

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

ANTONIO BOLIS DE OLIVEIRA NETO

SAÚDE MENTAL ENTRE DIREITOS E CUIDADOS: CONVERSÇÕES

PORTO ALEGRE

2016

ANTONIO BOLIS DE OLIVEIRA NETO

SAÚDE MENTAL ENTRE DIREITOS E CUIDADOS: CONVERSÇÕES

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional para defesa como parte dos pré-requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional

Orientadora: Profa. Dra. Analice de Lima Palombini

PORTO ALEGRE

2016

ANTONIO BOLIS DE OLIVEIRA NETO

ENTRE DIREITOS E CUIDADOS: CONVERSÇÕES

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional para defesa como parte dos pré-requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional

Aprovada em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Analice de Lima Palombini

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko-Campos (UNICAMP)

Profa. Dra. Simoni Mainieri Paulon (UFRGS)

Profa. Dra. Ana Carolina Rios Simoni

*Todos são iguais perante a lei
Sem distinção de qualquer natureza
Garantindo-se ao brasileiros e estrangeiros residentes no país
A inviolabilidade do direito à vida
À liberdade
À igualdade
À segurança e à propriedade
Direito à vida
À liberdade
À igualdade
À segurança e à propriedade*

*Mas, você se quiser
Pode cagar nesse artigo
E, se tiver poder
Pode cagar nessa constituição
Que dá nada Que danada Quedanada*

*Todos são iguais perante a lei
Sem distinção de qualquer natureza
Garantindo-se ao brasileiros e estrangeiros residentes no país
A inviolabilidadeA inviolabilidade
A inviolabilidadeA inviolabilidade*

*Mas, você se quiser
Pode cagar nesse artigo
E, se tiver poder
Pode cagar nessa constituição
Que dá nada Que danada Quedanada*

Ian Ramil - Artigo V

AGRADECIMENTOS

- À Analice Palombini, minha orientadora, um agradecimento especial por me acompanhar nesse processo, por sua disponibilidade, paciência e confiança com que sempre me acolheu.
- À Luciara Itaquí, minha esposa, parceira e companheira de todas as horas, por todo o apoio, suporte, dedicação e amor.
- Ao meu filho Miguel, pela inspiração
- À minha família, em especial a minha mãe Thaís, pelo apoio e suporte, e a minha avó Ilse Mallmann *In Memoriam*, pelo exemplo e por tudo que me propiciou e ensinou - base sólida de minha formação pessoal.
- Ao meu irmão Guilherme, por tudo que passamos juntos.
- Aos colegas e companheiros do grupinho do mestrado - Filipe Furlan, Juliana Escobar, Mairla Protasio e Guilherme Flac.
- Ao Grupo de Pesquisa GAM-UFRGS - Julia Bon Giovani, Jessica Glaeser, Lívia Zanchet, Letícia Ehlers, Marciana Zambillo, Sandra Guerra, Sandra Hoff, Profa. Vera Pasini, meus grandes companheiros de pesquisa, pela parceria, apoio, ideias compartilhadas e por todas as contribuições que me proporcionaram neste percurso.
- À CAPES e ao CNPQ, pela bolsa de estudos a mim concedida, que contribuiu para a realização dessa pesquisa.
- Ao Colegas do Grupo Travessias: narrações na diferença - pelo apoio e estímulo, Filipe Furlan, Gerson Pinho, Giovana Oliveira, Julia Dutra, Karine Szuchman, Lívia Zanchet, Lorena Pinheiro, Marciana Zambillo, Michele Cervo, Rafael Wolski, Rita Barbosa, Volnei Dassoler
- Ao Grupo de Pesquisa GAM-RS
- Aos amigos Roberson Rosa e Adriano Kurle - companheiros das horas boas e ruins nas longas jornadas de estudo e trabalho.
- Aos amigos Anderson Borges, Lucas Brum, Félix Guazina.
- Aos usuários, trabalhadores, residentes, estagiários e demais colaboradores que fizeram essa pesquisa possível. Especial para Sandra Hoff, por seu exemplo de perseverança, empenho e garra.

RESUMO

Essa dissertação apresenta-se como um braço da pesquisa multicêntrica Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação, desenvolvida pelo grupo de pesquisa GAM-RS. Partindo das inquietações e interesses suscitados em meu percurso como residente de saúde mental, busquei abordar o tema dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS). Tomando como campo de pesquisa as rodas de conversa com usuários e trabalhadores moderadores de grupos GAM na região metropolitana do estado propostas pela pesquisa multicêntrica, essa pesquisa de tem como objetivos problematizar a noção de direitos dos usuários e suas repercussões no cuidado em saúde mental, bem como problematizar sua relação com o consumo de psicofármacos. A primeira parte inicia-se por revisão histórica inicia-se por uma revisão histórica dos direitos humanos, passando pelas particularidades desse debate no Brasil até chegar na constituição do SUS, apontando a centralidade do conceito de participação da população nas políticas públicas de saúde. A seguir, abordamos a rede de atenção psicossocial descrevendo aspectos do cuidado em saúde mental articulados a nosso problema de pesquisa como: a dificuldade de efetivação dos direitos dos usuários, as altas taxas de consumo de psicofármacos nos serviços de saúde. Para isso, propomos um método inspirado no método paidéia para o acompanhamento das rodas de conversa com os moderadores dos grupos GAM. Foi possível perceber que o debate a cerca dos direitos dos usuários ainda causa muita controvérsia nos serviços e foi tratado com certas ressalvas pelos participante que, muitas vezes hesitaram em aprofundar a conversa. A intensificação desse debate pode contribuir profundamente para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira, principalmente enquanto movimento social de defesa da vida, uma vez que o respeito aos direitos dos usuários é acima de tudo uma ação de promoção e proteção da dignidade e dos direitos humanos. Além disso, ressaltamos a potência da ferramenta GAM para o fomento desse debate.

Palavras-chave: Direitos dos Usuários; Saúde Mental; Gestão Autônoma da Medicação.

ABSTRACT

This dissertation presents itself as a research arm multicentric implementation and decentralization of the autonomous management of medication strategy (GAM) in the RS state: dissemination of effects developed by GAM-RS research group. Starting from the concerns and interests raised in my career as a mental health resident, sought to address the issue of the rights of users of mental health services of the Unified Health System (SUS). Taking as a research field the conversation wheels with users and moderators workers GAM groups in the metropolitan region of the state proposed by the multicenter study, this research aims to problematize the notion of rights of users and their impact on mental health care, as well to discuss their relationship with the consumption of the psychoactive drugs. The first part begins by a historical review begins with a historical review of human rights, through the particularities of this debate in Brazil to reach the SUS constitution, pointing to the centrality of the concept of participation of people in the public health policies. Next, we address the network of psychosocial care describing the care aspects articulated mental health to our research problem as the difficulty of implementation of the rights of users, high psychotropic drug use rates in health services. For this, we propose a method inspired by the paideia method for monitoring the conversation wheels with the moderators of GAM groups. It was possible to see that the debate about the rights of users still causes much controversy in services and was treated with certain provisos the participant who often hesitate to deepen the conversation. The intensification of this debate can contribute deeply to the advancement of The intensification of this debate can contribute deeply to the advancement of brazilian psychiatric reform, mainly as a social movement for the defense of life, since respect for the rights of users is above all an action to promote and protect the dignity and human rights. In addition, we emphasize the power of GAM tool for promoting this debate.

Keywords: User Rights; Mental Health; Autonomous Medication Manage.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1 DIREITOS DOS HUMANOS

1.1 HISTÓRIA DOS DIREITOS HUMANOS

1.2 CRÍTICAS E PROBLEMATIZAÇÕES

1.3 DIREITOS HUMANOS NO BRASIL

1.3.1 Contexto

1.3.2 As políticas de saúde no Brasil e o direito à saúde: em busca da cidadania

1.2.3 Reforma psiquiátrica

1.2.4 Direitos dos usuários e cidadania

2 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

2.1 A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E SOCIAL DA MEDICAÇÃO

2.2 GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

2.2.1 À escuta de usuários e trabalhadores: oficinas GAM na SES-RS

3.MÉTODO

3.1 EXPERIÊNCIA E VIVÊNCIA: A PESQUISA COMO TRAVESSIA?

3.2 GIRANDO A RODA: NOTAS SOBRE A PROPOSIÇÃO DE UM MÉTODO PARA O ACOMPANHAMENTO DE COLETIVOS ORGANIZADOS PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE

3.3 AS RODAS

3.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS

4 DISCUSSÃO

4.1 NOÇÃO DE DIREITOS DOS USUÁRIOS

4.2 DIREITOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS EM TEMPOS NEOLIBERAIS?

4.3 OS MELINDRES: OU ATÉ ONDE CONSEGUIMOS CONVERSAR

4.4 DIREITOS E CUIDADO: UM PARADOXO?

4.5 DIREITOS E PSICOFÁRMACOS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CNPQ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

GAM Gestão Autônoma da Medicação

GUIA GAM Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Brasileiro

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

RPB Reforma Psiquiátrica Brasileira

RSB Reforma Sanitária Brasileira

SES Secretaria Estadual de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul **UFRJ** Universidade Federal do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Ao ingressar no mestrado, tinha o objetivo de pesquisar sobre a participação dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na construção dos seus projetos terapêuticos singulares (PTS). Dessa forma, daria continuidade ao trabalho de pesquisa que desenvolvi no ano de 2013, na Residência Integrada em Saúde (RIS) com ênfase em saúde mental, onde pesquisei sobre os PTS a partir dos prontuários de um CAPS. Eu acreditava que um dos desdobramentos possíveis para essa pesquisa seria desenvolver, junto aos usuários e trabalhadores, modos de aumentar a participação dos usuários nesse processo.

