcelos, 2014, 2021).

Na presente pesquisa, a maioria dos(as) participantes se refere a continuidade na luta pelo direito de cuidado em liberdade, por uma saúde mental antimanicomial, como um projeto de vida para além do individual. Ao contrário, almejam garantir que essa condição seja alcançada pelos pares que ainda se encontram em hospitais psiquiátricos, em espaços e tratamentos manicomializados. Ainda, estão presentes nas narrativas a referência ao sentido de coletividade da vida em sociedade, os ideais de união, fraternidade e solidariedade tão necessários para aplacar o individualismo e a competitividade do projeto neoliberal que nos assola.

[...] então, hoje eu sou um cara que luta e tem sonhos, está produzido e está caminhado para a evolução, e evolução pessoal e profissional. E o meu maior desejo hoje é: Caps em cada cidade satélite, e não um Caps para três, quatro cidades satélite, um Caps em cada cidade satélite, é a minha luta, é o meu objetivo como militante; que a população tenha consciência do que é um tratamento de saúde mental; o fim do último manicômio que existe no Distrito Federal, que é para manter essa luta, também para que as pessoas sejam informadas com relação ao tratamento. Parar com essa hipocrisia de envolver religião com saúde mental que não dá certo, uma coisa não está..., “Ah, mas Jesus é...”. Jesus é bom, mas se você não estiver bem, nem Jesus vai te ajudar. Então, hoje eu estou nessas condições, eu sou essa pessoa. Não sou pessimista, odeio palavrão, odeio ficar com lamúria, reclamando da vida, eu não paro para isso, eu não tenho tempo para isso mais. Eu sou positivo. Se você estiver perto de mim, alguma coisa de bom vai acontecer. [...] Então, estar nesses espaços aí eleva a minha autoestima, faz com que eu acredite em mim e que eu posso, que eu tenho capacidade de atuar naquela situação, e faz me ver que tem uma galera que acredita que eu vou chegar lá e representar eles. Então, é mais ou menos nesse sentido aí: eu me sinto acolhido e.. ao mesmo tempo, eu tenho que acolher. [...] Hoje é tão fácil contar a minha história. Porque assim, antigamente eu choraria por medo de falar isso, hoje eu quero que as pessoas saibam exatamente para elas entenderem que é possível vencer esses obstáculos, e que tem milhares de pessoas sofrendo o que eu sofro na data de hoje, e, com certeza, vai adoecer no futuro, e não ter informação correta de onde procurar ajuda. É o que está acontecendo hoje com o planeta: o ganancioso esconde a verdade para que o pessoal desinformado procure o local errado. Tem sido assim, e parece que vai ser assim por muito tempo. Então eu estou indo contra isso aí. [Entrevista U1]

Eu assim, muita das vezes, eu sempre lutei por aquilo que eu acredito. Inclusive a questão da inclusão social, eu acredito muito que longe da participação coletiva a gente não chega a lugar nenhum. A gente nasceu em grupo, nascemos em sociedade, a gente já nasceu já inserido numa determinada sociedade, então seu eu não fazer nada para as coisas se transformar, eu não posso de maneira nenhuma reclamar do Governo, reclamar do Estado, se eu, se eu sequer, faço a minha parte, então cabe a mim lutar por aquilo que eu acredito, porque se eu não lutar por aquilo que eu acredito, pelas minhas convicções, ninguém vai lutar por aquilo que eu acredito. [...] e eu acho que é por aí, é cada um plantando a sua semente que

as coisas podem acontecer e dar fruto, então não adianta eu só me queixar “ah, o Governo não é bom, o Governo não é isso, o Governo não é aquilo”, realmente existem tantas falhas dentro do Governo, mas também quando a gente não participa do movimento coletivo, da participação social, pode ter certeza que as coisas ficam piores. [...] Eu me sinto assim, muito gratificado com isso, porque é gratificante essa questão de você fazer aquilo que você acredita, porque você confia, que as coisas vão mudar, que as coisas vão se transformar. [Entrevista U5]

[...] E tudo isso daí é interessante participar, eu acho bom, é confortável, porque une, e às vezes a gente tem uma coisa de bom lá no passado, que você teve que negar aquilo tudo ali, você teve que se isolar para poder dizer “eu tô começando uma outra vida”, mas aí você pensava que aquilo tudo era errado, no momento passa ser certo e correto, então você já começa a somar mais uns pontos positivos, é aonde você vai diminuindo a escala negativa. Então eu gostei muito por causa disso. Aí eu conheci o Eduardo {Eduardo Vasconcelos}, conheci outros, e ver quem faz a luta também nos países {estados} deles, igual Bahia, Ceará, peças teatrais, também eu achei interessante, porque você vê a coisa acontecendo assim, uma coisa que de repente aconteceu só dentro da sua mente, você vê acontecendo ao vivo e a cores, e traz a união [Entrevista U3]

É interessante notar como os(as) participantes referem sentirem-se gratos por poderem estar lutando por aquilo que acreditam e pelas experiências que as vivências mais recentes em suas vidas lhes proporcionaram. É fato que o envolvimento em ações de mobilização, capacitação, participação social, oportunizou que conhecessem pares, pessoas que também experimentam processos e dificuldades semelhantes, e outras fora do seu círculo habitual de relações. Nesse sentido, exercer o direito a participação social funcionou como estratégia de recory/recuperação em saúde e como estímulo ao engajamento em lutas sociais por direitos de cidadania para todos.

Muito embora o engajamento em lutas, movimentos e organizações sociais tenham acontecido em momentos diferentes na trajetória de vida dos(as) profissionais e das pessoas usuárias, participantes da pesquisa, foi possível identificar que existe um sentido comum atribuído à participação social, que a relaciona com uma visão de mundo e de sociedade. Nas narrativas dos(as) profissionais, a participação social aparece relacionada diretamente à ideia de uma saúde mental antimanicomial, integrativa e de uma sociedade mais equânime e justa.

Eu acho que não se faz saúde mental sem participação social. A luta antimanicomial, ela nasce, se mantém e se perpetua através da participação social. [...] Eu acho que representa mudar um pouco do mundo. Eu acho que passar pela vida sem ter o objetivo de mudar um pouco do mundo para melhor, pode ser até uma forma de passar pela vida, mas na minha concepção, você precisa ter um ideal, sabe? Você precisa de contribuir positivamente para algo. A gente já tem uma realidade que é destruidora, que é disruptiva demais. Se mais pessoas estiverem comprometidas com a sociedade mais justa, mais

equânime, a gente teria uma realidade de vida melhor para as nossas crianças, para os nossos adolescentes, para o futuro. Então, eu acho que militância, para mim, significa mudar nem que seja um pouquinho do mundo. Eu sei que eu não posso mudar tudo. Então eu escolhi a luta antimanicomial e aqui eu vou me dedicar porque eu realmente acredito que é uma perspectiva de sociedade mais democrática, mais justa, onde a gente pega o sujeito, aquele que historicamente foi negligenciado, foi deixado de lado, foi deixado à parte, a gente trás ele de volta, a gente fala: “Cara, você tem direito. Você tem condição de existir com dignidade”. A gente pode mudar uma vida, a gente pode mudar duas vidas, a gente pode mudar várias vidas. E eu acho que isso precisa ser um ideal assim, a gente precisa de utopias vivas, para que a gente... é um grande símbolo assim, para mim, entender que eu sou agente produtora de mudanças. Eu visualizo uma sociedade, um ideal de sociedade. Eu sei que tem outro modelo disputando com esse ideal de sociedade, que a luta vai ser grande. Não tem só o modelo de ideal que está em jogo, tem outro, o encarcerador, o que não dá direito para as pessoas, um que negligencia as pessoas. Eu não quero esse modelo, mas para não querer, eu vou precisar de lutar para ele não existir. E aí, para ele não existir, eu vou precisar ter um outro modelo. Então eu acho que é uma perspectiva de existir mesmo para mim, de contribuir para o mundo de forma positiva, de... de tentar corrigir um pouco os danos que as pessoas mesmo causaram nas existências uma das outras, e tentar mudar. [Entrevista P3]

Ainda, os(as) profissionais referem-se à participação social não apenas como um compromisso de trabalho, mas como sentido ético-político de vida. Trazem a participação social como parte de suas trajetórias de vida, atrelada a uma visão de mundo que valoriza o coletivo. Neste sentido, acumulam vivências participativas em diferentes espaços e diversos segmentos, e assumem como diretriz de vida a defesa do direito à participação para todos.

E fui tendo uma participação política além da saúde mental. Com a saúde mental é o meu ramo de trabalho. Agora, minha visão de mundo, ou a minha luta, ela vai além desse espaço que eu trabalho. Eu acredito na aproximação das pessoas, na relação entre elas, no respeito pelo outro. Que o respeito pelo outro passa do meu contato com ele, da aceitação que eu tenho dele, e aí que as coisas foram acontecendo naturalmente. [...] eu assim, não acredito que tenha uma participação política na saúde mental. Eu acho que nós somos quem nós somos, é nossa inserção no mundo. Então, lutar com por justiça, direitos humanos, melhores condições de vida, é nossa inserção no mundo! E aí, como a gente não pode fazer tudo – não é? – a gente acaba sendo parte de um determinado segmento [Entrevista P4]

A minha história é meio atravessada por várias participações em vários espaços, eu assim, onde eu estou eu sou inquieta, eu até acho que eu devo ter um...[...] assim, eu tenho essa inquietude, e onde eu estou, por exemplo, aqui no meu condomínio eu faço parte do conselho do condomínio, onde eu entro nas coisas, eu vejo as coisas, eu não aguento ficar quieta. E para mim também, profissionalmente, o que tem me ajudado a seguir nesse processo é essa participação nesses espaços do Movimento, desse processo todo, como também a residência em saúde mental. [Entrevista P1]

Conforme pode ser percebido nas narrativas dos participantes, a participação social também é associada ao sentido de existir em coletividade, à força motriz e diretriz da vida em sociedade. Ela mobiliza outros valores como o respeito pelo outro, a valorização das diferenças e da diversidade. Ela deve nos mover como coletividade.

Ademais, os seres humanos existem e se constituem como sujeitos nas relações sociais. Constituir-se como ser social e sujeito político pressupõe que o sentido de coletividade seja sobrevalorizado em detrimento ao individualismo. E, ampliar a consciência sobre o coletivo e o social passa pela dimensão do entender-se parte desse. E com isso não se trata de negarem-se as individualidades, mas de somá-las em um sentido de sociedade.

[...] Como que eu posso dizer? Eu acho que a dimensão coletiva, para mim, ela é muito importante. Então é a {participação} que tem uma conexão, uma mistura com o coletivo, porque todo esse percurso foi, claro, uma parte subjetiva do meu percurso, porque eu vivenciei, eu experienciei, eu administrei essa relação com o mundo, digamos assim, de alguma forma, mas ela sempre foi coletiva, sabe? Então, eu e o coletivo, eu não consigo me distinguir do coletivo, porque se não existisse o coletivo também eu não existiria, se eu não tivesse encontrado outras pessoas para poder refletir, talvez a minha reflexão também ficasse limitada. Então, eu consigo me enxergar como alguém... como mais um que contribui. Claro que em alguns momentos há um nível de iniciativa pra que as coisas também se mobilizem, mas eu acho que é só a iniciativa, a “fundativa”, digamos assim, necessariamente, ela é sempre coletiva, a gente está misturado com o outro, porque se a gente não estiver, a gente não dá conta de fazer nada sozinho. [...] eu acho que não sei se tem mais alguma coisa a dizer... a não ser que acredito muito que a gente nunca possa perder a esperança. É isso. Podem tirar tudo da gente, menos a esperança. Se tirar a esperança a gente... É isso, me parece que se tem um sentido na vida é esperar. Como diria Paulo Freire: é tornar a esperança um verbo, no sentido do esperar mesmo. E acho que esse é o horizonte que nos guia, quanto mais difícil está, mais esperança a gente tem que ter. Não é o contrário, né? Porque às vezes a gente pensa que está muito difícil agora, e aí eu não estou dando conta... Embora seja difícil também isso, mas eu acho que é isso, quanto mais difícil está, mais esperança a gente tem que ter, mais força de alguma forma a gente tem que arrumar para dar conta de superar essa fase difícil. [Entrevista P6]

Buscar caminhos mais coletivos para a saúde mental deve ser o norte das ações nos serviços de atenção para fomentar a participação e o protagonismo de pessoas usuárias nos espaços participativos das políticas sociais. Essa dimensão coletiva é necessária para o cuidado e para a organização política de trabalhadores(as), pessoas usuárias e familiares, que juntos vêm construindo resistências, mudanças na política e esperanças uma Raps mais integrada e interligada a outras redes e serviços.

4.2 Condições objetivas e subjetivas ao engajamento e à vinculação às lutas sociais por uma política de saúde mental integral e participativa

Quando falamos sobre participação social em saúde mental temos alguns elementos a considerar. Primeiro, devemos fazer referência ao recente reconhecimento legal desse grupo de pessoas à categoria de sujeitos de direitos na democracia capitalista. Ainda, é preciso ressaltar que mesmo com a entrada em vigor da Lei 13.146/2015 – conhecida como Lei Brasileira da Inclusão (LBI), que ratifica a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nem todas as pessoas acessam a condição de sujeitos de direitos na saúde mental.

A LBI representa importante avanço no reconhecimento dos direitos e das capacidades das pessoas com deficiência (PCD), ao incluir em sua definição de PCD todas as pessoas com “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” (Art. 2º), exigindo que o Estado adote medidas apropriadas para prover o acesso de PCDs ao apoio que necessitem no exercício de sua capacidade legal. Em termos práticos, a legislação substituiu o instituto jurídico da curatela e da interdição pela Tomada de Decisão Apoiada (TDA)²⁷, que tem por objetivo “fortalecer e ampliar o protagonismo, a dignidade e a autonomia da pessoa com deficiência” (Vasconcelos, 2021, p. 145).

No Brasil o recurso jurídico da TDA ainda encontra muitos obstáculos legais ao interagir com normas do Código Civil de 2002 e do Código de Processo Civil de 2015, gerando um campo de ambiguidades e diferentes interpretações por parte dos juristas e membros do sistema judiciário, dificultando o acesso a direitos que garantam uma vida mais digna, mais autônoma e com protagonismo para as pessoas em sofrimento mental. Ademais, para além do reconhecimento das capacidades e dos direitos dessas pessoas, convivemos em sociedade com o estigma em torno da loucura e da saúde mental e, conseqüentemente, com um grau elevado de preconceito para com às pessoas que buscam pelos serviços de atenção em saúde mental.

Nesse sentido é preciso considerar especificidades em relação ao grupo de pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. Muito embora todos tenhamos demandas de saúde mental e possamos necessitar de serviços de atenção e cuidado, recai sobre às pessoas com

²⁷ Diferente da curatela, que é medida que pode ser proposta por familiar e precisa de pelo menos um curador da família, que vai decidir pela pessoa, substituindo-a em suas vontades, a TDA pode ser proposta pela própria pessoa com deficiência, necessitando de dois apoiadores, que podem ser qualquer pessoa idônea, com vínculo e de confiança da PCD. A TDA pode perdurar pelo tempo que a PCD entender necessário e o(s) apoiador(es) auxiliam a pessoa a tomar as decisões, respeitando suas vontades e preferências.

deficiências intelectuais, em sofrimento psíquico grave, muitos mais estigmas e preconceitos que dificultam o acesso aos direitos e ao exercício da cidadania.

Amarante & Torre (2018), destacam que as pessoas em sofrimento mental pertencem a um grupo social submetido a formas de opressão, segregação, discriminação e cuja condição existencial é marcada pela pobreza extrema, pelo racismo estrutural, por relações opressivas e violências de gênero, além de uma condição de saúde, em muitos casos, marcada por impedimentos de longa duração, como nos casos de deficiências e tipos de sofrimento mental mais severos. São pessoas submetidas a mais variadas formas de exclusão e que, internadas em instituições fechadas e distantes, estiveram impedidas de contato social, de fazer escolhas a respeito da própria vida e de participar de decisões públicas sobre a vida na cidade.

Nesse sentido, torna-se importante conhecer quem é o sujeito individual e coletivo que participa na saúde mental? Como ele participa? Quais os condicionantes que influenciam para que participe dos espaços públicos de luta da sociedade civil? Ou seja, é preciso identificar em uma situação concreta e histórica quem são os sujeitos que dela participam, se o fazem de forma isolada ou em grupo, voluntária ou condicionada, assim como o objetivo da participação, se é voltada a interesses individuais, egoístas ou se acontece de forma solidária e coletiva. Ainda, qual o sentido da participação? Se tem por objetivo a manutenção, o aprimoramento ou a transformação total da situação em foco (Vasconcellos, 2021).

Além disso, o papel das instâncias participativas e o grau de reconhecimento e legitimidade que lhes são atribuídos é outro fator a ser ponderado. Os espaços participativos podem ter um reconhecimento apenas formal e não promoverem de fato a participação. A forma como esses espaços mobilizam, organizam e promovem debates pode ser mais ou menos inclusiva. Na saúde mental, em muitos casos, as pessoas têm dificuldades com a expressão da oralidade que é valorizada nos espaços institucionalizados de participação social e sentem-se inibidas a participar. Por isso é importante que estratégias que favoreçam outras formas de expressão como aquelas ligadas a arte e cultura, com técnicas como o teatro do oprimido, declamação de poesias, letras de músicas, sejam consideradas e incluídas nas formas de participação em saúde mental.

Segundo Vasconcellos (2021), uma cultura de ativismo popular predominantemente prática e oral, de expressão letrada pouco complexa e fortemente baseada na interação e troca social intensa, em projetos de trabalho e renda, expressões musicais, teatrais, festivas, religiosas e no humor constitui-se como um dos traços do ativismo social e político das classes populares

no Brasil e na América Latina e aparece fortemente como estratégia de protagonismo no campo da saúde mental.

Buscamos identificar nas narrativas dos(as) participantes deste estudo condições objetivas e subjetivas que apontem para elementos necessários à participação social em saúde mental. Dentre esses encontram-se elementos da ordem da garantia da sobrevivência material e elementos que apontam para estímulos afetivos, emocionais, psicológicos, capazes de despertar o engajamento em ações coletivas e de luta social.

Nas narrativas da maioria das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental são destacados estímulos da ordem do afeto, do reconhecimento da capacidade e das condições do fazer, do cuidado integral com a saúde:

Você sabe uma coisa, a gente não deve se engrandecer, tá? Mas ser elogiado é muito bom para as pessoas que não tiveram nada, que teve tudo, perdeu tudo e hoje está recuperando, e às vezes recebe um elogio. Isso nos engrandece, nos fortalece. [...] Aqui mesmo, eu já ouvi que eu e o nosso outro amigo aqui, que nós somos um dos orgulhos do Caps daqui. Eu já ouvi aqui que a gente enobrece os corações por causa da nossa luta pela gente mesmo, a favor dos outros. [Entrevista U4]

No Caps eu chegava lá com dor de barriga, ou com qualquer dor, eles me enfiavam dentro de uma ambulância, e levavam para o hospital, e eu só saía de lá bom, medicado ou estabilizado [...] no tratamento de Caps eu tinha todos os cuidados necessários, clínico, psicólogo, psiquiátrico e social. A assistente social começou a criar situações para eu ser reinserido na sociedade. A psicóloga me ajudou a organizar o grande problema na minha vida que fazia eu usar álcool e drogas, que era o transtorno de ansiedade, e isso me causava ejaculação... [Entrevista U1]

Então, a partir do momento que as pessoas disseram: “Você tem capacidade, você pode fazer isso!” Você se torna outra pessoa. Quando você só diz: “você tem que fazer isso”, você tem... Não pode, você tem..., você está dando ordem. Quando você pode, você está dando liberdade. Se a pessoa puder, ele faz; se ele não puder, problema! Está tudo certo. Então, quando você pode, você está dando liberdade. [Entrevista U6]

Esse olhar para as pessoas em sofrimento mental é parte da desconstrução sobre a loucura e sobre o sujeito louco que é apontado por Torre & Amarante (2018) como necessário para que outras construções sobre a pessoa e suas potencialidades sejam possíveis. Contribuir para a construção da emancipação e do protagonismo de pessoas usuárias na saúde mental requer acreditar e trabalhar sob a diretriz do respeito à autonomia e a condição de sujeito cidadão. Conforme destacam os autores,

Essa é uma questão fundamental, pois é o movimento de tomada de responsabilidade individual e coletiva que se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. O trajeto que

compreende da saída da condição de sujeitado, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito. (Torre & Amarante, 2001, p. 81)

Mas a participação social também tem a sua dimensão concreta, que requer condições objetivas à sua realização. Participar de atos públicos, mobilizações, manifestações, integrar mecanismos de controle social pressupõe a existência de condições materiais capazes de garantir deslocamento geográfico, acesso a meios de comunicação, meios de transporte, disponibilidade de tempo, além do acesso a informações e conhecimentos que fazem parte da ação participativa. Para muitas pessoas usuárias(os) dos serviços de saúde mental essas condições não estão dadas e/ou inexistem, pois além das dificuldades enfrentadas para suprir suas necessidades sobrevivência (moradia, renda, alimentação) existem as dificuldades no acesso e garantia de outros direitos sociais elementares ao exercício da cidadania como educação de qualidade, transporte, equipamentos culturais. O trecho da narrativa que segue explicita essa realidade.