Nesses dois intensos anos em que fui residente, vivenciei diversas experiências de conhecimento e atuação nos serviços de saúde de Porto Alegre. Nessa caminhada, meu objetivo era construir um "saber-fazer" em saúde mental, e rapidamente, como era esperado, pude estar imerso na realidade do Sistema Único de Saúde, sentindo na pele o cotidiano de um CAPS.

Estive na convivência com os usuários, coordenei grupos e oficinas, participei de reuniões de equipe, acompanhei avaliações médicas, acolhimentos e, ainda, infelizmente, presenciei micro-violências cotidianas, como intervenções policiaiscas, abusos de poder, excesso de medicações, pré-conceitos e desvalorização das experiências dos sujeitos.

Uma das principais marcas desse processo o gosto e o interesse pelo SUS, a partir da imersão que a residência me propiciou viver e sentir a complexidade dessa política. Ser residente significou varias coisas, entre elas estar em um coletivo potente e esperançoso fazendo de nossa árdua jornada de 60 horas semanais um processo de vida inesquecível e inestimável para mim.

Dessa forma, compreendi que esse saber-fazer que eu buscava, baseado nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, não chegaria pela lógica de um exemplo a ser seguido. A complexidade do trabalho em saúde mental coloca situações onde nem sempre conseguimos fazer o que precisa ser feito para um cuidado de qualidade implicado com um agir antimanicomial, como aponta Merhy (2012). Percebi muita oscilação nesse jogo de saber-fazer entre os profissionais.

Apreendi também que são complexas as condições que produzem essas oscilações, pois muitos tinham boas ideias e experiências exitosas em seus “currículos”, mas se diziam cansados e vencidos pela dureza do dia a dia, pelas exigências e mudanças constantes da gestão, pelo peso que pode ter trabalhar contra a corrente hegemônica do modelo biomédico centrado na doença e na terapêutica medicamentosa.

Apesar de tudo isso, os CAPS são terrenos muito férteis para a inovação na produção de cuidados. Basta circular um pouco ou buscar relatos de experiências, que podemos encontrar diversas práticas criativas e potentes com usuários e trabalhadores implicados. Sobretudo, é possível encontrar pessoas com histórias de vida surpreendentes e desejo de viver e transformar.

Uma das questões que chamou minha atenção nestes serviços foi a falta de espaços de escuta e de construção da participação dos usuários. As assembleias de usuários nem sempre aconteciam e, quando aconteciam, eram tuteladas pelos profissionais, desvalorizadas e desestimuladas. Questionava-me o porquê dessa “postura” dos profissionais. No mestrado pude pesquisar sobre situações que envolvem algumas dimensões do cuidado sobre as quais tive de silenciar para me estabelecer nos serviços e resistir no processo de formação na RIS.

No processo de pesquisa, aventurei-me por áreas que pouco havia explorado, como o direito e a política, a sociologia e o serviço social. Tal fato fez deste percurso uma grande navegação, onde por vezes tive a sensação de ter perdido o prumo, porém mantive-me navegando (seja na internet, seja em pensamentos), eventualmente em velocidade mais baixa, quase parando. Afinal, o que pode ser melhor, quando chegamos em terras ainda não conhecidas, do que parar, dar uma boa olhada, ficar um tempo, conhecer o lugar? Viajar...

Dessa forma, meu interesse aqui é pensar e problematizar por que tem sido tão difícil colocar em pauta os direitos dos usuários, por que tem sido difícil aos trabalhadores, gestores, usuários e familiares construir espaços efetivos de participação e mesmo por que é tão rara a participação ativa dos usuários em seus PTS. E é claro que para isso será necessário levar em conta o contexto das políticas públicas do Brasil.

Não se trata de apontar o dedo a quem não incentiva os usuários a se entenderem e efetivarem-se como cidadãos. Trata-se antes, partindo da minha experiência nos serviços na rede de atenção psicossocial (RAPS), como residente, trabalhador e pesquisador, de problematizar esse percurso de silenciamento e distanciamento dos direitos dos usuários que, hoje, naturalizou práticas que “esquecem” de colocar o sujeito em questão. Ao longo de minha caminhada, percebi que esse esquecimento, por um lado, dizia respeito à falta de conhecimento, por parte dos profissionais, sobre que direitos seriam esses; por outro lado, constituía uma escolha, pois o SUS é território de disputa, de saberes e poderes, e essa escolha é sempre uma escolha política.

Dessa forma, tornou-se questão, para mim, pensar em como entrar em um cenário que apresenta pontos tão sensíveis. Para que fosse possível produzir, não somente uma crítica, no sentido de avaliar o que vem sendo desenvolvido – pesquisas anteriores já apontam isso –, mas experiências de produção de conhecimento que transitem pelo campo da prática e se proponham a acompanhar os trabalhadores em seus desafios. Tal questão levou-me ao encontro da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), projeto multicêntrico de pesquisa no campo das políticas públicas de saúde mental que vem produzindo conhecimento sobre os temas referentes a medicação, saúde mental, autonomia, cuidado, protagonismo dos usuários e cidadania. Conforme estabelece o grupo responsável por esse projeto, a pesquisa GAM resultou na

[...] elaboração do Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM-BR), com base na tradução, adaptação e aplicação crítica do Guia em serviços da rede pública de saúde. Na primeira etapa da pesquisa, foram realizados grupos de intervenção em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) das cidades de Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Novo Hamburgo-RS, com a participação de usuários e trabalhadores desses serviços. A construção da versão final do Guia GAM-BR realizou-se a partir das modificações propostas pelos grupos de intervenção, debatidas em reuniões multicêntricas com a presença de pesquisadores, trabalhadores e usuários dos três campos. Numa segunda etapa, visando ao seu aprimoramento e validação, a versão do Guia GAM-BR assim construída foi utilizada em novos grupos de intervenção junto a serviços de saúde nos municípios de Novo Hamburgo, São Leopoldo e Porto Alegre (RS), em São Pedro da Aldeia (RJ) e em Campinas (SP). A experiência brasileira com a estratégia GAM realizou-se na relação entre universidade e serviços da rede pública de saúde, requerendo a articulação entre os saberes dos usuários, dos pesquisadores e das equipes dos serviços – configurou, dessa forma, um processo de gestão compartilhada (CAMPOS, 2000) tanto da pesquisa quanto do cuidado. Atra-

vés de uma abordagem grupal, trabalhando temas como cidadania e autonomia, tal estratégia, promovendo o acesso às experiências pessoais e ao compartilhamento dessas experiências no grupo, veio situar a experiência do sujeito no centro do cuidado, fortalecendo o protagonismo do usuário e a autonomia coletiva, convocando esse coletivo a protagonizar ações comuns. (PASSOS; PALOMBINI; ONOCKO-CAMPOS, 2013)

Ao centrar-se na experiência dos usuários no uso de psicofármacos, a pesquisa GAM coloca em questão, a partir de sua metodologia participativa, lugares tradicionalmente cristalizados, como as relações médico-paciente, pesquisador-pesquisado, equipe de saúde-usuário, pesquisador-trabalhador. Os desdobramentos da GAM trazem contribuições importantes para o campo da Saúde Mental, questionando o quanto foi possível avançar no âmbito da reforma psiquiátrica, bem como aquilo que, nela, ainda não foi reformado¹.

A GAM tornou-se, assim, disparadora deste projeto, o qual se apresenta como um braço da pesquisa *Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação*. Tal pesquisa, de caráter multicêntrico, tem como objetivos: 1. Avaliar o uso do Guia GAM-BR – encampado pela Secretaria Estadual da Saúde do RS – em serviços de saúde de quatro regiões do estado do RS; 2. Analisar os possíveis efeitos da experiência de participação nos grupos com uso do Guia GAM-BR na formação de pessoal universitário especializado para o trabalho em saúde mental; 3. Analisar os possíveis efeitos – nos gestores, trabalhadores e usuários – da experiência de uso do Guia GAM-BR em grupos realizados por iniciativa dos serviços de saúde, com suporte da Secretaria Estadual da Saúde do RS.

Minha pesquisa de mestrado, por sua vez, tem como objetivo principal conhecer e problematizar a noção de direitos dos usuários e suas repercussões no cuidado em saúde mental, no desenrolar da experiência de acompanhamento da disseminação da ferramenta GAM. Seus objetivos específicos são (1) conhecer e problematizar a noção de direitos dos usuários expressa por trabalhadores e usuários implicados na experiência com/de grupos GAM e sua repercussão no cuidado em saúde mental; e (2) Problematizar a relação entre o uso de psicotrópicos e o exercício de direitos.

¹ Rosana Onocko-Campos - Expressão utilizada em reunião multicêntrica do grupo GAM-BR

1.1 JUSTIFICATIVA

O grupo de pesquisa GAM (Gestão Autônoma da Medicação) trabalhou nos anos de 2009 e 2010 na tradução e adaptação do guia GAM desenvolvido no Quebec, Canadá, para a realidade brasileira (Guia GAM-BR). Este estudo envolveu quatro universidades públicas brasileiras, nas áreas de medicina, saúde coletiva e psicologia, e foi realizado nas cidades do Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Novo Hamburgo/RS. Por se tratar de uma pesquisa multicêntrica, em cada campo, contou-se com a participação de pesquisadores responsáveis e suas equipes, incluindo mestrandos, doutorandos, alunos de graduação, residentes (de psiquiatria e multiprofissionais) e profissionais da rede de saúde mental de cada cidade, além de usuários com participação ativa em todas as etapas do processo da pesquisa (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2012)

Em 2011, ocorreu a segunda etapa da pesquisa, que envolveu o acompanhamento e avaliação da experiência de uso dos guias GAM-BR pelos serviços de saúde mental em Campinas e Amparo, SP, em São Pedro da Aldeia, RJ, e em Novo Hamburgo, São Leopoldo e Porto Alegre, no RS – acompanhamento por meio da construção de memórias dos grupos de intervenção, narrativas de grupos focais com usuários participantes e entrevistas com trabalhadores. Teve, como produto, a revisão crítica final do Guia GAM-BR e a elaboração do guia do moderador.

Como desdobramento dessa pesquisa, iniciou-se em 2013, no estado do RS, uma experiência inovadora nos campos da saúde mental e da saúde coletiva, onde a Secretaria Estadual de Saúde (SES) investiu na ferramenta do guia GAM como estratégia de qualificação do cuidado em saúde mental. Fizeram parte dessa iniciativa a impressão de 10 mil exemplares do guia e a contratação de um profissional (participante da pesquisa) para execução do projeto.

Tal experiência junto à gestão do estado resultou na formulação de uma nova etapa – agora regional – da pesquisa GAM, com a constituição de um grupo multicêntrico de pesquisa, composto pelas seguintes universidades: UFRGS, UFSM, UFPel, Unifra, Univates. O objetivo dessa pesquisa é acompanhar a implementação da estratégia GAM em quatro Macrorregiões do Estado (Metropolitana, Sul, Vale, Centro-Oeste), avaliando seus efeitos junto às equipes dos serviços e seus gestores, bem como junto aos usuários participantes. Para isso, em cada uma das quatro ma-

corregiões do RS abrangidas pela pesquisa, têm sido organizados encontros com moderadores de grupos GAM, trabalhadores, usuários e gestores, para acompanhar o processo do uso da ferramenta. Esses encontros tomaram a forma de rodas de conversa, incentivando a troca de experiências entre os participantes.

No ano de 2014, no processo preparatório dessa pesquisa, acompanhei alguns encontros promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde do RS, como oficinas para sensibilização e implantação do guia junto a serviços de saúde em diferentes regiões do estado e supervisões para as equipes que já vinham realizando os grupos GAM. As oficinas, que ocorreram nos municípios de Santa Cruz do Sul, Bom Retiro do Sul (onde também estavam presentes os municípios de Lajeado, Teutônia, Progresso e Boqueirão) e Porto Alegre (contando com trabalhadores de diversos municípios do estado), destinavam-se a acompanhar o processo dos grupos que estavam em andamento e ouvir as experiências dos usuários e dos trabalhadores com o guia GAM. No formato de rodas de conversa, alternavam relatos de experiência dos participantes dos grupos GAM a dúvidas, expectativas e reflexões teóricas sobre a GAM e seus conceitos norteadores.

A experiência de acompanhamento dessas oficinas foi norteadora para a reformulação de minha proposta de pesquisa, pois pude perceber que a minha discussão em torno ao PTS precisava ser aprofundada e redirecionada. Essa mudança de curso se deu principalmente por conseguir deixar me envolver com a experiência que ali acontecia, e esse contato com outros trabalhadores e suas questões me fez perceber que uma base havia de ser alicerçada antes de explorar o tema da participação dos usuários no cuidado em saúde mental, onde PTS pode ser um ponto de encontro entre a clínica, a política e o exercício de direitos.

A importância da participação dos usuários no cuidado em saúde não é um fato novo; é presente desde a constituição do SUS em 1988, porém a sua materialização tem-se apresentado como um desafio difícil de alcançar. Dessa forma, propus-me a ampliar meu foco de discussão, direcionando-me desde a questão da participação ao tema dos direitos dos usuários. Como afirma Knoshita (2014), “a qualidade dos serviços de saúde mental está diretamente ligada ao respeito aos direitos humanos”, e a participação dos usuários na gestão de seus tratamentos é um dos princípios constitutivos dos SUS, entendido como direito de cidadania. Dessa forma,

compreendemos a participação dos usuários em seus tratamentos como ponto sensível para qualificação do cuidado e aumento do protagonismo dos usuários.

2 DIREITOS DOS HUMANOS

2.1 HISTÓRIA DOS DIREITOS HUMANOS

“ Identificar a saúde mental no campo dos direitos humanos significa reconhecer que as pessoas em sofrimento mental possuem tais direitos, a partir do momento que são compreendidas como cidadãos.”
(CORREIA,2011)

Frente ao objetivo de abordar os direitos dos usuários do SUS, entendemos que é necessário falar brevemente sobre os Direitos Humanos para posteriormente nos remetermos aos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e as especificidades do trabalho em saúde mental no SUS. Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, independente da idade, sexo, raça, religião, opinião política, condição social, nacionalidade, entre outros.

A proteção dos direitos humanos remete à Antiguidade (4000 a.C. a 476 d.C), em relação a qual documentos encontrados atestam a preocupação com o cuidado desses interesses. Levando em conta que os valores daquele período eram bem distintos dos do atual, o resguardo dos direitos humanos naquela época eram bem diferentes do que hoje se observa. A exemplo disso, pode-se citar o Código de Hammurabi e a Lei das Doze Tábuas, referente aos romanos.(MALHEIRO, 2015)

O Código de Hammurabi (1792 - 1750 A.c), conjunto de leis escritas, ligado ao povo babilônico, é considerado o primeiro código de condutas, preceituando esboços de direitos dos indivíduos, em especial o direito à vida, propriedade, honra, e

estendendo a lei a todos súditos do Império. Um dos pontos principais do código de Hamurabi é a *lei do talião*, conhecida pela expressão *olho por olho, dente por dente*, que tem como princípio a aplicação de punições proporcionais à gravidade dos crimes cometidos. (MALHEIRO, 2015, RAMOS, 2014)

A Lei das Doze Tábuas constituía uma antiga legislação que se encontra na gênese do direito romano. Formava o cerne da constituição da República Romana, das antigas leis não escritas e regras de conduta. A Lei das Doze tábuas foi promulgada entre os anos de 451 a 450 a.C, sendo escrita em 12 tabletes de madeira afixados no fórum romano, de modo que todas as pessoas pudessem ler e conhecer o seu conteúdo. Estima-se que, com isso, surgiu o princípio da publicidade das leis. (MALHEIRO, 2015, RAMOS, 2014)