[...] Porque assim, eu falo de um lugar de muito privilégio, né? Eu falo de um lugar de uma mulher que é servidora pública, emancipada, independente. Então assim, eu tenho uma série de coisas que favorecem para que eu esteja na militância. Mas eu acho que é muito romântico a gente falar que condições materiais assim, não sejam necessárias. Eu acho que talvez dizer que a militância, ela só vai existir se tiverem condições materiais, eu não diria, por quê? Porque a militância, ela não é um título. Ela é um trabalho que exige tempo, esforço e energia. E tempo, esforço e energia não remunerados. A gente não ganha para militar. E aí, nesse sentido, por exemplo, para a gente garantir que os usuários, eles vão num congresso, não dá para simplesmente falar: “Paga a sua passagem”, igual eu pago a minha. Eu tenho que conseguir um ônibus, eu tenho que conseguir alimentação, porque eles não têm dinheiro para comprar comida lá. Eu tenho que conseguir uma estadia se for ficar mais de um dia. Então, se eu não conseguir nada disso, vão poucas pessoas. De fato e de verdade, vão poucas pessoas. Então a gente precisa sim de algumas condições materiais, físicas, financeiras para garantir que mais pessoas tenham condição de conhecer, de se engajar, de estar nos eventos, de estar nas ações. Para mim é muito mais uma questão de busca pessoal mesmo e de compromisso de ética de vida. Outras pessoas também têm esse desejo, também têm essa ética. Mas, ele mora longe, ele não tem dinheiro, não tem gasolina, não tem transporte para vir na reunião do movimento no final de semana. O que é que o movimento vai fazer? A gente vende camisetas, a gente consegue uma verba. Então precisa de uma grana sim, precisa de dinheiro, precisa de um ônibus, precisa de uma alimentação. Algumas questões são necessárias sim, porque principalmente as pessoas que são menos privilegiadas do que eu, elas precisam dessas garantias. Porque não dá para

contar só com essa visão romântica, com esse desejo pessoal, isso, também, eu vejo que é uma alienação, achar que é só um ser especial. Não é! Para algumas pessoas é fundamental algumas garantias sim. [Entrevista P3]

Participantes do estudo, pessoas usuárias dos serviços de saúde mental também fazem referências às condições objetivas à participação social, destacando a necessidade da existência de políticas públicas que garantam acesso aos direitos sociais como transporte, educação, cultura, lazer, esporte:

[...] às vezes a pessoa tem um tratamento, no Caps, assim, por exemplo, ele tem que ir e voltar. Têm pessoas que têm um estado momentâneo, mas têm outros que já está crítico há muito tempo, esse momentâneo então é que às vezes ele tá querendo buscar o tratamento e não consegue... a pessoa tem que estar ali no tratamento, pelo menos 2, 3 vezes na semana. Então pelo menos nesse período, era direito, né, a pessoa ter esse transporte, essa carteirinha... [Entrevista U3]

[..] Como no meu caso, eu ainda não tenho curso superior nessa área, mas mais curso que me capacitasse mais, que eu pudesse ajudar mais, são cursos que eu acho que o Governo não... as ONGs... não custam tanto para eles, e a gente ajudaria também muito mais pessoas, muito mais amigos. Ia ter menos pessoas na rua, ia ter menos prisões. Prisões principalmente tinha que ter um uma terapia, não só na... porque em prisões geralmente só é NA – Narcóticos Anônimos. Não, não. Porque tem muita gente presa que não usa droga, sabia? [...] Até um centro esportivo para a gente seria bom, você está entendendo? Porque geralmente todo mundo fala assim: “Vamos bater uma bola?”, depois da bola uma cervejada, né? Nós não, ia bater a bola, ia comer uma pipoca, quem sabe até tapioca, e criava um rol de amigos totalmente diferente, totalmente apassivo, alegre, ia sorrir do mesmo jeito, sem droga, iríamos cantar mais. A gente gosta muito de cantar aqui. E é isso. [Entrevista U4]

A garantia ao acesso à educação, cultura, lazer, esporte além de constituírem direitos de cidadania é parte das necessidades de realização da vida do sujeito. Todos desejamos e buscamos uma vida plena em suas possibilidades objetivas e subjetivas de realização. A condição de pessoa em sofrimento mental não retira a capacidade de sonhar, de realizar sonhos, de buscar outras possibilidades de ser e de relacionar-se em sociedade. Quando a vida em sociedade é definida por um sistema que reconhece e padroniza a existência em modelos únicos de família, de trabalho, de educação, de comunicação, de relações sociais, desconsidera-se a diversidade das possibilidades do existir em sociedade. Pessoas que não se adaptam ao padrão estabelecido sofrem com preconceitos, exclusão e são vítimas de várias formas de violência.

Nesse sentido, a participação em saúde mental precisa ultrapassar as dimensões padronizadas estabelecidas pelo sistema participativo da sociedade civil na esfera pública. É necessário criar estratégias de participação que valorize outros recursos que não apenas a

linguagem formal, articulada, conexa, na sua forma verbal. É preciso construir outras possibilidades de comunicação de interesses, desejos e necessidades que sejam capazes de abarcar as demandas da saúde mental.

Participantes do estudo apontam para a necessidade de que as ações participativas sejam planejadas e realizadas considerando às condições e possibilidades das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. Nas narrativas de pessoas usuárias e profissionais destacadas a seguir pode-se observar a referência a experiências realizadas no âmbito do DF, que contaram com o envolvimento de diferentes instituições e se constituíram em ações históricas e relevantes à participação social na saúde mental. Destaque é dado para a iniciativa do Obsam em promover o curso de facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuo, assim como para outras iniciativas de formação política e de participação e envolvimento de pessoas usuárias, realizadas a partir da integração de instituições formativas como as universidades, instituições, grupos e coletivos da sociedade civil e serviços da Raps.

[...] Tenha condições de falar também. Tem gente, tem colega que consegue falar do que ele precisa e do que os outros precisam, mas já têm uns que não conseguem." [...] a gente precisa desses grupos, desses observatórios, de um Paulo Delgado, de uma assistente social, de um terapeuta, e pessoas voltando a esse grupo do Obsam [Entrevista U3]

[...] E aí, assim, eu acho que a partir do Obsam, eu falo que o Obsam, ele teve, naquele momento histórico ali, ele teve uma importância enorme de movimentar essa rede de articulação entre os Caps, e entre os usuários também, e começar a fomentar a importância da gente se organizar, enquanto trabalhadores também, enquanto usuários. E é isso. E aí, de lá para cá, eu falo que ter estado nesse processo de participação, de formação, e estar no movimento {Movimento Pró Saúde Mental do DF}, também uma coisa que me alimenta e me dá força para continuar no CAPS, porque não é fácil estar nesse lugar. [Entrevista P1]

[..] eu acho que a Inverso²⁸, sem sombra de dúvida, muito mais do que os serviços, foi o espaço... que deixou claro que o cuidado só faz sentido com a participação, acima de tudo, de quem está experienciando o sofrimento, quem está experienciando o estigma, está experienciando a exclusão, que a única resposta possível para o silenciamento histórico do sofrimento psíquico intenso é a interlocução. [...] E, justamente por ser um espaço que a gente não está lá nesse lugar clássico da clínica, do cuidado, a gente está lá para estar juntos, para conviver. [...] A Inverso começa então tendo esse lugar, que também me apresentou o Movimento. Na época, o movimento Pró Saúde Mental era sediado na inverso, então, também começa minha atuação política. A gente começa aí, desde 2003, comemorar juntos o 18 de maio entre outras atividades. [Entrevista P5]

²⁸ Organização da Sociedade Civil da Saúde Mental que funciona como único Centro de Convivência e Cultura do DF. Foi idealizada e criada por militantes da saúde mental em 2001. Esta organização tem importante papel na articulação de pessoas comprometidas com a desinstitucionalização, a Reforma Psiquiátrica e novas formas de cuidado em saúde mental. Para saber mais ver Faleiros et al., 2017.

[...] a TV Pinel²⁹ veio para cá, para ser a madrinha mesmo, parceira de um projeto, foi uma sugestão dessa ONG [Inverso], para criação de um núcleo de comunicação comunitária em saúde mental. Então eles passaram uma semana aqui com a gente. Aí um grupo de profissionais, frequentadores, alunos interessados, nós passamos essa semana com a TV Pinel, nós produzimos dois vídeos, todo o processo de criação da história, do texto à produção, filmagem, edição. A TV Pinel era sensacional, assim, numa perspectiva muito rica de construção coletiva mesmo - cada um escolhe, inclusive, os papéis que quer assumir: eu quero trabalhar na produção, eu quero trabalhar na edição, eu quero ser ator, eu quero ser o repórter... [Entrevista P5]

Outra questão apontada pelos participantes do estudo diz respeito as particularidades e características das pessoas em sofrimento psíquico no exercício da participação social. Pessoas com histórico de uso abusivo de álcool e drogas enfrentam dificuldades por vezes diversas daquelas enfrentadas por quem sofre em decorrência de deficiências e/ou transtornos mentais graves, crônicos.

E eu vejo assim, que os Caps AD, eles têm mais facilidade para falar do que os que são dos Caps com transtorno. E não é nem porque uns são menos ou mais, é porque quando... eu vejo assim, que no transtorno, quando a pessoa consegue se empoderar, ela acaba caminhando como aconteceu com uma das nossas do Ajuda Mútua, ela caminha e vai. E aí o do AD {usuário(a) do Caps Ad}, talvez pela história dele, que ele tenha talvez medo das recaídas, parece que eles se envolvem mais ou eles são mais da militância mesmo. Eu sentia que aqui no DF faltava muito isso com os usuários do transtorno mesmo – sabe? – do sofrimento psíquico. Eles ainda precisam se empoderar mais. E agora eu não sei ainda como vai ser, mas o Ajuda Mútua foi para mim foi um pontapé, assim, que ampliou. E ampliou também essa articulação entre os CAPS que não existia, quase, só existia ligado um pouco ao futebol. Eles tinham um campeonato de futebol em que misturava um pouco. Mas em relação a grupos de fala e de participação, era muito assim, aquém do que poderia ser. [Entrevista P2]

Não obstante, destacadas as singularidades entre as pessoas usuárias de serviços de saúde mental, todas sofrem discriminações e têm limitações no acesso ao direito à participação social dada a sua condição de vulnerabilidade social e econômica. Fato é que essas pessoas encontram muito mais dificuldades de participar, seja pela sua condição de saúde/adoecimento, seja pela própria estrutura e organização social, que prioriza determinadas formas de participação, principalmente no que se refere a participação social na esfera pública.

²⁹ A TV Pinel é um projeto de Tv Comunitária, criada em 1996 e que funcionou até 2014, orientada pelos preceitos que regem a reforma psiquiátrica brasileira e no contexto da democratização da comunicação. O projeto atuou com produções que tinham o objetivo de romper estigmas, mostrar o potencial criativo de pessoas em sofrimento psíquico, por meio da inclusão de suas linguagens e de promover um trabalho artístico, cultural e psicossocial (Bonfim, 2021). Sobre o projeto e suas realizações ver Soares (2004) e Araújo; Nabuco, (2013).

O trecho da narrativa a seguir contempla reflexão ampla e crítica sobre as dificuldades relacionadas à existência na sociedade capitalista e como se espera que todas as pessoas vivam da mesma forma no cotidiano. Em geral, a forma como concebemos a participação em saúde mental não contempla as singularidades e condições das pessoas em sofrimento psíquico, pois espera-se dessas pessoas uma organização racional e operacional da vida que não lhes é característica e muitas vezes nem possível. Dessa forma, os mecanismos institucionalizados e legitimados a operar a participação social em saúde configuram-se como espaços insuficientes para abarcar a pluralidade das formas de participação. Constituem-se, assim, em estratégias que mais excluem que incluem as pessoas que essencialmente deveriam opinar, decidir, escolher, participar das decisões sobre seu tratamento e sobre a política pública de saúde.

O tempo da pessoa em profundo sofrimento psíquico não é mesmo tempo que eu tenho se eu não estiver num sofrimento psíquico profundo. Não há um nível de competitividade nas pessoas em sofrimento psíquico, segue uma ordem que não a qual eu estou acostumado a estar. O tempo de quem vive em sofrimento psíquico não é o mesmo tempo que eu estou acostumado a funcionar. E administrar tudo isso é muito complexo, então se eu parto desse pressuposto que a gente vive na sociedade uma maneira que me permita a estar mais acessivo nos serviços ou em qualquer dispositivo, em qualquer organização que eu esteja, primeiramente, penso eu, é você ter uma clareza de problematização dessa sociedade que você vive, de que: viver em disputa é ruim, de que ter tempo é fundamental para a vida, ter tempo de ociosidade é fundamental para a vida, viver em competição é péssimo, estar num mundo onde só cabe raciocínio lógico também é excludente. Então, se eu, enquanto trabalhador ou trabalhadora, eu não tenho uma problematização sobre o mundo que eu vivo, penso eu que a chance de você violar, excluir e continuar não aceitando a diversidade ou o tempo diferente do seu funcionamento não lógico, que também é diferente do seu, é muito grande. Então não tem como você ter um trabalho antimanicomial, se você não tiver, antes disso, uma problematização sobre o que gera sofrimento. E penso eu que o que gera sofrimento são as condições de vida que nós levamos enquanto sociedade. Então não basta ser trabalhador ou trabalhadora e se intitular antimanicomial se, de fato, você não for um questionador dos geradores de sofrimento social. Então, acho que essa é uma dimensão bem importante que vai, em alguma medida, falar das dificuldades, da interação, das possíveis dificuldades de interação desses profissionais com as pessoas que fazem uso do serviço. E como que essa dificuldade se expõe? É isso, em se incomodar com a fala lenta de alguém, com a fala não lógica de alguém, com o tempo que demora essa fala, com a divagação que às vezes a pessoa tem, e tudo isso é da ordem do humano. Esse modelo de ser humano que inventaram para nós, ele faz parte de uma cultura e de um funcionamento de um pensamento hegemônico que é o capitalismo. Então, tolher a fala de uma pessoa que faz uso do serviço me parece que tem muito mais coisas embutidas nisso, sabe? Que é a própria avaliação do mundo em que se vive, ou a não avaliação do mundo em que se vive e do que esse mundo representa na formatação da minha disposição para o outro, da minha relação para o outro. [Entrevista P6]

Muito embora a realidade ainda pouco inclusiva no que se refere a diversidade das formas de participação social na esfera pública, principalmente no que se refere ao planejamento e avaliação de políticas sociais, as experiências que vem sendo desenvolvidas no âmbito do movimento da RPB e da luta antimanicomial, que valorizam formas de participação pela arte, cultura podem ser exemplos para repensar a participação social no SUS, no sentido da crítica à sua burocratização e de efetivamente concretizar-se uma participação social mais abrangente, popular e comunitária.

Defender e lutar por uma participação social mais popular e comunitária, desburocratizada e autônoma em relação a gestão governamental e dos interesses privados do capital deve ser central para qualquer política de saúde, que se pretende universalista e inclusiva, e que luta contra a tecnificação e contra a verticalização de poder. Este é um dos princípios fundamentais e democráticos do SUS (Amarante & Torre, 2018).

Ainda, a trajetória de construção e implementação da PNSM brasileira tem revelado que é preciso que a luta por uma saúde mental antimanicomial esteja articulada às lutas de vários outros movimentos sociais, que reivindicam por cidadania e pela construção de uma sociedade mais justa. Isso porque, “a luta contra a segregação não pode ser feita de forma isolada, porque ela está associada a várias outras formas de dominação e exclusão econômica, social, étnica e de gênero” (Vasconcelos, 2014, p. 189).

O envolvimento em espaços participativos e representativos, em atos de mobilização e lutas sociais deve ser compreendido como uma estratégia de construção de emancipação e autonomia, de protagonismo e reconstrução de identidade social dentro de uma ótica de “reinvenção da cidadania”. Nesse processo, para além do desafio de lidar com as características próprias aos sujeitos que sofrem com o adoecimento mental, com as marcas, consequências e/ou sequelas do sofrimento prolongado, entre elas a exclusão social, é preciso lutar por espaços e formas de participação social que estimulem o protagonismo, a emancipação e a autonomia das pessoas usuárias.

Esse é um desafio que envolve uma mudança na forma de compreender o(a) usuário(a) como um sujeito ativo, capaz de realizar ações e tarefas, com desejos, vontades, forma de pensar e agir em relação a si e ao coletivo, no sentido de que “a construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de “usuário-objeto” e a criação de formas concretas que produzam um “usuário-ator”, sujeito político” (Amarante & Torre, 2018, p.1098).

4.3 Dificuldades para o protagonismo de pessoas usuárias nas lutas por uma saúde mental antimanicomial

Para falarmos sobre protagonismo e autonomia de pessoas em sofrimento mental, usuárias(os) de serviços de saúde mental, é necessário considerar que, historicamente, a forma como a sociedade tratou a questão da loucura e do adoecimento psíquico retirou-lhes a prerrogativa de sujeito da própria vida, tanto no que se refere às suas capacidades cívicas, com o instituto da curatela, quanto em relação às possibilidades de tratamento e interação social, com a instituição do manicômio.

Cabe lembrar aqui que a apropriação da loucura pelos saberes médicos tradicionais da psiquiatria, ancorados em uma moralidade ditada pelos bons costumes, pela ordem e pelo trabalho produtivo, a transformou em doença, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão. Essa forma de conceber e “tratar” as doenças e o sofrimento mental prolongado fez com que os diferentes laços de construção e pertencimento humanos, quando existentes, fossem sendo violentamente enfraquecidos, esvaziados e/ou mesmo impossibilitados de se fortalecerem no seio das relações familiares e sociais (Lüchmann & Rodrigues, 2007).

O paradigma psiquiátrico definiu o isolamento social do louco como a base do tratamento à loucura. Isso transformou o manicômio em seu espaço de excelência e gerou a retirada do louco da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura, da vida social, negando-lhe a possibilidade de participar do pacto social e das relações sociais. A institucionalização produzida em espaços de isolamento, manicomiais, configura-se numa verdadeira máquina de desfiguração da subjetividade e produz a ‘dessubjetivação’, ‘des-historização’, perda das redes de relações, selando uma espécie de morte social para os sujeitos considerados alienados ou doentes mentais (Amarante & Torre, 2018). É importante destacar que a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social, constituindo-se como produto das redes e relações sócio-históricas (Guattari, 1986). Nessa direção, não é natural e nem estaria dada, mas é produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de vida (Torre & Amarante, 2001).