Já na Idade Média foi criada a Magna Carta, em junho de 1215, restringindo o poder do Rei João da Inglaterra – que o assinou –, bem como o de seus sucessores, impedindo o exercício de um poder pleno. De acordo com os termos do instrumento, João deveria abdicar de determinados direitos, obedecer a determinados procedimentos legais e admitir como verdade que a vontade do imperador estaria submetida à lei. Esse documento serviu de referência para alguns direitos e liberdades civis clássicas como o *habeas corpus* e a *garantia da propriedade*, porém, na época, eram direitos restritos aos nobres ingleses, não sendo aplicáveis à população em geral. (MALHEIRO, 2015)

De acordo com Malheiro (2015), a conquista definitiva da proteção aos direitos humanos ocorreu na Idade Moderna, período compreendido entre a tomada de Constantinopla pelos turco-otomanos (1453) e a Revolução Francesa (1789). A criação do *Habeas Corpus Act* na Inglaterra, em 1679, foi um acontecimento de grande relevância para a evolução dos direitos humanos. Tratava-se de uma lei que tinha como objetivo definir e fortalecer a já conhecida garantia do *habeas corpus* como a tutela da liberdade individual contra a prisão ilegal, abusiva ou arbitrária, pois, antes disso, o *habeas corpus* tinha sua eficácia diminuída pela falta de regras processuais. Outro marco desse período é o *Bill of Rights (Inglaterra, 1689)*, que reiterou as normas da Carta Magna e proibiu a aplicação de penas inusitadas ou cruéis.

A idade Contemporânea, cujo início é referido à Revolução Francesa e que se estende aos dias atuais, tem como principal marco na defesa dos direitos humanos

a *Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão (França, 1789)*. Com inspiração na Revolução Americana de 1776 e nos ideais filosóficos iluministas, seu objetivo foi universalizar os princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Defende o Estado laico, o direito de associação política, o princípio da reserva legal, da anterioridade do estado de inocência e da livre manifestação do pensamento. Porém, cabe ressaltar que apenas os cidadãos franceses, brancos, do sexo masculino e proprietários desfrutaram do novo regime, sendo as mulheres, os negros, os operários e grupos sociais vulneráveis excluídos da declaração (MALHEIRO, 2015).

Durante a Segunda Guerra Mundial, a proteção aos direitos humanos entrou em severo colapso; porém, com o fim dos conflitos surgem inúmeros tratados internacionais dedicados ao tema. As duas Grandes Guerras e todas os 53 milhões de vidas humanas perdidas serviram para apresentar ao mundo a necessidade urgente da internacionalização da proteção dos direitos humanos. Além disso, o conceito de direitos humanos, tal como concebido hoje, é resultado do movimento de internacionalização dos direitos humanos, como uma reação ao holocausto e as demais barbáries perpetradas naquele período (PIOVESAN, 2006).

Ramos (2014) afirma que, até meados do Séc. XX, o direito internacional tinha normas esparsas referentes a certos direitos essenciais. Contudo, a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), na Conferência Internacional de São Francisco, em 1945, instituída pelo tratado chamado de “Carta de São Francisco”, inaugura uma nova etapa do Direitos Humanos no âmbito internacional. A reação à barbárie nazista gerou a inserção do tema dos direitos humanos na carta da ONU, referido expressamente em várias passagens de seu texto. Todavia, a carta da ONU não listou o rol dos direitos que seriam considerados essenciais. Por esse motivo, foi aprovada, sob a forma de Resolução da Assembleia Geral da ONU, em 10 de dezembro de 1948, em Paris, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), também denominada de “Declaração de Paris”, que contém trinta artigos e pauta os direitos humanos aceitos internacionalmente.

Piovesan (2006) afirma que o processo de universalização dos direitos humanos permitiu a constituição de um sistema internacional de proteção desses direitos. Esse sistema é composto por tratados internacionais de proteção, os quais demonstram a preocupação ética contemporânea compartilhada pelos países, no sentido de

invocarem o consenso internacional acerca de temas centrais aos direitos humanos, na busca da salvaguarda de padrões protetivos - o “mínimo ético irreduzível”.

O principal marco da defesa dos direitos humanos, a DUDH, define em seus trinta artigos os *direitos políticos e liberdades civis* (artigos I ao XXI), assim como os *direitos econômicos, sociais e culturais* (artigos XXII ao XXVII).

Entre os direitos civis e políticos constam o direito à vida e à integridade física, o direito à igualdade e o direito de propriedade, o direito de liberdade de pensamento, consciência e religião, o direito de liberdade de opinião e de expressão e à liberdade de reunião. Entre os direitos sociais em sentido amplo constam o *direito a segurança social, ao trabalho, o direito à livre escolha da profissão e o direito à educação*, bem como o "direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis" (direito ao mínimo existencial - artigo XXV) (RAMOS, 2014 p.42).

Outro ponto fundamental da proteção aos direitos humanos é o conceito de dignidade. Ramos (2014) afirma a dignidade humana como a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, que o protege contra todo tratamento degradante e discriminação odiosa, bem como assegura condições materiais mínimas de sobrevivência. Consiste em atributo que todo indivíduo possui, inerente à sua condição humana, não importando qualquer outra condição referente a nacionalidade, opção política, orientação sexual, etc.

No Brasil, os direitos humanos estão escritos na constituição de 1988, que prevê os princípios e direitos fundamentais de qualquer cidadão. Somado a isso, existem diversas leis que tratam da proteção e promoção dos direitos humanos, como a Lei Orgânica do SUS, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, entre outras (CORREIA, 2011).

Malheiro (2015) ressalta a importância do princípio² da dignidade humana no âmbito nacional, pois:

[...] é um dever social a aplicação correta desse princípio porque ele é o núcleo axiológico do direito contemporâneo nacional, o núcleo exegético do ordenamento jurídico brasileiro, o núcleo essencial de irradiação dos direitos humanos e o fundamento da República Federativa do Brasil. (p. 57)

Dito de outra maneira, núcleo axiológico do direito contemporâneo, pois esse princípio confere valor às normas jurídicas no Brasil; núcleo exegético, pois o raciocínio interpretativo de todas as regras deve se orientar por esse princípio; núcleo essencial de irradiação dos direitos humanos, pois sua função é propagar os interesses fundamentais dos indivíduos. (RAMOS, 2014; MALHEIRO, 2015)

Considerando a historicidade, pode-se afirmar que a definição de direitos humanos carrega uma pluralidade de significados. Tendo em vista tal pluralidade, destaca-se a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, que veio a ser introduzida com o advento da Declaração Universal de 1948 e reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993. Tal concepção caracteriza-se pela universalidade e indivisibilidade desses direitos: universalidade aqui referida ao entendimento de que a condição de pessoa é o único requisito para a titularidade de direitos; indivisibilidade porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais, e vice versa. Os direitos humanos compõem uma unidade indivisível interdependente e interrelacionada; portanto, quando um direito é violado, os demais também o são. (PIOVESAN, 2006)

Ramos (2014) afirma que os direitos humanos, tanto na doutrina como nos tratados nacionais e internacionais, contam com uma ampla diversidade de termos e designações: “direitos humanos, direitos fundamentais, direitos naturais, liberdades públicas, direitos do homem, direitos individuais, direitos públicos subjetivos, liberdades fundamentais”. A Constituição brasileira acompanha o uso variado da terminologia, bem como se observa na DUDH, na Carta de São Francisco, entre outros. Tal imprecisão terminológica é efeito do processo de evolução da proteção de certos di-

² Os princípios gerais do direito são enunciações normativas de valor genérico, que condicionam e orientam a compreensão do ordenamento jurídico em sua aplicação e integração ou mesmo para a elaboração de novas normas. REALE, Miguel. *Lições Preliminares de Direito*. 27^a ed. São Paulo: Saraiva, 2003

reitos essenciais do indivíduo, onde a denominação desses direitos foi sendo alterada, delimitada e fundamentada.

O autor (ibdem) esclarece que embora haja essa pluralidade de significados e liberdade da utilização dos termos, há algumas implicações que podem ser ressaltadas em cada uma das terminologias. Dessa forma, o uso da expressão “direito natural” revela a escolha pelo reconhecimento de que esses direitos são inerentes à natureza do homem. Porém, tanto o conceito quanto a terminologia foram ultrapassados pela noção de historicidade, ou seja, os direitos humanos são direitos “conquistados”. Já a expressão “direitos do homem” remete a contexto histórico de seu surgimento junto às revoluções liberais na Europa, que imprimiu caráter sexista à expressão, sugerindo preterição aos direitos da mulher. No Canadá, há o uso da expressão “direitos da pessoa”, que busca superar esse caráter sexista. A expressão “direitos individuais” é vista como excludente, pois não dá conta da multiplicidade contida no rol dos direitos humanos. Outra terminologia frequentemente utilizada é “liberdade pública” – nesse caso, há receio de que o uso dessa terminologia se torne excludente, pois não englobaria os direitos econômicos e sociais.