O trecho da narrativa a seguir remete à reflexão para a possibilidade de reprodução de práticas manicomiais a que estamos sujeitos vivenciar e reproduzir em nosso cotidiano. Elas

não acontecem apenas em espaços físicos manicomialmente como hospitais psiquiátricos, encontram-se, em suas mais variadas formas, no interior da nossa formação social.

[...] quando eu falo de manicômio, a gente, quando a gente fala de manicômio, a gente tem que ter muita consciência o que é que é um manicômio. Se a casa da gente é um manicômio, ou se é o hospital que é o manicômio. Não é só o hospital, a casa da gente também é, depende da ação de quem está dentro dela. O que ele faz dentro daquela casa com quem está junto com ele, ele pode transformar a casa num manicômio também. [...] acho que se a gente não tiver a liberdade de falar o que a gente pensa, se não tiver a liberdade de criar... é claro que a gente também não pode falar..., a gente às vezes pode falar, pensar uma bobagem, é claro que isso não é uma... a gente não vai estar andando e falando o que não é legal. Porque a gente sabe que tudo a gente pode, mas nem tudo se convém. [Entrevista U6]

Além das dificuldades encontradas nas estruturas institucionalizadas dos serviços de atenção psicossocial pessoas em sofrimento psíquico convivem no dia a dia com situações de estigmas e preconceitos, que geram insegurança, violências e são agravantes nos processos de adoecimento ou obstáculos ao processo de emancipação. Não obstante, é importante considerar que no campo mental existe uma complexidade no processo saúde doença que ultrapassa o orgânico simples. O trecho da narrativa a seguir descreve uma situação vivenciada por um dos participantes deste estudo, usuário de serviço de saúde mental, na sua relação com si, seu processo de recuperação, de construção de autonomia, exercício de cidadania e o todo social.

[...] igual o Paulo Delgado, essa coisa toda, aí um dia eu falei “Não, vou entrar na fila e vou dar um abraço para esse homem aqui”, porque eu não sei nem se ele mesmo me entendeu o que eu falei ali na muvuca das pessoas, mas aí você quer dar um abraço, as pessoas pensam que você quer agredir. Ainda tem isso. Ainda tem esse lado. Apesar do fiscal observando, porque a gente é sempre isso aí, “O quê que esse cara quer?”, “O quê que ele vai fazer?”. Eu falei “Ah, deu vontade, eu vou.” [...] aí eu acho que comentaram que eu ia, né, aí ficou assim meio... é nessa hora que você fica assim, será que eu estou em crise, será que eu estou começando de novo, entendeu? Quando você consegue tocar ao ponto da insegurança, e as pessoas em volta, aí você tem que se segurar e falar: “Falei que vou, eu vou, vou lá e vou, pronto”. Fui lá abracei ele, falei, não sei se ele entendeu [...], então quer dizer mesmo nessa hora, pelo menos uma palavra de apoio [Entrevista U3]

É interessante destacar que neste caso, a pessoa conseguiu acionar seus recursos emocionais diante da situação vivenciada e que esses possibilitaram identificar o que acontecia e mesmo assim manter a intensão de realizar o desejo pretendido. Por vezes, em situação similar, não seria possível concluir com êxito ao que se propôs, pois experienciar atos desmobilizadores, de preconceito e estigma fragilizam, bloqueiam, impedem a concretização do planejado, além de serem gatilhos para crises e/ou agravamento do adoecimento emocional.

Nesse caminho, apreender os processos que envolvem o adoecimento e a recuperação em saúde mental e criar práticas de atenção e cuidado inovadoras requer uma consciência crítica às normas e padrões sociais. Isso porque, “o que parece desvio quando se coloca em relação a uma norma, se mostra como outra linguagem, outros caminhos neurais e de aprendizagem cultural, outras subjetividades” (Torre & Amarante, 2001, p. 78).

Costa; Paulon chamam atenção para o fato de que “não basta apenas avançarmos na formulação e na aprovação de programas e políticas públicas de saúde mental se não atentarmos para a dimensão micropolítica de produção de subjetividade” (2012 p. 573). Nesse sentido, muito embora se tenha avançado no terreno macropolítico, através de conquistas importantes como a Lei 10.216/2001 e a institucionalização da RAPS, “ainda enfrentamos os perigos da reprodução da instituição invisível (manicomial) nos novos equipamentos, como CAPS, criados para romper a histórica lógica tutelar de atenção à pessoa portadora de sofrimento psíquico” (Costa; Paulon, 2012, p.573).

Não obstante, a compreensão de que o sujeito político, participativo é formado nas relações sociais cotidianas a que tem acesso e experimenta deve fazer parte da concepção dos serviços de atenção e da ação dos(as) trabalhadores(as) que se propõem atuar para a emancipação e cidadania de pessoas usuárias de serviços de saúde mental.

Para as pessoas que se encontram em sofrimento mental prolongado a construção do ser sujeito, do ser político é muito mais desafiadora em decorrência do preconceito e da exclusão que vivenciam. Para frequentadores(as) dos serviços de saúde mental a forma como esse processo de construção do empoderamento vai acontecer dependerá das experiências de acolhida e das relações com trabalhadores(as) dos serviços. Esses serviços e suas equipes profissionais precisam estarem abertos a experimentar uma nova práxis em saúde, para que possam ser verdadeiros espaços antimanicomiais.

O trecho da narrativa a seguir contempla reflexão crítica no que diz respeito a atuação em espaços e serviços de atenção psicossocial no sentido da construção de práticas efetivamente respeitadas e capazes de promover autonomia, emancipação, protagonismo.

Olha, a gente vem aqui, aqui é bem tratado, aqui a gente sente bem {referência a projeto de acolhimento psicossocial}. Assim que eu saio daqui, é o motorista do ônibus, é o cobrador, é a minha família, é o moço na padaria, eu sou desrespeitada das mais diversas formas, e a gente fala assim: “não adianta fazer isso só aqui”, essa violação cotidiana dos direitos humanos, esse estigma, isso é potencialmente mais produtor de sofrimento do que o próprio sintético, ou está na base do próprio sintoma. [...] Meu doutorado, mais para frente, eu vou colocar justamente em questão um certo modo de fazer clínica, histórico, que é muito mais silenciador para adaptar o outro, é supostamente o que ele

deveria ser do que efetivamente uma clínica que convida a pessoa ao seu erguimento, a se sustentar enquanto sujeito no mundo, e em relação no território onde a gente vive, enfim. [...] Nós somos insuficientes nos dois sentidos, no sentido de que tem um frequentador, sem a sua participação a gente tem muito pouco a oferecer, e só a nossa formação profissional não dá conta de jeito nenhum, dada a complexidade do humano e do seu sofrimento na articulação do social, que é um dos sofrimentos que se constrói. [...] Como é que a gente leva, então, essa forma de convivência igualitária, que reconhece a igualdade e a diferença entre os seres humanos, fraterna? Porque quem tem dificuldades só faz sentido em relações horizontais e solidárias. Como é que a gente leva essa lógica para dentro dos serviços? [Entrevista P5]

Nessa direção, o sentido da complexidade que envolve o campo da saúde mental e a RPB perpassa não apenas pelo fechamento dos espaços manicomial e a desinstitucionalização, mas, essencialmente, pela construção de novos conceitos, novas práticas, novos espaços de cuidado e novas formas de lidar com a loucura. Trata-se de uma luta social de maior abrangência, no sentido da elaboração de uma nova cultura e uma nova forma de olhar sobre a loucura, que deve caminhar não no sentido da busca da ‘cura’ como enquadramento, adequação, docilização do indivíduo, mas na direção da produção de novas formas de vida.

No campo do cuidado psicossocial, a produção de novos sujeitos sociais perpassa pelo ressignificar o lugar da “cura” e da “reabilitação” em saúde mental, pela construção de possibilidades de cuidado que garantam fala e escuta acolhedoras e respeitosas, pela crítica e subversão aos modelos de tratamento tradicionais, pela construção de possibilidades de projetos terapêuticos e de vida marcadas pelo afeto e pelo vínculo. Isso pressupõe que a atenção em saúde mental funcione em sintonia com a vida na cidade e que os lugares de cuidado ultrapassem a dimensão dos serviços de saúde.

O trecho da narrativa a seguir traduz um pouco dessa complexidade da teia da vida e das múltiplas articulações necessárias à saúde mental. Políticas de atenção e cuidado devem estar permanente conectadas a outras políticas sociais e iniciativas da sociedade civil, a fim de possibilitar que as pessoas possam reorganizar suas histórias de vida.

[...] e assim, não só essa questão da saúde mental, mas quando você discute que a saúde mental é importante, mas o quê que leva a saúde mental ser importante? Eu acredito que para que você tenha uma saúde mental, realmente humanizada, e um tratamento de portas abertas, você tem que ter vida além do Caps, eu acredito muito que dentro do Caps a gente tem que ter um projeto de extensão dessas questões assim, digo, passeios recreativos, culturais, acredito que o Caps, ele tem que criar um projeto e encaminhar para o Estado, para o governo federal, para o governo estadual, no sentido de que dizer bem assim “existe vida além do Caps”, e para que eu possa recuperar esse cidadão de fato e de verdade, para que eu ele venha a ter uma saúde que se diga assim de primeira, é necessário que a gente leve mesmo autonomia e o direito de ir e

vir desse usuário. A gente fala muito em empoderamento. Mas o quê que é emponderar? Empoderar é você dar voz para esse usuário, mas não só voz, mas fazer com que ele conheça os seus deveres e os seu direito, e começa a buscar com afinco aquilo para a sua vida, porque se ele quer realmente fazer mudança e transformação na sua vida, ele depende muito de ter essa mente equilibrada, mas para que ele tenha essa mente equilibrada e saudável, ele precisa sim se envolver com determinadas coisas, tem que ter uma política de geração de emprego e renda, aonde esses usuários, eles... sei lá, tem que colocar essas oficinas de geração de renda, não só ali dentro do Caps, mas fazer com que aqueles produtos sejam expandidos de fato e de verdade para o mercado, para o mercado consumidor, porque muitas coisas são produzidas dentro do Caps que são maravilhosas, são lindas, enchem assim o olhar assim, você vê assim, cada coisa que você vê ali são produtos de que eles fazem com profissionalismo, eles são muito profissionais naquilo que fazem quando eles se dedicam. E mostrar assim o seu valor, reconhecer que aquele usuário, ele tem espaço, que ele tem vez, que ele tem voz, isso é fundamental para a recuperação desse usuário em todos os sentidos. [Entrevista U5]

[...] a gente tentou colocar uma associação desses movimentos lá {refere-se a tentativa de criação de uma associação de usuários de SM}, mas a gente viu uma barreira aí, porque como você perguntou aí, o financeiro, o quê que aconteceu, às vezes a derrota foi tanta, tão grande com a doença, a pessoa chega num ponto de quase rua, quase viver na rua, e às vezes a pessoa fica naquele... vivendo de bico, aquelas coisas, emprego sem direitos, e sem adquirir direito, que chega num ponto que vai juntar latinha, garrafa, pra vender, pra poder arranjar a subsistência. [...] inclusive o retrocesso que eu vejo, que aconteceu aí, é porque todo o tratamento assim humanizado, que a gente diz, humanamente a pessoa tem que estar presente, né? E por incrível que parece as pessoas que tinham CID, assim mais razoável, aquela coisa toda, e eles tiraram até o CID que dava direito ao... tiraram esse CID da lista lá do Passe-livre. [...] o sistema mesmo expulsa. Fica tipo assim: “O quê que você está fazendo aqui?”. Fica condenado aquilo ali. É como que a sociedade quisesse que a pessoa ficasse dali pra baixo, e é o interesse de manicômios, mirar aquela pessoa como bicho, no confinamento mesmo. É igual criar gado no confinamento, só para a hora do abate. [Entrevista U3]

Conforme já colocado, a participação social nos espaços institucionalizados baseia-se quase que exclusivamente na oralidade. A supervalorização da fala organizada, científica, técnica, não contempla as formas de expressão de pessoas usuárias da saúde mental. Isso porque, em geral, essas pessoas passaram por processos de isolamento, de exclusão, de violências e não escuta de suas necessidades, desejos, vontades. Acessar lugares, instituições que não somente os serviços de atenção psicossocial é transformador no processo de valorização pessoal, de autoestima e para o projeto de vida pessoal.

Para os(as) participantes da presente pesquisa, usuários de serviços de saúde mental, o caminho à participação encontra vários obstáculos, entre eles o baixo estímulo por parte dos profissionais além das próprias estruturas dos serviços e dos mecanismos de participação social da sociedade. A institucionalização da participação social e a utilização de práticas engessadas,

rígidas, como o fato de o espaço de participação ser basicamente as assembleias ou a presença no conselho gestor da unidade, dificultam que o caminho para construção de sujeitos políticos participativos seja trilhado por pessoas que viveram parte de suas vidas sem direito de decidir ou fazer escolhas, marcadas pelo preconceito e não reconhecimento como cidadão.

Importante salientar que as pessoas usuárias da saúde mental têm expectativas em relação aos profissionais que atuam nos serviços pelo fato de serem esses quem os acolhem em momentos de crises e/ou de retomada de tratamento, por constituírem-se em referência terapêutica para o cuidado que almejam encontrar. Nesse sentido, os(as) trabalhadores dos Caps, deveriam estar preparados para serem ponto de apoio para o desenvolvimento de estratégias de empoderamento de pessoas usuárias na direção do protagonismo do sujeito no seu processo de recuperação em saúde.

As narrativas das pessoas usuárias, participantes da pesquisa, apontam que algumas das dificuldades encontradas para trilhar sua trajetória como cidadãos, sujeitos políticos aparecem, também, na relação com profissionais, trabalhadores dos serviços de atenção em saúde mental:

Olha só, parece que existe assim... eu chego a dizer assim, uma certa forma de ciúme, sabe? Aquela... algo não muito agradável. Naquele momento ali parece que por mais que a gente não tá tomando espaço de ninguém ali, que cada um tem o seu lugar na sociedade, cada um tem o seu lugar, porém, a gente vê poucos profissionais que dão credibilidade pra que você se alavanque. Pouquíssimos. Os que dão credibilidade para você se alavancar, essas pessoas, em alguns momentos, são até criticadas pelos outros. Entendeu? Não tô dizendo que nesse momento tá acontecendo não, mas já aconteceu. [...] Mas o que a gente vê é que o apoio internamente dentro do serviço é apoiado por poucos. Quando você se destaca, parece que você tá querendo criminalizar alguém ali dentro. [Entrevista U6]

são poucos profissionais que se interessam realmente no desenvolvimento da saúde mental como um todo daquele usuário, certo! Eu conheço poucas pessoas dentro do Caps, que assim, buscam notar o talento dentro dos usuários, porque às vezes dentro do Caps têm muitos talentos que são perdidos, por falta de peneirar. Nem todo mundo está ali pronto, para dizer, bem assim... até mesmo os profissionais da área da saúde mental, eles não estão abertos à participar dos movimentos sociais, não é todo o profissional que fala assim, que como vamos dizer, bem assim, “ah, vou dar a cara para bater”, quer dizer bem assim, “não, isso aqui é o que eu acredito”, por mais que eles acreditam que tem que ter transformação, que tem que ter mudança dentro do Caps, eles não buscam essas mudanças e transformações que esse Caps necessita. [Entrevista U5]

[...] é meio complicado, porque têm uns que acham interessante, têm outros que dão apoio, têm outros que... até gostam. Mas já teve outros que acha muito, às vezes até inibe. [...] as vezes o pensamento das pessoas com relação a quem tem uma doença, um transtorno, assim, é muito negativo, tanto para o lado emotivo, pela segurança de quem tá em volta também, então fica duas coisas, a pessoa que está do seu lado perde o vínculo, perde a segurança, e

you that se apoiava na outra pessoa, na mesma pessoa, perdeu aquele... you acaba perdendo tambem, ai quando you acaba vendo, ja perdeu tudo [Entrevista U3]

Tomando-se como referênciã o sentido e significado de participar é preciso considerar as diferentes formas que ela pode ocorrer, assim como os resultados que o ato ou a açã de participaçã gera na vida do sujeito. Conforme destacam Costa & Paulon (2012, pp. 576-577),

um usuãrio, deliberando acerca das rotinas do CAPS na Assembleia do Conselho Local, votando uma tese na Conferênciã Nacional de Saúde Mental ou definindo seu Plano Terapêutico com a equipe que lhe cuida na unidade de saúde, pode ter, do ponto de vista da micropolítica do processo de cuidado, a mesma potênciã transformadora de vidas.

Ações que possibilitem atos de participaçã se inserem na vida de um(a) usuãrio(a) da saúde mental gerando váriãs possibilidades, no sentido em que seus efeitos podem localizar-se tanto no plano subjetivo, quando um(a) usuãrio(a) movimenta-se para fazer escolhas em relaçã a sua vida, quanto no plano mais global, pela inserçã em espaços de participaçã social institucionalizados. Para os autores, a participaçã social pode ocorrer

tanto como processo de afirmaçã de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias, embates e discussões que se dão no cotidiano do trabalho em saúde, tanto nos espaços instituídos formais, criados para que as pessoas participem levando suas reivindicações e delegando poderes, quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida de um usuãrio da saúde mental em um Centro de Convivênciã Diãria, como efeito dos processos instituintes que ai possam se produzir (Costa & Paulon, 2012, p. 576).

Na visã dos profissionais, participantes desse estudo, a construçã de ações de participaçã social com maior protagonismo das pessoas usuãrias encontra barreiras nas relações estabelecidas nos serviços de atençã em saúde mental, assim como nas prátiãs, muitas vezes pouco democráticas adotadas no fazer profissional, e que dificultam o atendimento as especificidades da participaçã em saúde mental.

existe uma dificuldade do trabalhador se reconhecer como um agente produtor de mudançãs, que vai em busca de direitos. E ai isso faz toda diferençã na hora de promover estratégias de mobilizaçã social dentro do serviçõ. Entã, se eu não me reconheço um sujeito político, um operador de políticas públicas no SUS, quando é que eu vou fazer uma assembleia de usuãrios e familiares? Não, eu não vou fazer uma assembleia, eu vou fazer um grupo para cumprir a minha carga horãria e pronto. Agora, se eu me reconheço como sujeito político, ai eu vou fazer assembleias, ai até mesmos grupos que eu produzo: "Não, vamos sentar aqui, vamos decidir o que esse grupo é, o que é que ele vai fazer, qual é a proposta desse grupo. Como é que a gente vai tocar ele junto? Esse grupo vai ser aberto? Esse grupo vai ser fechado? Esse grupo vai ser de artesanato? Vai ser de fala? Eu quero decidir, eu quero construir isso junto com vocês". Porque é desde as pequenas coisas que a gente vai

estimulando a autonomia e o protagonismo. E aí, esse usuário que decide o grupo, é aquele que lá na assembleia ele fala: “olha, gente, tá tendo pouco banheiro aqui no Caps. A gente tá em plena pandemia, a gente precisa de mais banheiro pra lavar a mão”. Isso começa lá de baixo, no acolhimento, de a gente falar assim, eu sempre falo no acolhimento: “esse serviço, ele existe por você, ele é feito para você, e ele é também construído por você”. Então o paciente chega, no acolhimento eu já falo isso, porque eu entendo que é uma construção micro que vai virando uma construção macro. Mas, infelizmente, isso não é natural nem um ponto de consenso para todos os trabalhadores, para todos os usuários. Eu acho que para a gente ter protagonismo de usuários e familiares, como trabalhador, é fundamental a gente entender qual é o nosso papel como sujeito político. [Entrevista P3]

E eu me lembro até hoje do dia que {uma colega} falou para mim numa reunião: “Ô, meu, não. Não, eu não – e ela cozinha muito bem, ela falou – não, não vou mais cozinhar em festa do Caps porque você falou que a gente fazia tudo e não deixava os pacientes fazerem”. Eu falei: eu não quis dizer isso. Quando eu falei, quando eu levantei isso, é porque se nós estamos aqui para trabalhar a autonomia do usuário, a participação dele e aí nós vamos fazer as coisas para eles? - Eu acho que nós estávamos justamente avaliando uma festa que aconteceu, acho que foi de Natal. Nós temos que entender que eles são protagonistas mesmo. E foi muito difícil quando vinha as críticas de profissional, principalmente dos médicos, dos pacientes falarem: “não quero médico aqui na assembleia pra falar por que é que não faz isso, por que é que não cumpre horário? Por que é que eu não posso discutir? Porque é que fulano fala que a minha mãe tem que sair da sala ou eu não posso entrar”, e nós levamos várias discussões para as assembleias como... até eles discutirem mesmo, questionarem o tratamento, quererem questionar diagnóstico, uma série de questões. Pegávamos mesmo nos direitos e levávamos e discutíamos. E assim nós estávamos caminhando. [Entrevista P2]

As dificuldades enfrentadas no processo de desenvolvimento de estratégias de recuperação em saúde que possibilitem maior protagonismo de pessoas usuárias de serviços de saúde mental, assim como ações que favoreçam emancipação, autonomia, participação social são apontadas como parte da estrutura do modo de produção e organização social do sistema capitalista.

a gente vive... seja trabalhador ou trabalhadora do Caps ou não, mas enquanto sociedade, acho que tem algumas dimensões que são importantes, mas assim, nós vivemos numa sociedade capitalista, nós vivemos num mundo que estimula a competição entre as pessoas, nós vivemos num mundo onde a falta de tempo é regra: quer dizer, o tempo é algo muito escasso e existe um elogio nessa perspectiva de quanto menos tempo eu tenho, mais importante eu sou, porque olha como você faz muitas coisas, olha como você trabalha para caramba. Quer dizer, resumir a vida a trabalho é objeto de elogio no sistema capitalista, e a gente vive nesse funcionamento estimulado a partir de algumas diretrizes. E a partir disso, dá para a gente compreender que a gente vive também necessariamente no mundo lógico. O mundo é composto por códigos, e os códigos que formatam a nossa existência numa sociedade capitalista é o código da produtividade, da competição, da falta de tempo e da assertividade, do raciocínio lógico para a compreensão das coisas. E estar no diálogo com pessoas em profundo processo de sofrimento psíquico é estar ante um

questionamento desse mundo que se vive e desses valores que se tem.
[Entrevista P6]

[...] eu não vejo a saúde mental fora desse salameleque todo, que ela é parte dessa roda viva. Como parte dessa roda viva, ela carrega as contradições, mas as contradições que são marcadas pela exclusão. [...] O não produtivo, ele tem que ser exterminado. E aí as pessoas com um sofrimento mental, elas estão dentro dessa lógica. Aí vai morador de rua, transtorno mental, (suspiro) os que moram nos bolsões de pobreza, aos negros que não foram dadas as mesmas oportunidades, e aí continuam desde a escravatura no mesmo lugar de escravos, do não reconhecimento dos que alçaram o poder de lugar, porque os mecanismos internos de projeção são sempre acima. Então, não basta ser negro e gerenciar a Fundação Palmares. Você tem que ter uma proximidade com a questão da negritude. Não basta ser gay para... você tem que ter uma proximidade com a questão gay. E aí não basta você ter, falar assim: “Eu sou um antimanicomial”, ou “Eu sou da luta Antimanicomial”. Você tem que ter uma sensibilidade para a exclusão, que não é a sensibilidade do discurso, do trabalho bonito publicado em revista Qualis A. Mas, é uma sensibilidade do dia a dia, do cotidiano, da aproximação, tomar um cafezinho junto. A coisa é tão absurda que se eu tiver num serviço e tiver um lá todo ruim, e eu pegar um copo de café com leite como objeto intermediário de aproximação, eu estou roubando! Porque o café com leite é pago para o outro, e naquele momento ele não é visto como uma atitude terapeuta, mas é um roubo ao erário público.
[Entrevista P4]

[...] dentro dessa organização social, a gente tem as relações de poder. Então, é o meu poder sobre o outro, é o meu poder de decisão. Então eu decido, e não é na saúde mental, eu decido qual é o melhor medicamento, qual é o melhor horário do medicamento. [...] Então é esse poder sobre o outro que nós, da saúde mental, colocamos como sendo da saúde mental, e não é! É da sociedade. [Entrevista P4]

Os limites à emancipação humana, social e política na sociedade capitalista se apresentam de diversas formas e em diferentes áreas: no acesso ao trabalho, na garantia dos direitos de cidadania, principalmente aos direitos sociais que devem garantir as necessidades humanas básicas, nas desigualdades de oportunidades. A sociedade capitalista funda-se não apenas no modo de produção econômico que explora mais valia da força de trabalho, mas, também, por um modelo de controle ideológico que lhe permite operar esse modo de produzir e apropriar-se da riqueza de forma desigual. Entre as instituições que operam o aparato ideológico desta sociedade estão as escolas, os centros de formação profissional, as IES, que formam os profissionais que irão atuar nas políticas públicas que operam direitos.

Os trechos das narrativas transcritos a seguir fazem referência a formação e capacitação continuada de profissionais como sendo parte dessa organização social capitalista, que é baseada no individualismo, no estímulo à competitividade, nas desigualdades de acesso a uma educação formadora de consciência crítica. Essa lógica não favorece o respeito aos tempos de

cada indivíduo nas suas singularidades e nem relações de saúde democráticas e impacta na nas práticas que serão realizadas nos serviços, assim como na participação social da sociedade na esfera pública.

a formação dos profissionais de saúde, ela ainda é uma formação muito autoritária e prescritiva. Ela ainda é muito autoritária e prescritiva. A ideia de um lugar de um saber e como diz o Foucault, o bom paciente é aquele que engole, engole nossos remédios, as nossas orientações, nossas prescrições, e não fala nada. [...] Eu falo que o fato de ser um Caps não significa que ele está dentro de um paradigma psicossocial. E mesmo nos Caps que têm essa proposta oficial clara, explícita, interna clara, nós temos pessoas manicomialis que não usam uniforme, que não deixam de fazer o prescrito, mas que... no cotidiano, nas relações, elas não conseguem transcender a isso. [Entrevista P4]

em muitos momentos a gente vê que tem muita resistência na equipe, porque falta capacitação continuada, falta essa formação, muita gente está ali não querendo estar ali [...] Assim, eu acho, na minha visão, todo mundo “Ah, não tem que ter {participação}, vamos dar vós, vamos fazer as assembleias”, mas quando os usuários começam a trazer as reflexões e as coisas que mostram que tem que haver mudanças na equipe, que tem que se mudar posturas, que tem que se mudar processos de trabalho, eu vejo que incomoda muito, principalmente quando eles questionam, por exemplo: ah, vocês colocam várias regras de acesso ao Caps, e, tipo, só pode ficar internada aqui quem tem isso, isso e isso, que eu não sei o quê. Então assim, eles questionam muito as posturas dos médicos, por exemplo, em relação à forma como tratam eles, porque muitas vezes o paciente está lá, é a quinta, sexta recaída, e ele precisando novamente se internar, porque está numa situação... e aí o médico fala: “Ah, de novo, você não, você não sei o quê, você não quer...” Então, quando eles trazem essas falas, isso eu vejo que incomoda a equipe, a equipe tem dificuldade de fazer a crítica e de se abrir para esse processo. [Entrevista P1]

olha, eu costumo dizer que esse é um assunto delicado. Que a participação social e o estímulo do protagonismo e a autonomia é quase um campo minado, por quê? Porque a gente tem essa grande lacuna do servidor se reconhecer como sujeito político. Eu acho que para reconhecer o outro, você precisa entender o sujeito político que você é. É importante vivenciar isso na pele: eu, sujeito político, para eu entender o que é o usuário, quem é o familiar do sujeito político. Então a gente ainda enfrenta um grande desafio que é a derrubada dos muros do manicômio na gente. Por quê? Porque sempre o usuário que é mais questionador, o usuário que dá muito palpíte: “Ah, eu acho que o serviço tinha que ser assim, essa recepção tá bagunçada, esse servidor é mal-educado”, esse usuário, ele é visto como chato! “Ah, ele é...”, eles têm até um termo, eles falam “usuário querer antes”. Mas esse usuário, se ele se impõe, se ele fala como ele quer ser tratado, como ele quer ser cuidado, como ele vê o serviço e dá sugestões, e briga, ele é um usuário chato, ele é um usuário que demanda demais, ele é um usuário que não tinha que estar ali. Mas por quê? Porque o servidor, ele entra numa condição de exploração e alienação, que ele não se entende, ele não se entende como operador de políticas públicas no SUS. É interessante para o Estado ter trabalhadores alienados, exaustos, explorados. Porque esses trabalhadores, eles não vão atrás de se mobilizar politicamente, eles não vão atrás dos seus direitos. Eles não vão atrás de formar coletivos de usuários e familiares politizados, eles não vão atrás de fazer um grupo para gerar renda, para gerar trabalho e renda. Eles não

vão atrás de fazer um grupo de cidadania para informar aqueles usuários dos seus direitos, para que eles possam fazer, buscar os seus direitos nos lugares certos. É interessante para o Estado ter pessoas alienadas e exploradas, porque essas pessoas alienadas e exploradas, elas ficam imobilizadas em si mesmas. E essa é uma grande crítica que eu faço nos lugares de trabalho. Quando o paciente começa a questionar, ele é chato! Ele tem que sair dali, porque ele me tira desse lugar de alienação, ele me tira desse lugar comum, ele fala assim: “Olha aqui, essa recepçãozinha aqui que você preparou, ela não serve pra mim! Essa mesa tem que tá ali, porque ali fica mais acessível pro usuário”, então eu tenho que me levantar, tenho que pegar toda a parafernália da recepção e tenho que mudar de lugar para colocar num lugar que faça sentido para a comunidade. Isso é difícil, isso custa tempo, isso demora, isso gasta energias. Por isso que mais uma vez eu falo, é interessante para o Estado explorar o servidor, esgotar ele para que ele se aliene na sua própria exaustão e não ouça, e não seja sensível às demandas da comunidade. [Entrevista P3]

O perfil pessoal e profissional para atuar na área da saúde mental também é citado como um dos fatores que impactam na construção do protagonismo de pessoas usuárias e nas ações que favoreçam a construção de sujeitos políticos participativos. Muitas vezes, os profissionais que estão atuando nos serviços de atenção psicossocial operam na lógica manicomial,

[...] seja porque alguns profissionais foram treinados, foram formados ainda no paradigma anterior, então reproduzem essa lógica. Enfim, o manicômio, a gente carrega ele dentro da gente, o manicômio mental, como diz o Basaglia... a instituição tende a institucionalizar. A desinstitucionalização não acaba porque a gente fechou o hospital, é um processo cotidiano de estabelecer um outro tipo de relação, uma relação sujeito-sujeito. [Entrevista P5]

Eu vejo que os profissionais da saúde mental, a grande maioria não quer se envolver, infelizmente não se envolvem. E quando os que se envolvem vão, acham que eles não estão, talvez, trabalhando o tanto que deveriam lá no Caps. Não entendem que essa militância, às vezes o gestor entende, mas os colegas têm uma tendência a achar: “nossa! O fulano fica indo pra isso...”, mas também não vai. E na hora de articular, às vezes são profissionais comprometidos, mas fechados naquele espaço – sabe? – e acham que Caps é só aquilo ali. [...] é a questão de entender que saúde mental você não trabalha só lá no Caps. Então se eu vou para uma reunião no fim de semana ou à noite, eu estou disposta a ir, eu preciso descontar essas horas de algum lugar porque eu tenho a minha vida. [Entrevista P2]

Então assim, eu percebo que o problema não é das pessoas {pessoas usuárias dos serviços de SM}, o problema é da própria Secretaria {SES/DF}, que quando nós chegamos, nós passamos em concurso, não existe concurso para saúde mental, não existe exigência para ir para a saúde mental. Só existe isso: “onde você quer ir?”, ou então te jogam para aquele lugar, entendeu? E aí de repente você é especialista, mas você não tem essa formação e muito menos o perfil, às vezes. E eu acho que o grande problema está aí nessa questão do perfil. Então entre os profissionais eu vejo que tem isso, e eu não me importo do que pensam, do meu trabalho com os usuários, quando eu ia lá para à UnB, eu levo usuário no meu carro. Eu ponho os meus limites, mas eu levo porque senão eu não vou garantir que eles cheguem lá. [Entrevista P2]

Conforme destacam Amarante & Torre (2018), o rompimento com a lógica manicomial tem início com o fechamento das estruturas manicomiais, mas não se esgota nisso. Tal ação deve ser perpassada pela construção de novos conceitos, novas práticas, novos espaços de cuidado e novas formas de lidar com a loucura em que esteja presente a construção de uma nova cultura e uma nova forma de olhar e cuidar da loucura e a diferença na cidade.

Nesse sentido, a construção de sujeitos políticos partícipes perpassa questões da ordem da garantia das condições de subsistência material da vida de pessoas usuárias, que precisam ser mediadas pela existência de políticas sociais que garantam integralidade das ações de cuidado em saúde, incluindo o acesso a equipamentos de cultura, educação, valorização da arte como forma de expressão e representação dos desejos e necessidades emocionais, relacionais das pessoas. Da mesma forma, o direito à liberdade na escolha das formas de cuidado e tratamento, o acesso a cidade e aos recursos mobilizadores (acesso a informações, participação em grupos de discussão, reuniões de coletivos etc.) são necessários ao engajamento nas lutas por uma saúde antimanicomial, orientada pela ótica da democracia e dos direitos humanos.

Não obstante, a existência de trabalhadores comprometidos com as pautas de uma saúde mental antimanicomial, democrática e participativa é uma necessidade para que os serviços substitutivos ao modelo asilar operem na lógica da liberdade e da defesa dos direitos humanos. Contudo, esse é um grande desafio, pois implica na necessidade de se ter uma “visão da política de saúde mental ancorada em uma análise mais ampliada da conjuntura política” (Vasconcelos, 2021).

Isso requer que olhemos para os períodos de avanços e de retrocessos na implementação da RPB a partir de uma visão mais ampla, que a insere no contexto das relações sociais, políticas e econômicas. Recentemente, mais especificamente no período de 2016 a 2022, vivemos tempos de grandes e graves retrocessos na PNSM, principalmente no que se refere a direção ideológica da Política Nacional Sobre Drogas, o subfinanciamento dos serviços substitutivos, a destinação do orçamento público, majoritariamente, para comunidades terapêuticas e o retorno do incentivo a internação hospitalar. Esses processos juntamente com o período pandêmico da Covid 19 e suas consequências sanitárias, sociais e econômicas desmotivaram trabalhadores e comprometeram significativamente ou paralisaram a realização de práticas participativas nos Caps e demais serviços da Raps.

Contudo, importante salientar que par avançarmos na consolidação da RPB e da PNSM apenas trabalhadores comprometidos com uma saúde mental antimanicomial não é suficiente. Para resistirmos a esses retrocessos e avançarmos no caminho de uma saúde integral

é necessário a articulação das pautas da saúde mental com outras defendidas pelas políticas sociais que se interrelacionam, tais como trabalho e renda, moradia, transporte, assistência social etc.

Vasconcelos (2016), chama a atenção para a necessidade de se superar a concepção heroica e voluntarista, endógena, de pensar a luta antimanicomial em si mesma, muitas vezes sustentada na implicação pessoal, que vem segurando a reforma psiquiátrica “a unha”. Essa concepção tem levado muitos profissionais, militantes, trabalhadores à exaustão, ou a desistir da luta e sair do campo, ou a simplesmente levar o trabalho de forma burocrática, impessoal, para não sofrer mais ainda.

4.4 Estratégias mobilizadoras de protagonismo das pessoas usuárias e a constituição de sujeitos coletivos de luta na saúde mental

Partindo-se do pressuposto de que o “sujeito não existe a priori – está em constante constituição” (Torre & Amarante, 2001), destaca-se a importância de estratégias de empoderamento/empowerment para o protagonismo de pessoas usuárias nas lutas por uma saúde mental antimanicomial, cidadã e democrática. O engajamento em lutas sociais e a vinculação em espaços participativos podem constituir-se em estratégias de empoderamento individual e coletivo, em que pese as ressalvas em relação as diferentes direções teórico e ético políticas em que o conceito é utilizado.

Conforme destaca Vasconcelos (2003, p. 57), “o uso de ideias de empowerment não constitui um fenômeno genuinamente novo, mas uma reapropriação e reelaboração de tradições e interpelações já existentes”. Em uma perspectiva histórica, sempre esteve associado com

cuidado de si, ajuda e suporte mútuos, projetos comunitários, formas cooperativas, direitos humanos, formas de democracia participativa e direta, autogestão e movimentos sociais autônomos pelos seres humanos, como parte de nossos projetos utópicos ancestrais, como alternativa para realidades sociais opressivas, extremamente competitivas ou individualistas (Vasconcelos, 2003, pp. 59-60).

O conceito e sentido de empowerment tomado aqui se afasta da direção conservadora utilizado na cultura da autoajuda (*self-help*). Prática essa associada aos princípios do liberalismo e que é tomada como estratégia para manter e adaptar os indivíduos ao *status quo* e ao bom cumprimento das expectativas sociais. Nessa perspectiva, prevalece o pragmatismo, o

utilitarismo e a responsabilização do indivíduo em relação aos seus problemas pessoais e desconsidera-se a ideia de coletivo (Vasconcelos, 2013).

O sentido do conceito de empoderamento/empowerment em uma direção emancipatória, representa possibilidades do “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (Vasconcelos, 2003, p. 55). Nessa perspectiva, os problemas sociais e individuais são tomados a partir de uma dimensão coletiva e a discussão sobre aspectos econômicos, políticos, sociais, culturais fazem parte das estratégias e práticas utilizadas.

A partir da perspectiva de empoderamento/empowerment defendida e fundamentada nos estudos realizados pelo professor doutor e militante histórico dos movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial, Eduardo Mourão Vasconcelos, pode-se dizer que as estratégias de empowerment em saúde mental, na realidade brasileira, tem amparo na valorização das narrativas pessoais de vida com o sofrimento mental; no cuidado de si; nos grupos de ajuda mútua e grupos e atividades de suporte mútuo; em iniciativas de defesa de direitos e lutas contra o estigma e pela mudança na cultura e na sociedade civil; na participação nas instâncias de controle social e militância social e política mais ampla (Vasconcelos, 2021).

A valorização das narrativas pessoais de vida com o sofrimento mental e o cuidado de si dizem respeito a estratégias de empoderamento em um nível mais individualizado. No primeiro caso, as narrativas de vida, possibilitam recolocar as pessoas como sujeitos de suas histórias, assumir e ressignificar vivências difíceis. O cuidado de si é representado pela capacidade de expressar as próprias angústias, pelo exercício de revisitar e integrar as experiências mais traumáticas no todo da vida, de sair do isolamento e buscar novos vínculos significativos. O compartilhamento das histórias de vida e das experiências de cuidado de si possibilitam trocas e aprendizados sobre estratégias para buscar o bem-estar no dia a dia (Vasconcelos, 2006, 2021).

As narrativas dos(as) participantes desse estudo, transcritas a seguir, expressam a ação de consciência sobre as dificuldades pessoais, relacionais vivenciadas a partir do adoecimento mental ao mesmo tempo que evoluem para assumir a importância dos aprendizados obtidos, resultantes das trocas produzidas em grupos, das novas relações sociais e dos novos vínculos, no sentido da construção do empoderar-se de si.