Para nossa discussão, apoiaremos-nos na definição proposta por Ramos (ibdem), ao afirmar que, na atualidade, há duas expressões de uso corrente: *direitos humanos* e *direitos fundamentais*. A doutrina do Direito se inclina a reconhecer que “direitos humanos” servem para definir os direitos estipulados pelo Direito Internacional em tratados e em demais normas internacionais; os “direitos fundamentais”, por sua vez, objetivariam os direitos reconhecidos e positivados pelo Direito Constitucional de um Estado. Todavia, o Direito Internacional não é uniforme e nem sempre utiliza a expressão “direitos humanos”.

2. 2 CRÍTICAS E PROBLEMATIZAÇÕES

No campo da psicologia social, diversas críticas às grandes declarações de direitos humanos foram formuladas. Nessas formulações, é possível perceber a preocupação dos autores em problematizar as noções de direito e de humano com

base no argumento de que um conceito universal de humano, muitas vezes, ao contrário do que se espera dos tratados de proteção, torna-se um limitador do acesso de determinadas pessoas e populações específicas aos direitos humanos.

Para Coimbra (2011), nas grandes declarações, constam os direitos, em realidade, garantidos e reservados aos "bons cidadãos". Com efeito, tais declarações têm apontado que direitos são esses e para quem eles devem ser concedidos. Em sua perspectiva histórica, os conceitos de direito e de humano são construções das práticas sociais em um determinado momento, as quais formam subjetividades e saberes sobre eles.

Dessa forma, determinados segmentos, como os "deficientes", os "desviantes", os "miseráveis", os marginais, de uma maneira geral, nunca fizeram parte dos grupos que, ao longo dos últimos três séculos, vêm tendo seus direitos e sua humanidade defendidos e garantidos. A estes, os marginais, os direitos e a condição humana sempre foram e continuam sendo negados, pois estes segmentos foram produzidos para serem entendidos como não cidadãos e não pertencentes ao gênero humano. Foram sendo continuamente defendidos certos tipos de direitos dentro de certos modelos, que devem caber em territórios muito bem demarcados, com confrontações muito bem definidas, em parâmetros que não poderão ser ultrapassados (COIMBRA, 2011).

A autora refere que nem o surgimento de uma concepção de humano nem a universalização dos direitos deu-se de forma tão grandiosa e afirmativa como buscam sustentar as revoluções burguesas e suas declarações. Kehl (2004), em sua análise da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), afirma que há um ideal de homem esboçado ali em forma de conceito – aquele que se deseja que o ser humano seja. Dessa forma, a sociedade tem que se esforçar para que os homens, individualmente, correspondam a esse conceito. É um conceito fundado na razão e na consciência, pelas quais nos responsabilizamos, no que toca ao conceito de Direitos, em relação a todos os seres humanos.

Com a invenção da razão, o homem, e tudo que o caracteriza como natureza, passou a ser o centro do universo, uma referência única e superior. Assim, o que é considerado fora desta categoria de julgamento é desqualificado, excluído, exterminado (COIMBRA, 2011 p.91).

Coimbra (2011) afirma que, desde a sua gênese, os direitos humanos têm servido para levar, aos diferentes e pobres em geral, a ilusão de participação, para fazê-los acreditar que os chamados cidadãos preocupam-se com o seu bem-estar e que o humanismo dentro do capitalismo é uma realidade. A autora refere-se à expressão *rachar*, utilizada por Deleuze³, para pensar que *rachar* a expressão “direitos humanos” permite pensar na diferenciada emergência histórica desses dois conceitos. Os direitos vêm sendo construídos como atributo universal, do mesmo modo que determinada concepção de homem vem sendo modelada historicamente desde o século XVIII.

Kehl (2004) cita o artigo 6 da DUDH – “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde, bem-estar, alimentação, vestuários” –, afirmando que esse conceito de homem que queremos construir e fazer valer em nossa sociedade só vai valer a partir de nossos atos, pois outros homens podem surgir sob outras articulações políticas. Podem emergir em determinadas condições, inclusive, homens que consideraríamos desumanos, mas que são tão humanos quanto nós. Tal conceito mostra um homem cujo potencial é ilimitado, que é desconhecido em seu limite; mas o desenvolvimento desse potencial não pode ficar a cargo do sujeito sozinho, de sua vontade e de sua luta; depende de condições mínimas de sobrevivência digna, cabendo ao estado garanti-las.

Diferentes práticas sociais, em diferentes momentos da história, têm produzido variados entendimentos do que é o humano e o que são os direitos. Esses não têm uma evolução, mas sim um movimento, emergindo de maneiras bem peculiares em determinados momentos (COIMBRA, 2011).

Em vez de pensar os direitos humanos como essência universal do homem, poderíamos, por meio de outras construções, garantir e afirmá-los como diferentes modos de sensibilidade, diferentes modos de viver, existir, pensar, perceber, sentir; enfim, diferentes jeitos de ser e estar no mundo. Entretanto, essas afirmações da vida em suas potências são ainda vistas como estando fora dos tradicionais direitos humanos, porque não estão presentes nos modelos condizentes com a “essência” do que é direito e do que é humano (COIMBRA, 2011 p.90).

³ DELEUZE, Gilles. *Conversações*. São Paulo: Ed 34, 2010

Com efeito, os direitos contidos nas diferentes declarações e afirmados pelas diversas revoluções burguesas, proclamados a partir de modelos que definem uma essência para “o” humano, têm um claro conteúdo de classe. Dessa forma, apesar de serem apresentados como únicos, universais, absolutos e verdadeiros, os chamados Direitos Humanos são produzidos pelas diferentes práticas sociais. Em cada formação histórica, são construídos diferentes entendimentos do que sejam os Direitos Humanos, Eles não podem ser tomados, portanto, como tendo uma evolução ou uma origem primeira; o sentido dos Direitos Humanos é constantemente objeto de múltiplas ressignificações. (GEISLER; COIMBRA, 2008)

As condições de possibilidade de construção e afirmação de outros Direitos Humanos, não universais e absolutos, mas descontínuos e em constante transformação, encontram-se no abandono dessa falsa verdade que afirma esses direitos como objeto natural que corresponde a modelos inerentes. Com tal abandono, com tal mudança de perspectiva, é possível e necessário afirmar direitos locais, fragmentários, processuais, em movimento e devir, isto é, múltiplos como as forças que se encontram no mundo. (GEISLER; COIMBRA, 2008 p. 21)

É esse o entendimento que vai tornar possível construir e debater sobre os direitos dos que não se encontram dentro da norma estabelecida para a garantia dos Direitos Humanos.

2.3 DIREITOS HUMANOS NO BRASIL

2.3.1 Contexto

Segundo Geisler e Coimbra (2008), é ainda no período repressivo da ditadura militar brasileira que a luta pelos Direitos Humanos vem à tona com mais força nos movimentos contestatórios contrários ao regime, em especial no protagonismo dos novos movimentos sociais. Na segunda metade dos anos 70, práticas sociais começam a rechaçar os movimentos tradicionalmente instituídos e politizar o cotidiano –

nos locais de trabalho, nos bairros em que se vive – dando início a uma nova política que, aos poucos, vai ganhando espaço no cenário nacional. Esse novo sujeito coletivo passou a lutar por melhores condições de vida, trabalho, moradia, saúde e, principalmente, pela democratização da sociedade. É nesse contexto que surgem importantes movimentos em defesa dos direitos humanos, como o Grupo Tortura Nunca Mais/RJ.

Segundo as autoras, falar desses movimentos, organizados por diferentes esferas da população que compartilham a indignação com a prática cotidiana e banalizada da tortura nos dias de hoje, é remexer em questões que continuam sendo propositadamente ignoradas pelos diferentes governos pós-ditadura. É denunciar o comprometimento e a convivência com o terrorismo de Estado de todos os governos subsequentes à ditadura militar.

A luta pelos Direitos Humanos se faz hoje na defesa de diferentes manifestações da vida, na busca por afirmar outras subjetividade e outros Direitos Humanos. Se o plano das práticas cotidianas, micropolíticas, é o lugar privilegiado para a produção de novas respostas para os impasses que nos implicam hoje, é através da reinvenção das formas de ser, estar, viver e sentir que será possível resistir às políticas tradicionais e afirmar Direitos Humanos de caráter mais coletivo. (Geisler e Coimbra, 2008)

Não podemos esquecer de acenar aqui para uma questão muito séria que pode frustrar, na prática, a realização desses direitos. Esta é a tentação de se excluir e esquecer o "social" ao se falar nos "Direitos Humanos", de tal modo que os Direitos Humanos sejam entendidos apenas numa dimensão individualista e pessoal, dentro ainda de uma filosofia liberal. A dimensão social dos Direitos Humanos só é garantida quando, não o indivíduo (alguém que é um, mas não tem nada a ver com os outros), mas sim a pessoa solidária, for a categoria básica a levar em consideração. Isso significa uma abertura maior, em que "o outro" também é critério no julgamento dos direitos de cada um.(...) Os Direitos Humanos são direitos sociais, que devem se concretizar nas pessoas. Dentro, porém, do referencial de relação, se há alguém que esteja privado desses direitos, todo corpo social estará sendo atingido (GUARESCHI, 2000 p19).

Geisler e Coimbra (2008) afirmam que, no imaginário social brasileiro, vigora uma importante marca de impunidade atrelada ao desrespeito aos direitos humanos, em grande parte decorrente das violências cometidas na ditadura militar e da impu-

nidade e indiferença com as quais esses crimes e violações foram tratados posteriormente – o extermínio das classes subalternizadas tem sido plenamente justificado como uma “limpeza social”, aplaudido pelas elites e por muitos segmentos de nossa sociedade. Em tempos neoliberais, o “inimigo interno” deve ser calado e, se necessário, exterminado, como na ditadura. Historicamente, o estado brasileiro vem contribuindo para a manutenção do privilégio das elites econômicas que se sucedem no poder e para a consolidação das estruturas de desigualdade social.

Conhecer, portanto, nossa história recente, apropriando-se dela, pode nos ajudar a inventar outras maneiras de viver e de existir que se constituam como importantes instrumentos de contraposição às políticas que produzem, atribuem e fortalecem uma determinada essência para os Direitos Humanos (GEISLER; COIMBRA, 2008).

Em suma, as pistas encontradas na conceptualização de direitos humanos e, posteriormente, na problematização dos respectivos conceitos apontam para a exploração de nossa história recente. Levando em consideração nossos objetivos em torno do tema dos direitos dos usuários de saúde mental do SUS, apresentaremos agora uma breve recapitulação das políticas de saúde no Brasil, enfatizando o tema dos direitos e da cidadania.

2.3.2 As políticas de saúde no Brasil e o direito à saúde: em busca da cidadania

A história das políticas públicas no Brasil é marcada pela luta da população pela democracia e pelo acesso aos bens e aos serviços de saúde públicos. Durante os anos 70 e 80 organizou-se no Brasil o Movimento Sanitário, um forte movimento social que teve a defesa do direito do cidadão à saúde como principal frente, no entendimento de que lutar pelo direito de todos à saúde era a expressão de um estado saudável do qual não se deveria abdicar (CECCIM, 2007; PAIM, 2008).

A saúde começava a construir um movimento ideológico, posicionando-se pela análise política das circunstâncias da vida com interferência sobre o adoecer e o morrer, onde se almejava uma renovação das bases da atenção à saúde pelo direito de acesso universal à assistência e pelo reconhecimento da promoção da saúde a partir de ações que alterassem os determinantes sociais do processo saúde/doença (CECCIM, 2007).

Esse movimento, que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), implicou-se no projeto de construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional, capaz de viabilizar a saúde como um bem público. Os princípios que orientaram este processo foram: um princípio ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico, que compreende a determinação social do processo saúde-doença; um princípio político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário, que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação. (FLEURY, 2009)

A RSB caracteriza-se como processo histórico de transformação social e redirecionamento do modelo de atenção à saúde. Tem como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde os movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde difundiram sua proposta. Nessa ocasião, foram identificados os problemas do sistema de saúde, medidas para sua resolução e os princípios e diretrizes da RSB, com destaque para o *conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do estado; criação do Sistema Único de Saúde (SUS); participação popular (controle social); constituição e ampliação do orçamento social* (PAIM, 2003).

A conferência foi estruturada sob três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde; e foi a primeira com ampla participação da sociedade. O tema do direito à saúde foi amplamente debatido, tomando como referência o desenvolvimento dos direitos civis, políticos e sociais, realizando uma análise crítica das relações entre cidadania e Estado, tanto pelo ângulo dos direitos sociais quanto na perspectiva do direito à saúde (PAIM, 2008).

Paim (2003) ressalta que, durante a construção do arcabouço legal para instalação do SUS, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) funcionaram como uma “estratégia ponte” no estabelecimento de convênios entre governos federal, estadual e municipal. A partir disso, foi possível alcançar avanços organizativos, como a criação dos conselhos estaduais e municipais de saúde, paritários e deliberativos. Em 1988, a promulgação da Constituição Federal garantiu o di-

reito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o SUS. A incorporação dos princípios da RSB no Capítulo da Seguridade Social da Constituição de 1988, mediante emenda popular, representa a maior vitória da RSB.

O SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para a democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde. A implantação do SUS começa no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Posteriormente, reformularam-se os papéis dos entes governamentais na prestação do serviço e na gestão do sistema de saúde; adotaram-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde; criaram-se e ampliaram-se as instâncias colegiadas de negociação e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

No início da década de 1990, o Brasil encontrava-se em grande instabilidade econômica e sob forte influência da conjuntura internacional neoliberal que, juntamente com o enfraquecimento dos movimentos sociais, trouxe grandes dificuldades para a regulamentação e implementação dos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde. Destaca-se que, nesses mesmos anos, o Governo Federal reduziu em quase metade os recursos para o setor da saúde, ao mesmo tempo em que os governos estaduais também reduziram sua participação orçamentaria para a saúde. Somado a isso, a Reforma Sanitária enfrentou, entre 1988 a 1992, dois governos que reforçaram o projeto conservador da saúde, com a implantação distorcida do SUS e o apoio ao modelo médico-assistencial privatista de expansão da assistência médica supletiva, entre outros fatos. Vale ressaltar que se ampliaram, no Brasil, diversos modos de assistência médica supletiva com interesse de lucro na saúde, evidenciando o florescimento do projeto conservador oposto à política pública do SUS. (AGUIAR, 2001)

Atualmente, o Brasil vive um contexto particular na organização do setor da saúde e no entendimento da saúde como um direito de cidadania. Esse direito de cidadania pode ser traduzido pela expressão “controle social em saúde”, fazendo extrapolar, do direito à saúde, a noção de acesso a bens, serviços e ações em saúde ou a garantia de bons atendimentos, dirigindo-se à noção de participação da sociedade nas decisões sobre a formulação e avaliação das políticas públicas de saúde e também na conformação das práticas de cuidado. (CECCIM, 2007)

O Controle social em saúde é abertura do Estado para a participação da sociedade em suas decisões. Objetiva estabelecer uma relação onde a sociedade organizada consiga intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses, na definição das prioridades e metas. O SUS tem, na participação da população, um de seus pilares, cabendo assegurar o controle social sobre suas ações. (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001)

O controle social foi instituído no SUS com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90 e posteriormente complementada pela Lei 8.142/90. As Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, enquanto instâncias colegiadas em cada esfera do governo, foram regulamentadas pela Lei 8.142. De acordo com essa lei, os conselhos de saúde são órgãos de caráter permanente e deliberativo, ou seja, devem funcionar por tempo indeterminado e reunir-se ordinariamente, e têm o direito de tomar decisões sobre a política de saúde a ser executada. As Conferências devem reunir-se em cada nível de governo, em intervalos de tempo maiores, porém não superiores a quatro anos, com representação diversa de segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a construção da política de saúde da respectiva esfera do governo. A lei prevê a paridade entre usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, ou seja, deve participar com direito a voz e voto o mesmo número de representantes de cada segmento. (BRASIL, 1990; CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001)

Scorel e Moreira (2012) enfatizam que a participação não deve ser naturalizada como algo positivo em si mesmo nem desvinculada das relações sociais, econômicas e políticas. Além disso, Carvalho, Petris e Turini (2001) atentam para alguns fatores do processo de controle social no SUS que limitam o seu desenvolvimento: a dificuldade dos conselhos estabelecerem objetivos que representem as re-

ais aspirações da sociedade; a dificuldade de acesso dos conselheiros às informações em saúde; e a transformação, na prática, dos conselhos em estruturas meramente consultivas (muitas vezes, através de leis municipais que retiram sua natureza deliberativa).