[...] Eu tinha muita dificuldade, assim, não se se você me conhecia na época anterior que eu chegava e eu não abria a boca pra nada, porque eu tinha dificuldade de falar, de...expressar. Então aquilo ficava preso dentro de mim. E hoje eu já não tenho mais essa dificuldade, eu sinto vontade de contar minha

experiência pra outras pessoas também. Eu participo até de grupo no Facebook, grupos de mulheres empoderadas. Aí quando eu vejo algum relato, eu vou lá e comento, troco muito minha experiência, falo também relatos meu. Então estar participando, estar procurando desabafar, é muito importante. [...] lá onde eu moro, no bairro, lá na vila, assim, eu pensei assim, vou fazer um grupo, mas já é uma coisa também que gera renda, porque tem muitas mulheres lá que tem crianças pequenas, não trabalha fora. Aí em pensei nessa ideia. Eu falei: “Vamos fazer alguma coisa?”. Aí eu, juntamente com a minha colega {Nome da pessoa}, que também tá dentro, a gente juntou e falou: “Vamos fazer!”, e a gente começou. Eu comecei a convidar umas pessoas, aí a {Nome da pessoa} conseguiu uma amiga dela para poder ensinar tapete, ensinar também fazer pano de prato, essas coisas. Aí a gente começou fazendo isso. A gente fazia, depois a gente tirava um tempo para poder conversar. Aí nisso conversar é meio difícil, que muita gente demorava assim a falar porque como a gente mora tudo pertinho, ficava aquele receio. Mas logo depois começou a se soltar e aos poucos ia falando algumas coisas. E aí a gente acaba descobrindo coisas que a gente nem imagina, coisas assim das pessoas ... Foi quando a gente teve a ideia mesmo de montar esse grupo lá na Vila Rabelo, das mulheres [Entrevista U2]

Ir para a UnB foi decisivo. Aquela chance de ir para a UnB realmente foi a maior chance que eu já tive na vida. Não sabia nem ler nem escrever direito, olha o que é que eu fui fazer numa faculdade! Eu tive que me virar nos 30 para entender as palavras que aquele povo falava, termo técnico. Institucionalização... Olha como que eu falei bonito! Eu nunca que eu ia falar uma palavra desse jeito. Concluí o segundo grau {ensino médio}, estou sonhando em ser psicólogo, estou caminhando... Ir para a UnB foi fundamental, e não foi nem... assim, esse comportamento, esse sentimento não partiram só de mim, eu vi nos outros usuários, quando falou: “Pô, eu nunca vim na faculdade”, eu falei: “Eu também não”. [...] Eu fui aprendendo muitas coisas, eu fui aprendendo formas de abordagem. E hoje eu pratico Ajuda Mútua em qualquer grupo, seja qualquer assunto, eu consigo debater, relacionado à abuso sexual, violência, perda de direito. Então hoje eu tenho uma capacidade de realizar grupo de Ajuda Mútua seja por qualquer assunto, seja ela por transtorno abusivo de álcool e droga ou qualquer transtorno. Eu não tenho dificuldade de entender aquele... e se pôr no lugar do outro. [...] Hoje eu sou um trabalhador que alcançou várias situações, e consegui mudar um bocado de comportamento, e aí vendo que só como conselheiro e facilitador ainda é pouco, então eu estou almejando mais coisas. [...] Quando você olha para essa história, para esses lugares, o quê que esses lugares contribuem, para você manter a sua luta, a sua trajetória? É uma resposta bem simples: me faz acreditar a que eu posso e que eu estou no caminho certo, e que as pessoas me legitimaram para ir representá-las naquela ocasião. Porque normalmente eu sou convidado, e aí eu vou puxar o convite, aquela pessoa me convidou porque um monte de gente... Como é que diz? Me referenciou. Então eu vou ali dar o meu melhor naquele momento e falar o que as pessoas precisam ouvir. Normalmente eles me chamam para a mesa. Então, estar nesses espaços aí eleva a minha autoestima, faz com que eu acredite em mim e que eu posso, que eu tenho capacidade de atuar naquela situação, e faz me ver que tem uma galera que acredita que eu vou chegar lá e representar eles. [Entrevista U1]

Não obstante, no sentido de empoderamento/empowerment coletivo, os *grupos de ajuda mútua e de atividades de suporte mútuo* constituem-se em espaços para que pessoas

usuárias de serviços e participantes possam trocar apoio emocional, busquem se informar sobre direitos e deveres dos usuários da saúde mental, aprendam sobre recursos e estratégias para lidarem com suas dificuldades e problemas do cotidiano, assim como possam (re)criar redes de amizade e suporte. A fala do(a) participante deste estudo a seguir destaca a importância desses grupos.

Os grupos de ajuda mútua... assim, é uma troca de experiência. A gente... começa a enxergar a vida de outro jeito, começa a ver nossos direitos, não fica mais calada, passando por privação. A gente começa a ficar empoderada, como se diz. É isso. Então eu acho importante os grupos de ajuda mútua.
[Entrevista U2]

Esses grupos favorecem a sociabilidade e podem desdobrar-se em formas de suporte para atividades de lazer, esportes, projetos de cultura, trabalho, renda, moradia etc., com possibilidades de participantes atuarem como trabalhadores de suporte de pares e serem remunerados, através das mais variadas formas de financiamento e provisão de recursos estatais (Vasconcelos, 2021).

No DF, iniciativa importante de formação de facilitadores de Gasm foi capitaneada pelo Obsam/UnB, inspirado na proposta do Projeto Transversões da UFRJ, coordenado pelo Prof. Eduardo Mourão Vasconcelos. A proposta dos Gasm “se configura como uma das formas possíveis de fortalecimento do protagonismo e participação das pessoas que detém o precioso legado da vivência pessoal com o sofrimento psíquico e seus familiares” (Vasconcelos, 2013).

No período de realização do projeto pelo Obsam - 2017 a 2019, foi realizado um seminário sobre o tema “Protagonismo e autonomia dos usuários e familiares em saúde mental”, três edições do curso de formação de facilitadores, além de supervisão para os facilitadores que criaram e realizaram grupos de ajuda mútua no DF. Essa ação além de ofertar oportunidade de formação possibilitou reunir e integrar pessoas usuárias de serviços de saúde mental, estudantes e profissionais da área da saúde e trabalhadores da Raps DF, promovendo trocas de experiência e aprendizados. Conforme já destacado no decorrer desta tese, a maioria dos participantes deste estudo destacam a relevância dessa ação como um marco importante à participação social na saúde mental no DF.

Ainda dentro do conjunto de estratégias de empoderamento/empowerment de pessoas usuárias para o protagonismo social encontramos *as iniciativas de defesa de direitos, de luta contra o estigma e de mudança na cultura e na sociedade civil*, que correspondem a ações que podem ser realizadas pelos próprios usuários, com o objetivo de transformar representações sociais e relações de poder discriminatórias, segregadoras e/ou opressivas (Vasconcelos, 2021).

Para isso, podem ser utilizados recursos metodológicos como a criação de cartilhas, vídeos, exposições de arte, peças teatrais, com uso de linguagens que fazem referências menos discriminatórias aos indivíduos e aos fenômenos mentais. A participação em eventos diversos, nos espaços públicos e privados, que mobilizem ações de defesa de direitos e objetivem a eliminação de preconceitos também fazem parte dessas estratégias.

A narrativa da experiência de um(a) dos participantes desta pesquisa corrobora com afirmação de que *iniciativas de luta contra o estigma e de mudança na cultura e na sociedade civil* fazem parte das estratégias de empoderamento/empowerment para o protagonismo de usuários na saúde mental.

Eu tive numa... na {Nome da Faculdade}... dando uma palestra lá para o pessoal, a doutora {Nome da pessoa} me chamou pra ir lá... E ela me chamou pra dar uma palestra lá. E veja bem o porquê que ela me chamou pra dar a palestra, e o quanto isso ajudou. Eu tenho meus diagnósticos, tá tudo ali, eu tenho os documentos tudo, bem-feitinho, plastificado, eu guardo sempre comigo, tudo belezinha. Tudo que eu faço, eu faço tudo bonitinho. Meu certificado é tudo plastificado, tudo belezinha. De onde eu faço um... de onde eu faço a exposição, eu recebo o certificado e eu plastifico ele, eu não deixo rolando à toa não, que é um documento também, provando que eu passei por ali. E aí eu fui na {Nome da Faculdade} e a professora diz: “{Nome da pessoa}, só tem que ir com cuidado porque o pessoal lá é tudo filho de papai, e eles são pessoas ricas, e a gente tem que ter um pouco de cuidado”. Falei, eu digo: “Professora, a senhora me desculpa, mas nesse momento eles podem ser filho de papai, podem ser riquinho, podem ser o que eles quiserem ser, mas nesse momento o professor deles vai ser eu, e eles vão ser o aluno. Desde que eu fale alguma coisa que não desmoralize eles, eu devo a eles conhecimento como professor, e eles devem a mim respeito como aluno. E é isso que nós vamos discutir. Se não tiver esse diálogo entre a gente, infelizmente não vai dar. A senhora para o carro que eu vou descer e não vai dar pra mim ir. Porque se eu for ter que falar com cuidado porque eles são ricos, e eu deixar de falar a verdade pra eles, não precisa eu ir lá, pra quê? Iludir eles de quê? Eu não vou não.” [...] Eu sei que eu conversei 2 horas sim, em pé, só tomando água, e eu não fui... eu não fiquei sentado não, que tem gente que fica sentado lá. Eu não, eu passei entre eles, olhando na cara de cada um. Eu cheguei olhando na cara de cada um. Eu digo: “Eu quero te olhar direitinho porque um dia qualquer eu posso estar precisando de tá sentado numa cadeira de frente à você em algum lugar”. Aí no final de tudo eu digo: “E outra coisa. Eu fiquei sabendo que vocês têm medo. Tão se formando em psiquiatria, mas têm medo de paciente de saúde mental. Tão com medo da profissão, é isso?” Eu digo: “Pois é, gente”: “E vocês imaginem que vocês acabaram de falar com um paciente de saúde mental?” [...] Sou formado de doença, um bocado de doença”. Eu digo: “Então vou falar pra vocês, olha só, tá aqui no meu papel pra vocês não terem dúvida. Eu tenho diagnóstico de epilepsia. Esse eu sei que tenho porque eu desmaio direto. Tenho diagnóstico de esquizofrenia confirmado a mais de 30 anos. Tenho diagnóstico de transtorno de personalidade confirmado a mais de 30 anos. Tenho diagnóstico de... depressão diagnosticada a mais de 30 anos, que é exatamente do organismo. Essa não existe cura porque é do organismo. Ela produz do próprio organismo, então não tem cura. Tem um remédio que faz o apaliativamento, mas não existe cura. Eu vou morrer com ela. Não por ela, mas com ela. ... e tenho transtorno de... ansiedade. Então são 5 coisas que

eu não vou falar do outro que eu tenho de pressão alta, que isso aí qualquer pessoa pode ter. É uma coisa, é uma doença comum. Mas então, eu tenho tudo isso e sou diagnosticado e já vivi internado em situações muito difícil. E aí eu pergunto pra vocês: “Então vocês agora acabaram o medo de falar com a pessoa que tem problema de saúde mental ou não?”. Eu digo: “Ó, vou só falar uma coisa pra você. Se vocês tratarem o paciente que for de encontro a vocês como um ser humano, ele não vai oferecer risco pra você”. Aí no final de tudo isso a professora que estava com medo de eu passar um desagradável pra eles, tinha que tá parando o carro no meio do caminho lá, eles batendo no carro pra ela parar, pra eles pegar o meu número de telefone pra depois ficarem conversando comigo. Aí eu falei: “Tá vendo doutora, acho que a gente tem que saber o que vai conversar”. Porque se você souber o que você vai conversar, você não tem que ter embargada a sua fala por ninguém não...[...] E eu me saí muito bem com isso. Depois me chamaram mais vezes, fui mais vezes lá. Eles, o próprio reitor lá, me conheceu. Quando tem um grupo de formação assim, ele sempre me chama pra ir lá dar uma palestra pra eles lá. Porque é claro que se eu tenho um problema de saúde de tantos anos e eu tenho a possibilidade de orientar um médico que vai ser, de repente, a pessoa que vai cuidar de mim no futuro, eu não me vejo como cobaia, eu vejo como um orientador ensinando ele a cuidar de mim. E aí eu me sinto que é uma troca de experiência. É uma troca de experiência que isso faz bem pra todos dois, tanto pra você que vai tá aprendendo como é que vai fazer o serviço, como pra mim, que a pessoa que vai tá me vendo, já vai tá sabendo quem é a minha pessoa, de que jeito ele vai poder tá lidando comigo. [...] o que não pode é o servidor tá ali e achar que a gente tá importunando ele ali. O ambiente é da gente! O ambiente é de todos. Então se eu tô ali no Caps e eu vejo que tem alguma coisa que não tá agradável, não tá sendo legal pra cuidar do paciente, automaticamente eu vou me posicionar que não tá correto. E se não tá correto o que é que eu vou fazer? Eu não sou um representante? Eu vou ao judiciário e agendo uma ação na justiça pra que seja corrigido aquilo ali. Agora se alguém é meu amigo e vai responder, infelizmente é ele que vai responder, porque ele tava na vez de ele tá ali como representante direto do serviço, então vai responder por isso. Mas eu não tô denunciando ele, eu tô denunciando o serviço que não é dele, é de todos e é da rede pública. Ele não é daquela pessoa que tá representando ali, ele é da comunidade, ele é do povo. O SUS é do povo. O SUS não é de um representante direto, não é de um diretor que tá ali. Então eu tô representando a sociedade, mas eu tô denunciando uma coisa que o SUS é que tem que resolver junto com os seus representantes maiores. E aí não cabe um diretor de um hospital vim querer brigar comigo que eu tô denunciando um serviço que tá errado ali. Não! Eu tô ali é pra isso! [Entrevista U6]

Por fim, a *participação nas instâncias de controle social e militância social e política mais ampla*, inclui a capacitação e a representação em conselhos de políticas públicas, o envolvimento em iniciativas de formação política e a militância social em outras áreas além da saúde mental, como em movimento sociais, sindicatos, partidos políticos etc. (Vasconcelos, 2021).

Dentre os participantes deste estudo temos profissionais que integram instituições de defesa e regulamentação de categorias profissionais, movimentos sociais, organizações da

sociedade civil de luta e defesa da saúde mental antimanicomial e outras áreas. Dentre as pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, temos participantes vinculados a coletivos não institucionalizados, movimentos sociais e um deles é representante de usuários no conselho de saúde da RA que reside.

Conforme apontam Amarante & Torre (2018), as estratégias utilizadas no campo da saúde mental têm sido reconhecidas como inovadoras no sentido da construção da autonomia e emancipação de usuários para uma participação social nos espaços da esfera pública, contendo um enorme potencial de contribuição no fortalecimento do diálogo das políticas de saúde com os movimentos sociais. Para os autores,

as experiências inovadoras da reforma psiquiátrica, na desinstitucionalização, e no campo do trabalho, da cultura e da inclusão social, podem ser consideradas modelos para refletir sobre a formulação de políticas públicas que promovam o fortalecimento da participação comunitária nas decisões sobre as políticas de saúde (Amarante & Torre, 2018, p. 1104).

Nessa direção, a política de saúde mental tem o desafio de criar outras possibilidades de vida a partir da reinvenção da cidadania. Os serviços de saúde, embora fundamentais à mudança nos modos de cuidado em saúde mental, não devem se constituir como o único espaço de possibilidade de construção de autonomia, protagonismo, empoderamento/empowerment e *recory/recuperação* em saúde mental. É necessário que se amplie o olhar sobre as potencialidades dos usuários e que se promova oportunidades de inserção e participação social que considerem diferentes formas de expressão, respeitando-se os limites e impedimentos impostos pelo adoecimento grave e/ou prolongado (Vasconcelos, 2021).

Nesse sentido, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-D), a última realizada na área, deu ênfase à intersectorialidade como elemento essencial para a constituição de redes de cuidado mais potentes e resolutivas. Uma das propostas aprovadas, reconhece que

[...] é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o ‘protagonismo social’, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. (Brasil, 2010, p. 63).

A efetivação do direito à participação social na saúde mental pressupõe, assim, a interlocução com outras áreas e outras políticas sociais, a fim de que se promova as condições necessárias para que a participação ocorra. Dessa forma é requerida uma intersectorialidade de setores e políticas públicas para além da saúde, como cultura, trabalho e renda, assistência

social, com vistas a oferecer condições adequadas para que pessoas usuárias dos serviços possam construir e reconstruir suas vidas com autonomia e protagonismo no espaço da cidade, que é onde a vida acontece.

É nessa direção que “a produção de saúde e a construção de projetos de vida centram-se sobre a reinscrição da loucura na cidade” (Amarante & Torre, 2018, p. 1097). Ou seja, é por meio do cuidado em liberdade, da inovação nas práticas de atenção e cuidado nos serviços de saúde para que favoreçam a participação em decisões sobre o cotidiano do tratamento, da interlocução com outros sujeitos, coletivos e movimentos sociais que pessoas usuárias têm oportunidades de construir histórias de vida que incluam a participação social em seu sentido mais amplo.

Sob o ponto de vista das pessoas usuárias participantes deste estudo há o reconhecimento da centralidade do Caps na Raps. O Caps é ponto de chegada para o cuidado em liberdade e deve funcionar como apoio à construção da autonomia e do protagonismo de pessoas usuárias na criação de projetos terapêuticos e de vida que possibilitem a realização da cidadania, tanto no seu próprio espaço como em ações articuladas com outros espaços e instituições no território.

Os Caps é o maior médico hoje da saúde mental, não é o médico que está lá, mas sim o próprio Caps. É o ambiente de liberdade que você se trata com liberdade, que você consegue se ver como cidadão. É um ambiente de porta aberta que não é obrigado você estar ali dentro, só se você tiver ali. Você pode entrar, pode sair. Esse é o tratamento que se espera e que se quer para a saúde mental, e que se quer para nos tornar cidadão, porque se a gente não tiver essa liberdade, nós não temos saúde. [Entrevista U6]

o Caps vem e me manda para o..., vendo a minha evolução, me manda para uma capacitação na UnB. Aí nós ficamos, não sei se foi um ano, um ano e pouco, naquele curso. Eu não perdi uma aula, eu ficava doido para ir, e a mulher o tempo todo brigando: “Por que você quer isso? Não dá dinheiro. Não mexe com isso, não”. Eu falei: “Eu vou, mulher, é compromisso. Eu tenho a visão de que eles não estão... eles não chamaram a gente para esse curso não foi à toa”. Eu sempre apostei nisso aí: Não me mandaram aqui à toa. [...] eu sempre dormia uma boa parte das aulas, mas eu pegava muita coisa, mas não era aquela coisa assim, de estar prestando atenção. Até quando veio o Prof. Eduardo Mourão, no final do curso de extensão. E aí, nessa hora eu não consegui dormir, porque tudo o que o Professor falava ia ao encontro à minha pessoa. Aí eu passei a prestar atenção, evolui, e aí veio a ideia de fazer a capacitação para o facilitador. Só que antes dessa capacitação, a gente já estava no final do ano, então teve um encontro de Bauru, fomos para Bauru! [Entrevista U1]

Conforme já apontado neste trabalho, a participação social na saúde mental, principalmente no que se refere aos mecanismos institucionalizados, realiza-se, na maioria das vezes, a partir de mediações feitas por profissionais e trabalhadores(as) da área. Existe um

caminhar em construção para que pessoas em sofrimento psíquico tenham mais protagonismo e autonomia para a participação. Por outro lado, para profissionais e trabalhadores, engajar-se em ações de participação pressupõe ter presente uma determinada visão de mundo que contemple o pensar e agir a partir de um movimento orgânico da coletividade, conforme pode ser observado na reflexão posta no trecho da narrativa a seguir:

Eu falo que o importante, que eu fui aprendendo na minha vida, é que a gente tem que ser muito natural. E eu não sou diferente nas minhas relações na saúde mental, é o jeito que eu sou [...] “Eu gosto de estar com os outros. Eu gosto de estar no serviço”. Eu passo às vezes uma mensagenzinha para os usuários, eu converso com naturalidade, não é buscando um dado para fazer uma evolução num prontuário, nem para construir uma história de vida, é que é diferente do interesse pela vida. [...] transcender é muito mais complexo do que eu só reproduzir. Porque se a gente não provocar a reflexão dessa visão de mundo, a que está lá dentro dos serviços não vai mudar! [...] A {visão} que está lá dentro do serviço, ela vai continuar. Tem que fazer oficina? Vamos embora fazer. É moderninho fazer oficina, vamos fazer. Mas não muda na essência. Então acho que lidar com história oral, trabalhar com histórias de vida, pode provocar uma mudança na essência. E é isso que nós precisamos, não enquanto saúde mental só, mas nós precisamos enquanto sociedade mesmo [Entrevista P4]

Não obstante, entre as estratégias necessárias ao processo de construção de sujeitos políticos capazes de protagonizar as lutas sociais por uma saúde mental antimanicomial, está a luta por uma educação cidadão crítica, por uma formação profissional orgânica, que articule conhecimentos teóricos e vivências nos mais diversos espaços de participação popular, social e política, conforme destaca a narrativa a seguir:

Então, acho que a primeira coisa, além de uma formação assim, de a gente se entender como sujeito político em todas as categorias, que tem algumas categorias que normalmente passam por isso e outras não. A minha não passa por essa formação como sujeito político. Você precisa de ter referências de militância, de pessoas que efetivamente sejam militantes na prática, e eu tive isso. [Entrevista P3]

O desafio da formação crítica e cidadã dos trabalhadores está posto para todas as áreas do conhecimento e de atuação, uma vez que a emancipação política da classe trabalhadora entra em contradição com os objetivos do capitalismo de exploração da força de trabalho para aumento das taxas de lucro e de manutenção do *status quo*. Essa forma de operar da sociedade capitalista dificulta a constituição de sujeitos políticos, assim como a organização de movimentos de luta. Essa é uma realidade muito presente no campo da saúde mental, em que diferentes organizações atuam pautadas por objetivos divergentes e contraditórios. Enquanto a maioria dos movimentos de luta antimanicomial estimulam pessoas usuárias e familiares à

participação, nas suas mais diversas formas, em prol da luta pelo cuidado em liberdade e por uma saúde mental integrada a outros direitos sociais e humanos, movimentos capitalistas, essencialmente operados pela lógica da saúde como mercadoria, lutam em direção contrária, buscando ganhos econômicos nas operações em saúde, estimulando a medicalização do sofrimento e atuando sob a perspectiva do usuário(a) objeto de lucro.

Com o objetivo de conhecer como e desde quando a atuação em coletivos e movimentos sociais faz parte da vida dos participantes desta pesquisa, buscamos identificar nas histórias de vida narradas vivências impulsionadoras do engajamento em coletivos de lutas sociais. Destacamos, a seguir, experiências narradas por profissionais acontecidas ainda antes da atuação na saúde mental, considerando a dimensão e importância que tiveram na constituição de suas trajetórias participativas.

[...] Depois, eu entrei no grupo da Igreja Católica, eu sempre cresci na Igreja Católica, e eu participei dos grupos de jovens, de tudo, ainda a gente foi parte da formação das Comunidades Eclesiais de Base, enquanto movimento pastoral, eu era da Pastoral da Juventude, fui da Pastoral da Saúde. Então eu cresci nesse movimento e sempre participei, e entendia isso, que a gente precisava se organizar de alguma forma, que a gente tinha que fazer alguma coisa para ir contra o que não estava certo. Inclusive na própria igreja a gente questionava. [...] então eu entrei na UnB em janeiro de 1992, eu comecei a fazer Serviço Social, aí eu conheci CA, o Centro Acadêmico de Serviço Social, e gostei muito, achei bem legal e tudo, e comecei a participar, e no segundo semestre eu entrei para o CA. E, também, comecei a participar de um projeto extensão, que eu acho que foi assim, foram duas marcas que contribuíram para a minha formação como militante, que foi no CA, embora eu já tivesse essa trajetória, mas enquanto uma perspectiva mais política, mais ampla, e, também, a desconstrução do que é o Serviço Social. [...] eu morava no alojamento estudantil [...] e aí entrei na associação de moradores do alojamento. Eu tenho essa coisa inquietude, assim..., onde eu estou, eu tenho que participar das coisas, não aguento ver as coisas e ficar calada. Então a gente tinha lá a AMAE, que era a Associação dos Moradores da Casa do Estudante. [...] Eu vivi bem a universidade, eu participei de pesquisa com o professor Pedro Demo, o professor Faleiros. [...] trabalhando no SeCria eu também pude me envolver na militância, nos movimentos sociais, de Direitos Humanos, de crianças e adolescentes, de mulheres, porque a gente trabalhava com a pauta da violência sexual. E ali também foi uma escola para mim, eu comecei a participar do Conselho de Direitos, do Fórum de Defesa dos Direitos da Criança, e foi onde eu também aprendi sobre a militância, as conferências, e todo aquele processo. [Entrevista P1]

[...] O fato é que eu me embrenhei nessa cultura. E a cultura hip-hop é muito rica porque ela nasce... a origem dela, ela nasce nas periferias dos Estados Unidos, como uma forma de trazer para o jovem periférico – e nos Estados Unidos com a particularidade de envolvimento com gangues – uma outra dimensão, uma outra dimensão que pudesse tirar a adolescência do crime, e a cultura era um caminho para isso. Então, a música, a dança, o grafite, é muito importante para a construção desse processo. E as letras do rap são muito críticas. Na década de 90, principalmente, que foi a minha adolescência, o rap em si, compunha problematizações profundas sobre a sociedade, sobre as

contradições dela, seja falando sobre a polícia na comunidade, seja falando sobre a perseguição racista nas favelas. E eu digo que isso, para mim é um marcador muito importante, porque, de fato, é o que desperta a minha perspectiva crítica para o mundo. Então não foi a escola, não foi faculdade, não foi nada da educação formal que não de uma cultura embrenhada no centro da periferia. Bom, então isso, para mim, é muito marcante, é muito importante até hoje. [Entrevista P6]

Então lá em Goiânia ainda na época, nos anos 1991 a 1996, foi quando eu trabalhei na Visão Mundial, eu atuei na criação, na implementação dos conselhos de direitos da criança e do adolescente, na militância. Então nós trabalhamos essa articulação toda e aí eu participei também do Conselho de Direitos do Estado, o primeiro... na primeira... foi... acho que foi primeira e segunda gestão. Uma como suplente e outra como titular. Então já venho dessa história de militância não é de hoje, não. [...] eu acabei passando no concurso da saúde e foi quando eu entrei na saúde lá em Goiás. Só que eu fui trabalhar em hospital [...] e ao mesmo tempo, nesse processo, eu também estava ligada à luta sindical, às conferências de saúde, o tempo todo eu sempre tive esse meu lado militante.

A partir das narrativas é possível identificar experiências de participação que se iniciam a partir da infância ou juventude, com vivências que passam por espaços como movimento estudantil, organizações e movimentos comunitários, culturais, sociais, de base. O acesso a esses espaços desde cedo é, de certa forma, privilégio de quem tem uma história de vida em liberdade e com condições objetivas e subjetivas (materiais, relacionais, sociais) capazes de garantir essa inserção. Dessa forma, as experiências dos profissionais são compostas por elementos que demonstram a iniciação nos coletivos de luta, a partir das vivências pessoais e sociais, localizadas no tempo e na relação com a história das lutas populares no Brasil.

A participação em coletivos, associações ou movimentos do gênero não compõe a história de vida da maioria das pessoas usuárias dos serviços de saúde mental. Essa é uma realidade bastante presente entre as pessoas em sofrimento psíquico, principalmente entre aquelas que convivem com o adoecimento mental desde muito cedo. Nesses casos, experiências de engajamento em movimentos e coletivos de luta são raras no período que antecede a vinculação a serviços da Raps.

Na presente pesquisa, identificamos referência sobre vinculação a movimentos sociais ou experiência prévia com ações sociais relativas à participação nas narrativas de apenas dois usuários de serviços de saúde mental. Um deles relata a experiência de participação em um acampamento do MST no DF como uma estratégia de sobrevivência que buscou em determinado momento da vida. Outro participante refere-se em a sua atuação junto a um grupo de danças tradicionais de festas juninas em uma Região Administrativa do DF como uma vivência que precede sua vinculação aos movimentos de luta antimanicomial.

[...] E da noite para o dia eu sem nada, como é que eu vou fazer com essa mulher? Ela disse que queria morar comigo, e eu tinha que tomar uma atitude. Aí olhei para um lado, olhei para o outro, lembrei dos Sem-Terra. Aí foi quando eu aprendi outras coisas dentro dos Sem-Terra. Aí eu fui lá nos Sem-Terra, perguntei se eles não davam uma chance para mim, eles me deram um lugar para eu fazer um barraco. [Entrevista U1]

[...] eu já me identificava porque eu já vinha fazendo trabalho social com o Arraiá, eu sou fundador do Arraiá Arrasta Jegue, dentro da Ceilândia Norte, que é composto por... são 12 quadrilhas, 4 quadrilhas se apresentam na sexta, 4 no sábado, e 4 no domingo. E nisso, eu já vinha fazendo torneio de futebol para arrecadar alimento para molecada, para fazer enxoval. Entendeu? Para as pessoas que realmente necessitam [Entrevista U5]

Se por um lado, as experiências das pessoas usuárias com coletivos e movimentos sociais que operam uma participação mais instrumentalizada no âmbito da esfera pública, aparecem em menor quantidade, por outro, todos os(as) participantes da pesquisa destacaram em suas narrativas a importância de práticas participativas em ações de mobilização em outros espaços como é o caso da participação em audiência pública para discussão da política de saúde mental no DF, realizada na Câmara Legislativa do DF em 25/02/2019.

Conforme já destacado anteriormente, a construção do protagonismo de pessoas usuárias de saúde mental nos espaços participativos pressupõe uma abertura das práticas participativas para formas de expressão que contemplem a arte e cultura entre suas manifestações. Em relação a presença e participação de pessoas usuárias e familiares na audiência pública acima referida é importante destacar a atuação do Obsam/DF através do Projeto de extensão SIEX 59275 - Processos Formativos e Participativos para o fortalecimento da Raps e do protagonismo dos usuários da Saúde Mental. Por meio da realização de ações de formação política para a cidadania, realizadas ao longo de mais de um semestre, foi possível sensibilizar e mobilizar pessoas usuárias, familiares e trabalhadores(as) de serviços da Raps/DF, essencialmente Caps, para participarem da audiência com protagonismo.

A ação prévia culminou com uma expressiva presença de pessoas usuárias, familiares e trabalhadores(as) no dia da audiência. Presentes no espaço público da CLDF protagonizaram uma manifestação operada pela técnica do Teatro do Oprimido, para a qual foram utilizados recursos como arte visual com cartazes com frases de luta e antimanicomiais, elaborados pelos participantes em oficinas prévias, leitura de texto, do gênero crônica, autoral e execução de música, do gênero marchinha de carnaval, também de autoria de integrantes do Movimento Pró Saúde Mental do DF. O espaço de fala foi partilhado entre pessoas usuárias e a representante do Observatório na mesa diretiva da audiência e configurou-se como uma experiência de prática

participativa orgânica e representativa da diversidade das formas de participação que podem ser realizadas nas discussões das políticas sociais e na esfera pública, no sentido de contemplar as diferentes possibilidades da participação social.

O trecho da narrativa transcrito a seguir destaca a relevância dessa ação, assim como os outros dois apresentados na sequência também refletem a atuação política de pessoas usuárias em outros espaços de participação social institucionalizados, em eventos científicos, movimentos e organizações da sociedade civil.

Realmente isso aí foi um fato muito importante voltado para saúde mental do Distrito Federal {refere-se à audiência pública para discussão da política de saúde mental no DF em fevereiro de 2019}, e do Brasil, porque na verdade a gente teve muito avanço, quando eu digo avanço eu não digo só na política voltada para saúde mental em si, eu não digo do equipamento público Caps, mas o avanço é você conseguir empoderar e dar voz para esse usuário. Nesse dia tinham muitas frases ali naqueles cartazes que elas eram minhas, mas também tinham muitas pessoas que ficou à vontade para escrever aquilo que ela pensava, e colocar para fora aquele sentimento de transformação e mudança, e isso é muito positivo dentro da saúde mental. [...] pra mim essa audiência pública ela nos deu essa oportunidade também de apresentar arte, mas a arte, ela não é minha, a arte, ela é do povo. Quando eu digo “no Carnaval desse ano eu vou pular insano, insano...”, quando eu digo “sem manicômio que é um horror, nosso lema é mais amor”, eu digo em alto e bom tom, que é realmente para empoderar essa nação. Como que eu empodero essa nação, sem dar um passo para buscar essas mudanças e transformações que a saúde mental precisa, que qualquer ser humano, além do Caps, precisa para ter uma vida digna? Como você vai dar dignidade para uma pessoa que às vezes não tem nem o que colocar dentro de um prato para ela comer? Dificilmente você consegue empoderar. [...] Quando a gente sai para organizar um congresso, ou um evento como aquele, é muito gratificante. Por quê? Porque você além de dar voz a si mesmo, você está dando a voz para o outro, e isso na verdade é o que eu chamo de acolhimento, de acolher de fato e de verdade. Porque não adianta eu sair por aí, dizerem assim: “Pô, eu quero um tratamento humanizado, eu quero o melhor tratamento do mundo”, se eu não valorizo o meu Caps, se eu não valorizo a saúde mental, se eu não valorizo esses espaços que o Observatório da UnB te dá. Entendeu? Às vezes são espaços que você tem que lutar por eles porque ele é seu, ele te pertence, é algo que te pertence, se é algo que te pertence, valoriza! [Entrevista U5]

[...] apareceu uma chance de eu virar conselheiro de saúde. Eu falei: “Eu vou virar conselheiro de saúde, que é uma ferramenta que vai me ajudar muito a lidar com esse pessoal aqui”. E não deu outra, o dia que eu consegui virar conselheiro, eu consegui mudar a gestão do Caps. [...] {Atualmente} sou Coordenador do Fórum de Rua, de população em situação de rua, integrante do Movimento da Luta Antimanicomial e do Pró-Saúde Mental aqui do DF... Participo do Movimento MNPR, que é o Movimento Nacional de População de Rua. Hoje não sou coordenador mais, agora sou integrante. Estou, sou facilitador {facilitador de GASM} do MST... Vice-presidente do Coletivo de Luta Antimanicomial Nacional, participo do Monula, que é o Movimento Nacional de Usuários da Luta Antimanicomial, sou facilitador do grupo de Ajuda Mútua do Monula, que é com pessoas de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, sou do grupo da Renila, faço parte da Renila. E aqui em Brasília estou

como representante dos usuários de Caps. Eu fui eleito no Sobradinho como representante dos usuários de Caps no Conselho de Saúde. E agora, na próxima eleição, vou me lançar a presidente do Conselho de Saúde de Sobradinho. [Entrevista U1]

[...] Represento em várias atividades. Por exemplo, agora mesmo, esses tempo agora, a gente tem feito várias lives. Eu estou lá no Clube dos Amigos da Saúde Mental. O Grupo Recovery é um outro. Eu não estou... eu não sou presidente dele, mas eu sou a pessoa que palestro nele. Sou eu que dou as palestras no Grupo Recovery Brasil. Que o Recovery Brasil, ele é nacional. [...] E aí são essas atividades então, por exemplo, na Abrasme, quando a Abrasme faz um evento, um fórum, que é nacional e internacional, eu sempre tô como representante... do usuário, né! [Entrevista U6]

Conforme apontado por Vasconcelos (2019) os movimentos sociais na saúde mental no Brasil são mistos, compostos por pessoas usuárias, familiares, profissionais, técnicos trabalhadores dos serviços. Essa característica ao mesmo tempo que dá pluralidade ao movimento contribui para uma certa dependência das pessoas usuárias e familiares em relação aos profissionais. Nesse sentido, as dificuldades concentram-se tanto no interior do campo antimanicomial, com as particularidades do perfil dos sujeitos e os desafios da própria organicidade da luta quanto na relação direta com os outros segmentos que também disputam a hegemonia na direção da política de saúde mental.

Isso porque as lutas por mudanças de paradigmas e práticas na saúde mental inserem-se no contexto das lutas sociopolíticas da sociedade capitalista e como tal são permeadas de contradições e atravessadas pela conjuntura histórica. No interior da sociedade civil encontram-se movimentos e organizações com princípios e propostas diferentes e divergentes que disputam por hegemonia na direção da política de saúde mental.

Ainda, muito embora a Reforma Psiquiátrica seja um movimento que acontece em vários países do mundo, as características como se configurou no Brasil são peculiares. Como já destacado, o movimento pela RPB tem seu despontar no contexto das lutas sociais pela redemocratização do Brasil no decorrer dos anos 1970/1980, articulando-se ao movimento da RSB na luta pela saúde como direito social constitucional. Em sua composição e princípios, constitui-se como um movimento social heterogêneo, inicialmente, formado por algumas categorias profissionais, que ansiavam por mudanças nas práticas de cuidado e pela construção de um “outro lugar social para a loucura”, configurando um campo de luta antimanicomial (Amarante, 2007; Amarante; Nunes, 2018).

No movimento pela RPB, como parte das lutas de classes, que é característica da sociedade capitalista, atravessada pelas particularidades da formação sócio-histórica cultural do Brasil, foi se configurando campos de luta e de disputa pela direção da política de saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2016), têm-se, por um lado, um campo de caráter revolucionário, que se alinha às lutas em defesa da democratização do país e outras pautas no âmbito dos direitos humanos, com forte participação social e atuação de trabalhadores, pessoas usuárias e familiares, que lutam por uma saúde mental antimanicomial articulada à luta pela construção de um outro modelo de sociedade. Por outro lado, composto por representantes de setores privatista, empresas capitalistas, indústria farmacêutica, planos de seguros privados de saúde, encontram-se movimentos mais conservadores, que se pautam pelo viés econômico e visam lucrar com o sofrimento e adoecimento mental produzido pelo próprio sistema capitalista.

Basicamente, o campo da saúde mental move-se pela correlação de forças dos movimentos mais conservadores, com grande poder econômico e que se utilizam de estratégias higienistas em nome do progresso das cidades, e os movimentos mais progressistas e revolucionários, que lutam pelo direito à saúde na sua integralidade, e denunciam o sistema capitalista como fonte de opressão e adoecimento mental. Os dois disputam a hegemonia e direção da PNSM.

Não obstante, como é próprio da realidade dialética, no próprio campo antimanicomial foram se constituído espaços de contradições. No início, o discurso que permeou a RPS esteve direcionado à uma radicalidade, haja vista a ênfase dada ao lema “por uma sociedade sem manicômios”, pelos movimentos que deram início às lutas por mudanças na saúde mental, ainda no contexto das lutas pela redemocratização e aprovação da Constituição de 1988³⁰. Posteriormente, e principalmente dentro do contexto de retração dos movimentos sociais nos anos 1990/2000 e como consequência da implementação do modelo econômico neoliberal, a perspectiva reformista dos serviços foi ganhando espaço no campo antimanicomial.

No contexto mais recente, as consequências das reformas neoliberais avançaram sobre os direitos sociais e a democracia, precarizando as condições de vida, de trabalho e de organização da classe trabalhadora. Os últimos anos foram de retrocessos na política de saúde mental no Brasil, com precarização dos serviços de base comunitária em contrapartida ao fortalecimento da assistência psiquiátrica e das comunidades terapêuticas, que representam uma lógica de tratamento privatista, hospitalocêntrica, manicomial.

Em enfrentamento a esses retrocessos, o campo antimanicomial busca se manter resistente e em luta pela revogação de um conjunto de normativas que descaracterizaram e/ou afastaram a PNSM dos pressupostos da RPB. Atuam nesse campo sujeitos coletivos de luta como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), a Rede Nacional Internúcleos

³⁰ “Por uma sociedade sem manicômios: a radicalidade” foi lema do histórico Manifesto de Bauru, em 1987.

de Luta Antimanicomial (Renila), a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), a Frente Ampliada de Saúde Mental (Fasm)³¹. Além desses, entidades coletivas históricas da área da saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) também têm importante papel nas lutas sociais por uma saúde mental antimanicomial.