A participação social é a base constitutiva da democracia; dessa forma, a ampliação e qualificação de uma é diretamente relacionada ao desenvolvimento da outra. O que torna a compreensão dessas relações uma tarefa complexa é que tanto a democracia quanto a participação comportam definições polissêmicas e plurais. Além disso, a defesa e a implantação dessas duas ideias-força mais importantes do processo civilizatório foram e continuarão a ser geradoras de guerras e utopias. (SCOREL; MOREIRA, 2012)

2.2.3 Reforma psiquiátrica

O processo de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, assim como a Reforma Sanitária, nasceu como um movimento social com marca de seu tempo. No contexto das mudanças sociais e políticas nacionais, os protagonistas da reforma propõem transformações no modelo assistencial em saúde mental, com impactos e consequências que extrapolam esse subsetor da saúde. Esse processo, regulamentado pela lei 10.216, possibilitou a passagem de um modelo hospitalocêntrico manicomial para um modelo comunitário, constituído em rede com outros serviços e setores, produzindo uma importante ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, consoante com a crítica aos paradigmas da ciência moderna realizada por autores que indicaram, também, a emergência de um novo paradigma nas ciências. (Brasil, 2001; YASSUI, 2010)

Desse novo paradigma, surgem novas possibilidades de práxis, referidas a profundas transformações das quais resulta um novo olhar sobre a loucura, redefinindo e elaborando conceitos que orientam a construção de uma nova estratégia e modalidade de cuidado. Visando privilegiar espaços que possibilitem a integração e/ou reintegração dos usuários promovendo ações territorializadas reafirmando e buscando incorporar nas ações de saúde, os princípios e garantias dos direitos humanos. (YASSUI, 2010)

Dessa forma, cabe pensar que a passagem do modelo manicomial para o modelo comunitário impôs um horizonte completamente distinto para o fazer e o pensar em saúde mental. A reforma psiquiátrica brasileira, embora tardia em relação a outros países, tem sua identidade bem demarcada com a proposição de um cuidado em liberdade, territorializado. Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) constituíram-se em dispositivo estratégico de implementação da Reforma Psiquiátrica, de transformação da assistência, visando a organização de uma ampla rede de cuidados. Tal rede, porém, não se limita à implantação de um serviço: “o CAPS é meio, é caminho, não fim.” (YASSUI, 2010)

Como afirma Rotelli (2001), o projeto de desinstitucionalização é bem maior que a desconstrução do manicômio, pois visa a desmontagem da causalidade linear do seu objeto que as antigas instituições haviam simplificado e reduzido à doença mental (não foi por acaso que usaram da força para isso). Trata-se de reconstruir a complexidade do objeto. Porém, se o objeto muda, as novas instituições devem estar à altura deste, que não é mais um objeto em equilíbrio mas está por definição em desequilíbrio- a existencia-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada).

A Política Nacional de Saúde Mental avançou nos últimos anos com a organização e expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS não se limita à criação de novos serviços, mas principalmente incide no fomento à construção de novas ferramentas de trabalho e de novos modos de organização do trabalho, produção de conhecimento e práticas de cuidado. (YASUI, 2010; BRASIL, 2004a, BRASIL, 2011)

Como afirmam Costa e Paulon (2012), não é suficiente avançar na formulação e na aprovação de programas e políticas públicas de saúde mental, se não atentarmos para a dimensão micropolítica de produção de subjetividade. Alves e Guljor (2013), em sua construção sobre o cuidado em saúde mental, baseiam-se no conceito de Boff, para quem

o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 2000, p.73)

Alves e Guljor (2013) afirmam três premissas fundamentais desse cuidado: (1) a liberdade, em negação ao isolamento, que busca romper com a ideia de que é preciso afastar o sujeito de seu meio para identificar o seu quadro e propõe o investimento na capacidade do sujeito em estabelecer suas próprias normatizações, pautadas em sua própria história; (2) a integralidade, em negação à seleção, a qual considera que o sujeito em sofrimento possui necessidades que atravessam várias esferas e propõe que o olhar seja deslocado da doença para o conjunto de fatores que envolvem seu andar a vida e que o cuidado abranja a construção de projetos de vida, em oposição ao reducionismo das intervenções focadas na remissão de sintomas; (3) o enfrentamento do problema e do risco social, em contraposição ao modelo nosológico, de forma que o diagnóstico que determinava a condução terapêutica seja incorporado a um conjunto maior de aspectos que envolvem a existência do portador de sofrimento psíquico, entendendo que o risco social permite uma visão privilegiada do sujeito, por considerar o meio em que este se insere – permite compreender, mas não explicar, o processo de crise e atribuir-lhe um sentido e estabelecer uma interação com o sujeito em sofrimento. Em outras palavras, a complexidade, contrapondo-se à simplificação, coloca-se como determinante para o cuidado em saúde mental.

“Mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro.” (YASSUI, 2010) Dessa forma, os CAPS não devem ser apenas unidades de produção de procedimentos, mas lugares de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. São lugares de referência e cuidado para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, bem como pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. São lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada um, com a diversidade de possibilidades de intervenções terapêuticas. (YASSUI, 2010)

Por conta das demandas complexas do sofrimento psíquico, os CAPS se organizam em equipes multiprofissionais, visando proporcionar atendimento singularizado, na perspectiva da integralidade. (YASUI, 2010). Conforme estabelece o Ministério da Saúde, os CAPS devem oferecer atividades prioritariamente coletivas, em grupos e oficinas terapêuticas. Devem dispor também de atendimentos individuais e

visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, enfocando a integração do usuário do serviço com a comunidade e sua reinserção familiar e social. A composição das equipes e a organização dos CAPS variam de acordo com a modalidade dos serviços, conforme descrição das portarias ministeriais 336/GM de 19 fevereiro de 2002 e 3088 de 23 de dezembro de 2011.

Em função disso, uma das diretrizes que define o funcionamento da RAPS afirma o desenvolvimento da lógica do cuidado, tendo como eixo central a construção do PTS e definindo o CAPS como ponto estratégico para o cuidado especializado em atenção psicossocial (BRASIL,2011).

Segundo Boccardo *et al.* (2011), PTS é uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. É definido a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido. Fazer o PTS, portanto, deve ser um processo de construção coletiva, envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os sujeitos no PTS. (OLIVEIRA, 2008)

Assim, formular e operar um PTS exige a realização de três movimentos, sobrepostos e articulados: coprodução da problematização; coprodução de projeto; cogestão-avaliação do processo. A coprodução de problematização refere-se à busca por conhecimento aprofundado sobre o caso por parte da equipe e do próprio usuário (coleta de informações e construção de algo em comum a partir do vínculo); a coprodução de projeto traz em si o desafio de conciliar as práticas de planejamento, ao mesmo tempo em que produz estímulo para a participação ativa dos envolvidos; e, finalmente, a cogestão-avaliação do processo refere-se à produção de espaços de discussão para acompanhamento e reavaliação do caso (BRASIL, 2012).

A tentativa de padronização do cuidado, cuja principal característica é seu potencial de reinvenção, resulta na burocratização da assistência. Por isso, devemos estar sensíveis para a importância de não considerarmos esse cuidado “um modelo” e atentos para o fato de que modelos burocráticos não contemplam a complexidade

do sofrimento psíquico. Essas premissas são importantes para que os CAPS não se transformem em mais um serviço burocrático e reprodutor de relações autoritárias e hierárquicas com os usuários. (ALVES; GULJOR, 2013) Contudo, é possível observar que muitos CAPS encontram-se entregues à burocratização, tendo deixado de escutar e respeitar a diversidade dos sujeitos, transformando PTS em projetos institucionais de cuidado que repetem sempre uma mesma fórmula.

Merhy (2004) afirma que um olhar apurado sobre o trabalho nos CAPS revela dificuldades dos trabalhadores para entenderem e resolverem várias questões que estão envolvidas em seu cotidiano, fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, atenção a crises e à grande diversidade dos usuários. Somado a isso, muitos trabalhadores têm, em seus imaginários, que o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e intersetorial é suficientemente inclusiva, e, ainda, que, com os seus fazeres, o louco não vai ficar nem mais enlouquecido nem excluído.

No âmbito da atenção básica, também é possível observar uma quadro semelhante:

[...] a baixa qualificação das equipes, sentimentos de angústia diante da complexidade das situações, abordagens clínicas tradicionais (queixa-conduta) somadas à complexidade das questões relacionadas à vulnerabilidade social e as altas prevalências de problemas de saúde mental impõem aos profissionais e aos gestores públicos a criação e intensificação de novas estratégias de formação e apoio continuado à atenção primária (ONOCKO-CAMPOS, 2011B, p.4646).