Do outro lado, defendendo práticas de atenção focadas no modelo biomédico e na medicalização do sofrimento mental, na hospitalização e no tratamento isolado, encontram-se setores representantes do capital e do conservadorismo. São representantes desses segmentos a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e o próprio Conselho Federal de Medicina (CFM), que tem defendido a centralidade médica no cuidado em saúde mental, além de representantes da indústria farmacêutica e do setor privado de saúde. O grande poder econômico e político dessas entidades é utilizado para disseminar narrativas conservadoras, higienistas, nazifacistas, que são fonte dos retrocessos na PNSM.

No trecho da narrativa a seguir remete a situações que retratam parte da complexidade relacional, política e econômica que ascendem sobre o campo da saúde mental e da formação de pessoas usuárias como sujeitos políticos. O conjunto das situações relatadas permite inferir que ao mesmo tempo que a união de profissionais, trabalhadores(as) e usuários fortalece a luta pela causa da saúde antimanicomial existem, também, problemas concretos decorrentes de questões relacionais e de divergências, principalmente quando pessoas usuárias passam a questionar as estruturas dos serviços e a atuação dos profissionais.

Quando a gente voltou de Bauru, a gente recebe um golpe, um golpe produzido pelo então Coordenador de Saúde Mental do Brasil, o tal de Quirino Cordeiro e o Ministro Osmar Terra, que estavam produzindo um retrocesso enorme na saúde mental, a volta de todos os sistemas de tortura, todo aquele processo ruim. Eu falei: “Como assim, cara? O Caps é tão bom, para quê que vai fazer isso?”. E aí eu não entendia, e aí eles foram e fizeram. Então foi um golpe... E as pessoas que estavam na causa junto comigo, que eu vinha acompanhando... Porque eu não era só um usuário do serviço mental, de tanto eu ir lá, eu passei também ser um apoiador. Então, do mesmo jeito que o cuidador cuidava de mim, eu cuidava do meu cuidador. E vi a decepção deles. Vários profissionais saíram da Rede de Atenção Psicossocial por causa da pressão, ótimos profissionais, que atendiam com todo carinho, e o Caps passou a viver uma situação difícil, assumiu uma nova gerente lá, e o Caps foi perdendo profissionais. E eu entendendo um pouco o que era o retrocesso, eu vi que ela se alinhou às clínicas de reabilitação, às comunidades terapêuticas. E aí um dia eu fui questionar ela, ela falou que eu não entendia de nada, que ela que entendia, e comunidade terapêutica não era o que eu estava ouvindo

³¹ Para conhecer os posicionamentos e as bandeiras de lutas dos sujeitos políticos envolvidos no campo da saúde mental ver o trabalho de Lira (2021).

falar, que era estigma, que eu tinha que aceitar esse fluxo. Eu falei: “Jamais! Eu já passei por uma comunidade terapêutica, é você que não está sabendo”, “Não, eu trabalhei em comunidade terapêutica”, ela me questionou e disse que já foi de uma comunidade. Eu falei: “Então você é manicomial”. E aí me posicionei contra essa gerente. Quer dizer, eu comecei a bater o pé no chão aí, falei: “Não, não é isso que eu quero, não é esse o tratamento que eu quero. Eu quero o tratamento que eu recebia antes, humanizado e eu era bem acolhido. Agora vocês vêm aqui, vocês não dão nem bom dia para a gente, e trata a gente como louco! O profissional agora não quer mais dialogar, vem aqui, troca receita e vai embora, só. Não!”. E aí comecei a denunciar, denúncia de um lado, denúncia do outro, eu via um defeito denunciava. E vi que as minhas denúncias estavam surtindo efeito. Aí quando eu atingi a gerente, o quê que ela fez? Me deu alta compulsória, disse que eu já estava bom, que eu não precisava mais do Caps, que era para ir procurar uma UBS. Falei: “Eu vou procurar uma UBS?” “Não, eu vou ligar lá para eles te receberem”. Eu falei: “Eu não vou lá, não. Eu quero ficar aqui”. E resisti, e resisti, mas só que ela também era resistente, e eles estavam com o poder na mão, então eu acabei indo para uma UBS. Só que eu fui na UBS? Fui nada! Eu vou no Caps de teimoso, e briguei, briguei, até que conseguimos trazer alguns profissionais... [Entrevista U1]

Ainda, dentro do que cabe essa complexidade que envolve a participação social e a constituição de sujeitos coletivos de luta em uma sociedade capitalista, e mais especificamente no campo da saúde mental, em que persistem características próprias de um movimento que é misto e plural tanto no que se refere a sua composição – pessoas usuárias, trabalhadores(as), profissionais, quanto em relação aos processos relacionais e de disputa por poder em situações que envolvem a desconstrução de práticas institucionalizadas e requerem a invenção de novas relações capazes de fomentar o protagonismo e a autonomia daqueles que usualmente são vistos como dependentes e sujeitados às regras e normas institucionais.

Nesse sentido, conforme aponta Vasconcelos (2019), a constituição dos sujeitos políticos coletivos no campo da saúde mental tem uma característica de composição essencialmente mista, formada por pessoas usuárias, familiares, técnicos e “amigos” da saúde mental, sendo, na sua maioria, os “amigos” trabalhadores da saúde mental e pessoas identificadas com a causa e assumidas como membro participante da associação. Segundo o autor,

o padrão típico de militância de lideranças individuais de usuários e familiares apresenta uma enorme fragilidade, por diversas razões específicas. Em primeiro lugar, a militância social e política direta por si só, com seus conflitos, relações de poder e formas de cooptação por cima, sem os demais níveis de organização, participação e controle pela base, gera um perigoso descolamento das lideranças de suas bases e de uma sociabilidade mais cotidiana e espontânea. Além disso, essa militância direta e contínua só é viável para pouquíssimos usuários e familiares, devido às dificuldades e limitações intrínsecas colocadas pelo próprio transtorno ou pelos efeitos

colaterais dos psicofármacos, pela ausência de organizações de base que sustentem essa militância, ou pelas próprias exigências da vida cotidiana e de cuidado no âmbito da família. Adicionalmente, a maioria absoluta das lideranças de usuários e familiares não tem recursos econômicos que permitem uma dedicação maior à militância, sem prejuízo de seus trabalhos para gerar renda ou de sua busca por eles, ou de seu cuidado dentro da família. E ainda mais, poucos têm acesso aos meios informacionais modernos, não só pela dificuldade de ter um computador com acesso à Internet, como também de obter os conhecimentos básicos necessários para a sua utilização (Vasconcelos, 2019, p. 6).

Essas características da composição dos sujeitos políticos que lutam pela saúde mental antimanicomial interferem na autonomia de pessoas usuárias e familiares e impactam o protagonismo das ações no dia a dia, gerando uma dependência e fragilidade organizacional e política muito grande em relação aos técnicos e aos serviços (Vasconcelos, 2009).

Ademais, como é próprio da organicidade das lutas sociais, essa pluralidade de atores políticos, apresenta posicionamentos ora conflitantes ora consensuais sobre questões relacionadas às estratégias de luta, contudo, situam-se dentro de uma mesma perspectiva de transformação da sociedade manicomial em uma sociedade sem manicômios. Conforme destacam Lüchmann & Rodrigues (2007, p. 400),

O movimento antimanicomial constitui-se como um conjunto (plural) de atores, cujas lutas e conflitos vêm sendo travadas a partir de diferentes dimensões sociopolítico-institucionais. [...] Trata-se de um movimento que articula, em diferentes momentos e graus, relações de solidariedade, conflito e de denúncias sociais tendo em vista as transformações das relações e concepções pautadas na discriminação e no controle do “louco” e da “loucura” em nosso país.

Nesse sentido, por ser uma organização não homogeneia, Amarante (2000), defende que o mais preciso é falar em movimentos na luta antimanicomial, no sentido mesmo de algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas. Por ser um movimento que tem optado por uma forma de organização política que foge aos moldes das instituições tradicionais (associações, sindicatos, paridos) e por lutar por outras formas de conceber e lidar com a loucura é correto considerar as suas várias expressões no tempo ou no espaço como expressões típicas de uma forma de organização não institucionalizada (Amarante, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos algumas reflexões sobre a realização deste estudo, pautadas pelas análises das narrativas dos participantes sobre suas trajetórias participativas. Importante (re)lembrar que a participação social é tomada aqui como uma dimensão fundamental da formulação, implementação e avaliação de políticas sociais, em especial, da política de saúde e saúde mental, em convergência com as diretrizes do SUS e da RPB. Avançar nos processos participativos em saúde significa seguir na direção da materialização da democracia, da defesa dos direitos humanos, da justiça social e da cidadania.

No campo da saúde mental, os avanços nas políticas de atenção e cuidado possuem estreita relação com processos, formais e informais, de participação social, que culminaram em conquistas de direitos às pessoas usuárias e na estruturação da política de saúde mental, pautada pelas diretrizes do cuidado em liberdade no território e nas práticas de atenção psicossocial.

Nesta direção, este estudo buscou identificar elementos favorecedores, dificuldades existentes e potenciais estratégias ao processo de participação social, a partir das narrativas de pessoas usuárias e profissionais do campo da saúde mental, reconhecidas como sujeitos políticos atuantes nas lutas por uma saúde mental antimanicomial, participativa e integrativa.

Destacamos a escolha metodológica, que privilegiou a história oral em sua técnica de história de vida, como potência deste trabalho. Isso porque, ao trazermos para o debate a participação social na perspectiva de quem a faz oportunizamos ‘dar voz’ às pessoas que se encontram engajadas diretamente nos processos participativos em saúde mental. Não obstante, no caso de pessoas em sofrimento psíquico, a publicização de narrativas de vida pode funcionar como estratégia de *recory*/recuperação em saúde ao estimular o olhar para vivências passadas e oferecer oportunidade para ressignificar experiências difíceis, dolorosas, de sofrimento, além de motivar que outras pessoas, num movimento de identificação de pares.

Dentre os resultados da pesquisa identificamos que a trajetória participativa das pessoas que contribuíram com este estudo teve início em fases e momentos diferentes da vida. Isso significa que as vivências estimuladoras do despertar participativo se apresentam de forma distinta e diversa, conforme o grupo de pertencimento.

Para o grupo de participantes de profissionais e trabalhadores da área, experiências participativas são conhecidas e experimentadas em momentos da vida escolar, na infância e juventude, nas vivências com o esporte, a arte, cultura, religiosidade, na formação profissional,

demonstrando que a atuação política e participativa é construída historicamente e baseia-se nas experiências em espaços e serviços coletivos, que possibilitam o desenvolvimento do relacional, do subjetivo e da formação profissional crítica. Para este grupo, a participação social assume um sentido de ser e estar no mundo, de pensar a saúde mental e a coletividade, a sociedade.

Já para o grupo de participantes de pessoas usuárias as trajetórias participativas apresentam-se como possibilidade mais recente, pós início da vinculação aos Caps e, em sua maioria, a partir da possibilidade de formação política e da formação de facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuo, oferecidas pelo Obsam via projeto de extensão universitária.

Muito embora o momento da vida e as razões que ensejaram a vinculação em movimentos sociais e coletivos de luta tenha acontecido de forma diferente nas trajetórias das pessoas com sofrimento psíquico, profissionais e trabalhadores dos serviços, em comum, elas têm vivências que funcionaram como um despertar para a vida participativa. Nisso existem aspectos importantes a serem considerados e que passam pelas condições objetivas e subjetivas de existência das pessoas, que são garantidoras do ‘ser e estar’ em sociedade.

No que se refere as condições subjetivas é importante pensar que uma pessoa que passa grande parte de sua vida sem direito à voz, sofrendo preconceitos, violências, excluída das relações sociais mais amplas, encontra muito mais dificuldades para exercer seu direito à participação. Muitos processos subjetivos relacionados a traumas, sentimentos, emoções são obstáculos, pois muito embora sejam individualizados eles são produzidos socialmente e se tornam dificuldades para a realização de funções básicas da vida cotidiana e, conseqüentemente, para o exercício da participação social e da cidadania.

Para além das diferenças nas construções de subjetividades entre pessoas com condições materiais para suprir as necessidades básicas da vida e aquelas que têm sua subjetividade, seus desejos e as próprias necessidades de sobrevivências negadas, estão as condições objetivas de acesso aos espaços participativos, sejam eles encontros de coletivos e movimentos sociais ou audiências, consultas públicas, conferências. Uma pessoa que precisa ultrapassar barreiras emocionais e objetivas para se aproximar de outra pessoa, palestrante, componente de uma mesa de debates, enfrenta dificuldades muito maiores para realizar funções que a militância e a vida organizativa requerem.

Nessa direção, são apontadas dificuldades para o protagonismo de pessoas usuárias nos espaços participativos que perpassam pelos estigmas e preconceitos em torno da ‘loucura’ e da saúde mental, somando-se a condição de vulnerabilidade, decorrente da interseccionalidade de

marcadores sociais, como pobreza, cor e classe social, que colocam barreiras de acessos aos direitos sociais. Para além disso, a existência e reprodução de práticas manicomializadas, autoritárias, engessadas burocraticamente nos serviços também é apontada como dificuldade, tendo em vista que a participação de pessoas usuárias é uma ação que ainda depende de iniciativas realizadas pelos profissionais e trabalhadores dos serviços da Raps.

Avançar na democratização das relações de poder e nas condições de cidadania para todos é um desafio. Enquanto as diferenças de acesso, satisfação e manutenção das necessidades humanas básicas – moradia, transporte, saúde, educação, cultura, lazer - forem desiguais, e a concepção de cidadania não abarcar as especificidades das formas de ser, viver e estar em sociedade, o direito a participação continuará sendo privilégio de alguns, prioritariamente, daqueles que possuem melhores condições de manutenção da vida e acessam educação de qualidade, arte e cultura. Nessas condições, a participação social terá sempre limites em alcançar sua efetividade, pois padecerá de uma representatividade maior da diversidade dos grupos populacionais que compõem a sociedade.

Participar de espaços públicos, estar em lugares diferentes, contar experiências e trajetórias de vida são situações comuns para muitas pessoas, que sem muitas dificuldades realizam-nas de forma habitual. Para uma pessoa em sofrimento psíquico isso representa o não habitual, um acontecimento excepcional, muitas vezes, um desafio repleto de obstáculos, dada a sua condição específica de saúde e as formas como foi e é tratada, quase sempre carregadas de preconceitos. Por isso, para quem conseguem vencer as dificuldades e os obstáculos, estar em espaços públicos e poder participar, ser ouvido, representar seus pares, tem grande significado e constitui registro de memória, capaz de funcionar como elemento favorecedor de recuperação e cuidado em saúde e de empoderamento. Funciona como estímulo à formação política, a criação de uma consciência coletiva, de classe, e para o engajamento em movimentos e lutas sociais.

Nesse sentido, é necessário pensar sobre os limites dos espaços participativos institucionalizados para as pessoas em sofrimento psíquico e outros segmentos que apresentam especificidades nas suas condições de existência e forma de organização. Em geral, conselhos, conferências, comissões, fóruns de discussão, sobrevalorizam a participação técnica, advinha da fala ordenada, embasada em dados científicos, articulada politicamente, condição que pessoas em sofrimento psíquico têm dificuldade de alcançar dadas as especificidades da condição de existência e da relação com a sociedade mais ampla.

Potencializar outros dispositivos participativos para além dos instrumentos institucionalizados nas políticas sociais - conferências e conselhos - não significa negar ou reduzir a importância que esses mecanismos têm na esfera pública. Outrossim, significa considerar outras possibilidades de participação social, que possam ser capazes de contemplar a pluralidade das existências e as diversas formas de cidadania requeridas.

Os diversos dispositivos – grupos de ajuda e suporte mútuo, reuniões e encontros de coletivos e associações, formais e informais, ‘torneio/campeonato de futebol interCaps’, projetos de extensão universitária, centros de convivência como a Inverso, espaços de comunicação como a TV Pinel - identificados nas narrativas evidenciaram que são possibilidades de formação política e de ampliação da participação social. As atividades desenvolvidas por essas iniciativas favoreceram o protagonismo das pessoas usuárias, utilizando-se de metodologias participativas e de estratégias de composição mista para a sua realização.

Essas estratégias são referências inspiradoras e alimentam o ‘esperançar’ nas lutas sociais pela construção de uma outra forma de organização social, cujos valores centrais não estejam pautados no individualismo e na competitividade estimulados no modelo atual, pois nele não cabe a complexidade de todas as pessoas, nem contempla todas as formas de existir, ‘ser e estar’. Ademais, elas são tomadas como vivências estimuladoras de trajetórias participativas de sujeitos atuantes nas lutas pela saúde mental antimanicomial.

Essencialmente, a participação social em saúde mental tem característica mista, dado que é composta associações representativas que reúnem pessoas usuárias, familiares, trabalhadores(as) e pessoas que identificam com a pauta. Nesse contexto, trabalhadores(as) dos serviços da Raps desempenham importante papel, pois além da própria participação como categoria parte do processo, são eles(as) que, através de suas ações, podem estimular o protagonismo de pessoas usuárias nos dispositivos participativos como assembleias, conselhos gestores dos serviços, assim como fomentar a implementação e criação de outros dispositivos como aqueles citados nesta pesquisa. Potencializar esses dispositivos como caminho para a participação é um desafio à Raps e vai requer, entre outras necessidades, formação e capacitação crítica e cidadã dos trabalhadores, para que possam reconhecerem-se como sujeitos políticos do processo da RPB.

Destarte, muitos e complexos são os caminhos ainda a serem percorridos na saúde mental para uma maior participação social e para os avanços necessários à RPB. A promoção de ações e atividades de extensão que articule universidades e serviços assistenciais também se

constitui em estratégia importante e apareceu na pesquisa com muita potência. Esse tipo de ação, viabilizada pela extensão acadêmica, é capaz de promover formação política e capacitação de trabalhadores e pessoas usuárias, com valorização de saberes e reconhecimento de experiências populares e acadêmicas. Esse é um dispositivo potente, pois reúne pessoas com diferentes conhecimentos, que, ao somarem-se, ampliam as possibilidades de construção de uma consciência sanitária coletiva e emancipadora, em decorrência das trocas que promovem.

Entendemos que a ampliação da participação social na esfera pública se faz em um processo contínuo de construção. As estratégias e dispositivos apontados no presente estudo podem contribuir com esse processo de forma a contemplar uma maior pluralidade participativa da população. Contudo, é importante chamar a atenção para a responsabilidade do Estado na formulação de políticas sociais que avancem no acesso aos direitos e na produção de subjetividade e de cidadania para que as condições necessárias à participação sejam asseguradas.

Os dispositivos participativos destacados nas narrativas dos participantes da pesquisa revelam-se ferramentas estratégicas, potencializadores do protagonismo de pessoas usuárias, capazes de produzir sentidos de vida e fomentar a formação política no campo da saúde mental. Eles apontam para uma participação social mais popular, autônoma, comunitária e não burocratizada, quando comparada aos dispositivos formais de participação social existentes nos espaços institucionais das políticas sociais.

Evidencia-se, assim, o quanto é necessário avançar em participação social nas políticas sociais, de forma que os dispositivos participativos possam contemplar as singularidades das pessoas usuárias. Em particular, a organização e implementação de novos dispositivos participativos deveria ser central na agenda das políticas de saúde e saúde mental, no sentido de que sejam criados meios para potencializar a participação social, para que as políticas sejam planejadas a partir das necessidades objetivas e subjetivas de todos os sujeitos cidadãos.

REFERÊNCIAS

ABERS, R., SERAFIM, L.; TATAGIBA, L.. Repertórios de interação estado-sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na Era Lula. In: **Dados** [online] v. 57, n. 2, 2014, pp. 325-357. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0011-5258201411>. Acesso em: 10 de out. 2021.

ALBERTI, V.. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Contemporânea do Brasil, 1990.

_____, V.. **O que documenta a fonte oral?** Possibilidades para além da construção do passado. In: II Seminário de História Oral. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/6767?show=full>. Acesso em 27 jan. 2022

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O.. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, 2018, pp. 2067-2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 3 set. 2021.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 45-65.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. In: **Revista de Administração Pública** [online] v. 52, n. 6, 2018, pp. 1090-1107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 3 de set. 2021.

ARAÚJO, D.; NABUCO, E. "No Espelho do Olhar do Outro" A TV Pinel e a Construção Coletiva da Auto-Imagem em Vídeo. In: **Comunicação & Informação**, Goiânia, Goiás, v. 7, n. 2, p. 232–239, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/ci/article/view/24448>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BALBACHEVSKY, E. Stuart Mill: Liberdade e Representação. In: WEFFORT, Francisco C. (org). **Os Clássicos da Política**. Vol 2. São Paulo: Ática, 13ª edição, 2005.

BAQUERO, M.. Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. In: **São Paulo em Perspectiva** [online], v. 15, n. 4, pp. 98-104, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000400011>. Acesso em: 5 de out. 2021.

BEHRING, E. R.. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERLINGUER, G.. **Medicina e Política**. 2ª ed. Coleção saúde em Debate. CEBES – HUCITEC, São Paulo, 1983.

BIRMAN J. A cidadania tresloucada. In: Bezerra B, Amarante P, (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**. Contribuições ao estado da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 71-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080/1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 de jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 12 de jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

BRASIL. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 12 de jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. 210 p. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Documento orientador da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM)**. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2121-cns-divulga-documento-orientador-e-regulamento-da-5-conferencia-nacional-de-saude-mental>. Acesso em: 8 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. BRASIL, 2004. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/manual-de-caps/2874-manual-de-caps/file>. Acesso em: 03 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 08 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 09 jan. 2023.

BOMFIM, A. C. G.. **Gente é pra Brilhar: a TV Pínel e sua luta por liberdade, democracia, saúde e arte**. 2021. Monografia (Graduação em Comunicação Social - Jornalismo) - Departamento de Comunicação Social / Centro de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO), Rio de Janeiro, 2021.

CHESNAIS, F.. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CICONELLO, A.. A Participação Social como processo de consolidação da democracia no Brasil. In: **From Poverty to Power: How Active Citizens and Effective States Can Change the World**, Oxfam International 2008. Disponível em <http://formacaoredefale.pbworks.com/f/Participacao+Social+como+Processo+de+Consolidacao+C3%A7%C3%A3o+da+Democracia+no+Brasil.pdf> . Acesso em 12 ago. 2022.

COSTA, D. F. C. da; PAULON, S. M.. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. In: **Revista Saúde em Debate** [online], v. 36, n. 95, pp. 572-582, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/?lang=pt#>. Acesso em: 8 ago. 2022.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____, Carlos Nelson. **Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**. São Paulo, Cortez, 2ª Ed. 2008

CORTES, S. M. V.. As origens da participação na área da saúde. In: **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37, 1996.

CRUZ, N. F. de O.; DELGADO, P. G. G.. **O manicômio contra-ataca: Efeitos do golpe de 2016 e do governo de extrema direita na política nacional de saúde mental (2016-2022)**. Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

CRUZ, N. F. de O.. Retrocessos na política nacional de saúde mental e seus efeitos na rede de atenção psicossocial, no período de 2016 a 2020. 2022. 272f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – MEPPSO) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022

DAGNINO, E.. “¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?” En Daniel Mato (coord.), **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, pp. 95-110.

DIMOV, T. **Participação de usuários da saúde mental em pesquisa**: a trajetória de uma associação de usuários. 2016. 258 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

DINIZ, R.. Categorías e Pesquisa: algumas linhas introdutórias. In: MARTINELLI, M.L.; LIMA, N. C.; MONTEIRO, A. A.; DINIZ, R. (orgs). **A história oral na pesquisa em serviço social**: da palavra ao texto. São Paulo: Cortez, 2019.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C.. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.59-81. 2005.

ESCOREL, S. & MOREIRA, M.R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et. al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FALEIROS, V. de P. **O que é política social**. 5ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

FALEIROS, E.T.S.; CAMPOS, T.P. da M.; FALEIROS, V.de P.. (orgs.). **Portas abertas à Loucura**. Curitiba: Appris, 2017.

FERRARI, A. de F. A.. O circuito dos afetos na construção e fortalecimento do Movimento Pró-saúde Mental no DF. 2021. 94 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

FGV. Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015.

FIOCRUZ/ENSP/LAPS. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). **Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 21 ago. 2022.

FLEURY, S.. Reforma sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. In: FLEURY, S. (orgs.). **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

_____, S. La expansión de la Ciudadanía. In. **Seminario internacional inclusión social y nuevas ciudadanía condiciones para la convivencia y la seguridad democrática**. Bogotá: Universidad Javeriana, 2003. pp. 167 – 194. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/343614380_LA_EXPANSION_DE_LA_CIUADAD ANIA](https://www.researchgate.net/publication/343614380_LA_EXPANSION_DE_LA_CIUADAD_ANIA). Acesso em: 08 jul. 2023

FONTES, V.. Gramsci, Estado e Sociedade Civil: anjos, demônios ou lutas de classes? In: **Revista Outubro**, n. 31, 2º semestre de 2018, pp. 217-232, 2018.

_____, V.. A Classe trabalhadora de Engels e a de nosso tempo. Série Engles 200 anos. Casa Rosa Luxemburgo. Vídeo transmitido ao vivo em 30 de nov de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fShx5GNHFZA>. Acesso em: 02 abr. 2022.

GASCÓN, S.; TAMARGO, M. del C.; CARLES, M.. **Marco Conceptual Y Metodológico sobre Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado**. Fundacion ISALUD, primer informe de avance, fev. 2005.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. **Manual de assistência dos Centros de Atenção Psicossocial da SES/DF**. Brasília, 2023.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. **Relatório: Saúde Mental do DF em Dados**. Brasília/DF, 2022.

GHIRALDELLI, Reginaldo. **Mulheres que tecem a vida: trabalho e gênero em tempos precarizados**. 2010. 211f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

_____. **Desigualdade de gênero no mundo do trabalho: as trabalhadoras da confecção**. São Paulo: Paco Editorial, 2016.

GOHN, M. da G.. Classes Sociais e Movimentos Sociais. In: CEAD-Centro de Educação Aberta, Continuada e à Distância. (Org.). **Reprodução Social, Trabalho e Serviço Social**. Brasília: CEAD-UNB, 1999, v. 02, p. 36-54.

_____, M. da G.. **Participação: novas e antigas concepções de gestão pública**. Anais do IX Encontro Nacional da ANPUR, jun. 2001.

GOMES, M. L.. **Grupo de ajuda mútua: protagonismo e cuidado em saúde mental no contexto da Pandemia da Covid19**. 2021. 97 f., il. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

GONÇALVES, R. de C.; LISBOA, T. K.. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. In: **Revista Katálysis** [online], v. 10, n. esp., pp. 83-92, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300009>. Acesso em: 22 jan. 2022.

GRAMSCI, A.. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 1. 2ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 2001.

_____, A.. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

_____, A.. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 3. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

GUATTARI, F.. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Brasiliense, São Paulo, 1986.

GUIMARÃES, J. M. X.. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, n. 4, pp. 2113-2122. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400025>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KRÜGER, T. R.; OLIVEIRA, A.. Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe5. pp. 174-189, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S515>. Acesso em: 17 dez. 2021

KRÜGER, T. R.; OLIVEIRA, A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. **Argumentum** [online], v. 10, n. 1, pp. 57-71, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18621>. Acesso em: 17 dez. 2021.

LIMA, M. de G.. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal**: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, p. 184, 2002.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J.. O movimento antimanicomial no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 12, n. 2 pp. 399-407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>. Acesso em: 25 set. 2021.

MACHADO, C.F.C.; KRÜGER, T.R. Dimensões da participação institucional e o transformismo da participação com sentido democrático-popular. In. **Sociedade em Debate**, v. 28, p. 24-37, 2022. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3083>. Acesso em: 01 jul. 2023.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Editora Veras, 1999.

_____, M. L.. História Oral: exercício democrático da palavra. In: MARTINELLI, M.L.; LIMA, N. C.; MONTEIRO, A. A.; DINIZ, R. (orgs). **A história oral na pesquisa em serviço social**: da palavra ao texto. São Paulo: Cortez, 2019.

MARTINELLI, M. L.; LIMA, N.C.. Entrevista na história oral: campo de mediações na intervenção e pesquisa. In: MARTINELLI, M.L.; LIMA, N. C.; MONTEIRO, A.A.; DINIZ, R.

(orgs.). **A história oral na pesquisa em serviço social: da palavra ao texto.** São Paulo: Cortez, 2019.

LIRA, G. F. C.. **Tensões e disputas frente às manifestações da contrarreforma psiquiátrica brasileira.** 2021. 192 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) Programa de Pós-graduação em Política Social. Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

MASCARO, A. L.. **Estado e forma política.** São Paulo: Boitempo, 2013.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F.. **História oral: como fazer, como pensar.** São Paulo: Contexto, 2007.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. In: **SER Social** [online], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 21 ago. 2022.

MINAYO, M. C. de S.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1996.

NETTO, J. P.. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 3ªed.ampliada. São Paulo: Cortez, 2001

NEVES, A. V.. **Cultura política e democracia participativa: um estudo sobre o orçamento participativo.** Rio de Janeiro: Gramma, 2008.

NOGUEIRA, M. A.. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 52, p. 185–202, jun. 2003.

_____, M. A.. **Em defesa da política.** São Paulo: Ed. Senac, 2001.

NUNES, J. A. et al. A emergência do sujeito participativo: interseções entre ciência, política e ontologia. **Sociologias** [online], v. 20, n. 48, pp. 162-187, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-020004811>. Acesso em 17 nov. 2021.

NUNES, M. De O. et al.. **Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, dez. 2019.

OLIVEIRA, A.. A dimensão da participação social no Sistema Único de Saúde: as contradições observadas no discurso das normativas e orientações governamentais. In: NEVES, A.V. (org.). **Democracia e participação social: desafios contemporâneos.** Campinas: Papel Social, 2016.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online] v. 15, n. 5, pp. 2455-2464, 2010.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500020>>. Acesso em 05 out. 2021.

OLIVEIRA, A. et al. A extensão universitária e a importância de processos participativos em saúde mental. In **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 20, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8665231>> Acesso em: 8 jul. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mental health atlas 2017**. Geneva: WHO; 2018.

OSÓRIO, J.. **O Estado no centro da mundialização**: a sociedade civil e o tema do poder. 1ª. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2014.

PAIM, JS. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 153-174. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 28 de jun de 2022.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social**: temas e questões. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et. al. (orgs.) **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PONTUAL, P. de C.. **O Processo Educativo no Orçamento Participativo**: aprendizados dos atores da sociedade civil e do Estado. Tese de Doutorado em Educação, PUC, São Paulo, 2000.

RIOS, J. A. Participação. In: SILVA, B. (coord. geral). **Dicionário de Ciências Sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1987

SERAPIONI, M.. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4829–4839, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRYjyrgY9qTCGX8mGScBwtM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2023.

SILVA, G. V. L. da. A política de saúde mental no Distrito Federal: um balanço à luz da reforma psiquiátrica e da visão antimanicomial. 2021. 105 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. da S.. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2003, v. 37, n. 2, pp. 119-126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000200014>. Acesso em 29 jan. 2022.

SOARES, I. de A.. Comunicação e saúde mental: a democratização dos meios comunicacionais como veículo de reconstrução identitária. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 4, p.

12–21, dez. 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/MxtJsdhvthQ3j754xbtBWLQ/#>. Acesso em 12 de fev 2023.

STOTZ, E. N.. Participação Social. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>. Acesso em 29 jan. 2022.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E., (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TCDFT. Tribunal de Contas do Distrito Federal e Territórios. Secretaria de Auditoria. **Relatório de Auditoria Operacional Rede de Atenção Psicossocial – SES/DF**. Brasília: 2014.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1999.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P.. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2001, v. 6, n. 1, pp. 73-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>. Acesso em: 2 ago. 2022.

VALLA, V. V.; ASSIS, M. & CARVALHO, M. **Participação Popular e os Serviços de Saúde**: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Pares/Ensp/Fiocruz, 1993.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.

_____, E. M. (org). **Abordagens psicossociais**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. Vol. 2. São Paulo, Hucitec, 2008.

_____, E. M.. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, pp. 55-66, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68427>. Acesso em: 22 nov. 2021.

_____. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, pp. 08-21, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68665>. Acesso em 18 set. 2021.

_____. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online] v. 18, n. 10, pp. 2825-2835, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000007>. Acesso em: 8 de set. 2021.

VASCONCELOS, E. M. (coord.). **Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental:** para participantes de grupos. Ilustração de Henrique Monteiro da Silva. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

VASCONCELOS, E. M. (coord.) **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas.** Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B2dxPmzLucIIeHBCZHBMttVxZ00/view?pli=1&resourcekey=0-R14bw-QIzTfBgcOgB3nW4w>. Acesso em: 22 de out. 2021.

VASCONCELOS, E. M. [et.al] (org.). **Reinventando a vida:** narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência:** diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

_____. Estratégia antimanicomial para resistir e avançar: abordagens baseadas em direitos e protagonismo de usuários(as) e familiares. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **Novos horizontes em saúde mental:** análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares. São Paulo: Hucitec, 2021.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. de L.; CABRAL, M. de P.. **Participação em saúde:** do que estamos falando? **Sociologias** [online]. 2009, n. 21, pp. 218-251. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000100010>. Acesso em: 7 out. 2021.

WHO, World Health Organization. **Voice, agency, empowerment:** handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027794>. Acesso em 18 de jul. 2022.

ZGIET, J.. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal:** um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. 2010. 152 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)- Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

APÊNDICE A – TCLE



Universidade de Brasília – UnB

Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental no Distrito Federal – OBSAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa: ***Participação social em Saúde Mental no Distrito Federal: narrativas de quem faz***, sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Scalzavara e orientação das Professoras Doutoras Andréia de Oliveira e Maria da Glória Lima. Trata-se de um projeto de tese que tem por objetivo geral: *"analisar elementos constitutivos da participação social em saúde mental no Distrito Federal para identificar dificuldades e potencialidades para o protagonismo de usuários(as) nas lutas por uma saúde mental integral e antimanicomial"*.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe é assegurado 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 entrevista, segundo a técnica de história de vida/história oral. O tempo estimado para a realização é de 60 (sessenta) minutos. Será solicitado seu consentimento e anuência para a gravação em áudio e vídeo, que ficará sob responsabilidade de armazenamento da pesquisadora responsável, observadas as recomendações da Conep de fevereiro de 2021 - Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, para pesquisas em ambiente virtual e em cumprimento as Resolução Conep nº 466/2012 e Resolução CNS nº 510 de 2016.

Alguns riscos inerentes podem acontecer em decorrência de sua participação na pesquisa, como o de constrangimento em participar nas entrevistas, relatar experiências vividas e a evocação de memórias de sofrimento. A participação pode ainda provocar esforço cognitivo e/ou possível constrangimento pessoal por trazer a tona reflexões e emoções sobre as experiências vividas no processo de cuidado no âmbito de espaços da política de saúde mental, decorrente dos temas tratado ou do teor das questões.

Como pesquisadora responsável pela execução da pesquisa estarei atenta para procurar minimizar os riscos, reforçando seu direito de se recusar a responder qualquer questão percebida como constrangedora ou que trouxer lembranças de situação de sofrimento emocional.

Se você aceita participar estará contribuindo para registro da memória da história da participação social em saúde mental no DF, assim como para pensar estratégias e práticas que visem melhorar a participação social de usuários(as) e familiares nos espaços organizativos e representativos.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração da tese de doutoramento, que será submetida à apreciação do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, do qual a pesquisadora responsável é aluna regularmente matriculada, podendo ser

publicados posteriormente. As informações prestadas serão utilizadas somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, após isso os arquivos serão destruídos.

Este projeto tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. 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 sobre os direitos do(a) participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947, no horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira ou pelo e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília/DF.

Caso concorde em participar, peço que assine este documento que foi elaborado em duas vias, para que uma fique com a pesquisadora responsável e a outra com o Senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de 20 ____.

Nome completo do(a) participante:

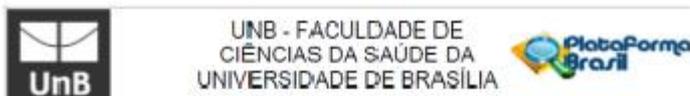
Assinatura

Fernanda Scalzavara
Responsável pela pesquisa

Assinatura

ANEXO A – Pareceres do Comitê de Ética e Pesquisa

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



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

Situação do Parecer:

Aprovado

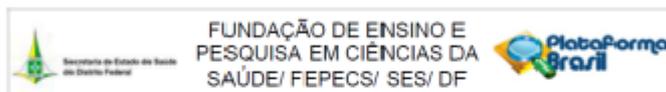
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/SECRETARIA DE SAÚDE/FEPECS



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: 67425017.8.3001.5553

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.270.006

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Gelsa Sant Ana
(Coordenador)

Anexo B - Termo de confidencialidade de transcrição



Fixo: (11) 2995-2482 – WhatsApp (11) 94844-3344 – contato@transcricoes.com.br

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

CONTRATADA: TRANSCRICOES.com.br Lidia Harumi Hokama Gushiken 115880, CNPJ 31.145.194/0001-47, situada à Avenida Coronel Sezefredo Fagundes 15123 – casa 1, CEP 02368-000 – São Paulo-SP.

CONTRATANTE: Fernanda Scalzavara, brasileira, inscrita no CPF: 028.866.499-02, RG 3.878.406/SSP - SC, residente no endereço: EPTG QELC 02, B-14, Apartamento 106, Guará I - Brasília/DF CEP: 71100-079.

SERVIÇO CONTRATADO: Transcrição para texto do objeto deste termo.

OBJETO: arquivos de áudio descritos a seguir, de acordo com nosso número identificador exclusivo para cada um deles entre colchetes (229401] Entrevista 2 (33 min), (229402] Entrevista 3 28-7-2021 (67 min), (229403] Entrevista 4 29.06.2021 (53 min), (229404] Entrevista 5 01.07.2021 (34 min), (229405] Entrevista 6 fragmento 02.07.2021 (13 min), (229406] Entrevista 6 parte 1 02.07.2021 (64 min), (229407] Entrevista 6 parte final 02.07.2022 (41 min), (229408] Entrevista Prof 2 (2021-06-22 at 13_07 GMT-7] (39 min), (229409] Entrevista Prof 3 (2021-06-24 at 12_42 GMT-7] (32 min), (229410] Entrevista prof 4 (2021-07-05 at 11_49 GMT-7] (50 min), (229411] Entrevista Prof 5 (2021-07-06 at 06_09 GMT-7] (37 min), (229412] Entrevista Prof 6 (2021-07-20 at 10_06 GMT-7] (46 min), (226701] Entrevista 1 (74 min), (226702] Entrevista 2 (54 min).

DO TERMO

Cláusula 1: Do sigilo das informações

A **contratada** se compromete neste ato que o conteúdo do **objeto** deste Termo de Sigilo e Confidencialidade somente será manuseado pelos recursos humanos necessários e devidamente autorizados à consecução dos objetivos do **serviço contratado**.

Parágrafo Único: Fica proibida à **contratada** o uso de qualquer conteúdo do **objeto** ou das transcrições decorrentes do manuseio para uso próprio ou cessão do material a terceiros para qualquer uso estranho à estrita prestação do serviço de transcrição de áudio.

Cláusula 2: Da entrega das transcrições

As entregas ocorrerão através de e-mail em arquivos formato Word.

Cláusula 3: Da exclusão dos arquivos objeto

Para a segurança das partes, os arquivos do **objeto** deste termo serão excluídos da nossa base de dados decorridos até 30 dias após a referida entrega.

São Paulo,

CNPJ 31.145.194/0001-47 – Lidia Harumi Hokama Gushiken MEI
Avenida Coronel Sezefredo Fagundes, 15.123 – CEP 02368-000
Núcleo do Engordador – São Paulo – SP