Andar nessa direção tem colocado, sobre o ombro dos trabalhadores, "pesos" importantes para o seu trabalho. Frequentemente, geram fazeres árduos que os levam a experimentar, sensações de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais. Assim, cobram de si e de suas equipes posicionamentos profissionais e estados de ânimo muito difíceis de serem mantidos durante todo o tempo do trabalho; em especial, para aqueles que ofertam seu trabalho vivo, entendido pelo autor como a dimensão relacional que se efetiva no encontro com os usuários, para potencializar a vida do outro que sofre. (MERHY, 2004)

Em minha vivência no campo da saúde, pude experimentar essas sensações e também perceber que os profissionais se cansam desse intenso cotidiano e desanimam de seus fazeres. Além disso, muitas vezes o trabalhador não dispõe de mui-

tos recursos, seja na rede ou no próprio serviço. Assim, por exemplo, ao manejar uma crise no CAPS, pode precisar lançar mão do recurso da internação, mesmo sabendo que tal dispositivo não oferece o suporte adequado ao cuidado que a situação requer, servindo apenas como contenção e remissão de sintomas. Outra situação de menor complexidade, mas igualmente preocupante, é quando há muitos usuários num serviço, e os tratamentos medicamentoso e grupal deixam de ser opções para se tornarem regras.

Costa e Paulon (2012) afirmam que a problemática do protagonismo dos usuários se insere como questão pertinente ao tema do controle social e pode tornar-se ferramenta conceitual e metodológica para o enfrentamento das cristalizações institucionais e na superação dos entraves à efetivação da diretriz da participação social. Assim “um usuário, deliberando acerca das rotinas do CAPS na Assembleia do Conselho Local, votando uma tese na Conferência 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 potência transformadora de vidas.” Dessa forma, a participação social é entendida como processo de afirmação de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias e discussões do cotidiano do trabalho em saúde, tanto em espaços formais quanto nos encontros do dia a dia da vida.

2.2.4 Direitos dos usuários e cidadania

Violações dos direitos humanos e das liberdades básicas e negação dos direitos civis, políticos, sociais e culturais às pessoas que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto no interior das instituições quanto no seio das comunidades. Tais pessoas constituem um grupo vulnerável da população, sendo, portanto, fundamental o papel dos diferentes movimentos sociais que lutam pela conscientização e garantia desses direitos. Esse processo favorece a emergência da saúde mental como campo de intercessão dos diversos saberes relativos à condição humana, fragmentados ao longo do tempo, ressaltando também a urgência de uma integração mais efetiva com o Direito. (VENTURA, 2011)

O direito dos portadores de transtornos mentais pode ser enfatizado sob o enfoque dos direitos humanos reafirmados nas lutas civis, polí-

ticas e sociais que configuram os direitos clássicos de cidadania e que devem orientar as práticas sociais, a cultura, a legislação e a política no plano internacional e nacional. Pode-se, ainda, compreendê-lo como expressão das relações de poder e das representações teóricas, sociais e culturais que incidem sobre a saúde mental e que inspiram a legislação civil, penal e psiquiátrica, bem como as leis relativas aos programas e serviços de saúde mental no Brasil. Dessa forma, a legislação de saúde mental representa um meio importante de reforçar as metas e objetivos da política, garantindo um marco legal para a sua implementação e aplicação. (VENTURA, 2011, p.176)

Como vimos anteriormente, no Brasil a Constituição de 1988 consolidou o país como um estado democrático de direito e articulou um sistema de proteção dos direitos humanos, tomando a dignidade humana como fundamento da República e suporte para todos os direitos consagrados. Assim, o reconhecimento dos direitos humanos impõe ao estado brasileiro a responsabilidade de formular políticas públicas e promover ações que garantam a inclusão de todas as pessoas. (VENTURA, 2011, BRASIL, 1988)

No âmbito jurídico, a definição da pessoa portadora de transtornos mental é objeto de específica regulação pelos Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. Esses princípios estabelecem que a determinação de um transtorno mental deve obedecer aos padrões médicos reconhecidos internacionalmente, não podendo basear-se em critérios socioeconômicos, políticos ou sociais. Na ordem jurídica brasileira, o Dec. 3.298/1999, em seu artigo IV, define a pessoa acometida de transtorno mental como portadora de deficiência mental. (BRUNETTA, 2005)

No que tange à proteção dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental no âmbito da assistência social, a Constituição já previa, em seu artigo 203, que:

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.(BRASIL, 1988).

Com esse artigo, a Constituição Federal deu um passo fundamental para que o Brasil pudesse ter, finalmente, uma política nacional de assistência social que amparasse as pessoas mais carentes e necessitadas. Como fica claro no texto citado, o Estado possui o dever de prestar a assistência aos necessitados, mesmo que estes nunca tenham descontado para a previdência social.(CFP, 2007)

Nesse contexto, o Benefício de Prestação Continuada – BPC/LOAS, instituído pela Lei nº 8.742 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), consiste na garantia de um salário mínimo por mês a idosos e pessoas que sofrem de algum transtorno mental incapacitante para o trabalho, temporário ou permanente. O BPC integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em consonância com a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, de onde provêm os recursos de custeio do BPC. (BRASIL, 1993)

Cabe ressaltar que, na descrição dos critérios para a concessão desse benefício, presente no Art. 20 da lei 8.742 de 1991 e posteriormente atualizado na lei 12.470 de 2011, consta que:

Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.(BRASIL, 2011)

Alem disso, só terão acesso ao BPC aqueles que não puderem prover seu próprio sustento, ou seja, que não possam trabalhar ou que não possam ser amparados pela família. "Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo" (LEI 8.742) Temos, portanto, a definição de um critério objetivo de pobreza para o acesso ao benefício, o qual é bastante restritivo e acaba selecionando apenas as pessoas que estão abaixo da linha de pobreza. (CFP, 2007)

A concessão do benefício é condicionada também ao exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, que é o órgão responsável pela operacionalização do BPC. A perícia médica tem como finalidade a comprovação de que a pessoa que está solicitando o benefício está, de fato, dentro dos critérios exigidos. No caso do portador de trans-

torno mental, esse exame é que irá atestar se a pessoa está ou não apta ao trabalho. (BRASIL, 2011; CFP, 2007)

O beneficiário não pode acumular benefícios de qualquer outro âmbito, salvo de assistência médica. O benefício não é eterno, deve ser revisto a cada dois anos para avaliação das condições que lhe deram origem, podendo ser suspenso caso se comprove que tais condições não vigoram mais. Poderá ser cancelado caso se constate irregularidade na sua concessão ou utilização, cabendo ao Ministério Público zelar pelo efetivo cumprimento da LOAS. (BRASIL, 2011)

Enquanto recurso de inclusão social, visualiza-se positivamente o BPC/LOAS. Ele tem claramente contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários, viabilizando a realização de projetos de geração de renda, aquisição de equipamentos para geração de renda e para capacitação profissional; o aperfeiçoamento pessoal através de investimento cultural e informações; a inclusão na família por contribuir na renda familiar e a inclusão social através de moradia, viagens, lazer, namoros. (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010)

No âmbito da saúde mental, a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de cuidado. Esta lei estabelece, como direitos:

Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001)

Além disso, institui o Estado como responsável por promover uma política de saúde mental, assistência e promoção de saúde, com a devida participação da sociedade e da família; proíbe a internação em instituições de características asilares; determina que a internação somente seja indicada quando os recursos extra-hospi-

talares forem insuficientes; recomenda que o usuário seja tratado com humanidade e respeito; entre outros direitos já dispostos na Lei 8.080. (BRASIL, 2001)

Sobre a lei da Reforma Psiquiátrica, Delgado (2011) ressalta que o seu sentido mais profundo é o cuidado:

Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nomenclologia, catálogos de interdições. Dedicada a cidadãos enfermos vistos como sem vontade, liberdade, autonomia porque foram colhidos pelo mal de viver. Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la. A sociedade cria e recria normas para definir o que rejeita e o que consagra. Faz-se progressista na área de saúde mais por atitudes de bons profissionais, do que por atos de rotina médica. Assim, inscrever o doente mental na história da saúde pública é aumentar sua aceitação social, diminuir o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta e contribui para elevar o padrão de civilidade da vida cotidiana (p. 4704).

O conhecimento e o reconhecimento dos direitos dos usuários são uma dimensão fundamental do cuidado em saúde mental. Está na base da RPB a premissa de que os trabalhadores da saúde reconheçam aos usuários de saúde mental como possuidores do direito e respeitem sua expressão diferente da norma. (ALVES; GULJOR 2013),

Porém, é comum que uma grande maioria das pessoas não tenham conhecimento sobre seus direitos. Essa situação é ainda mais comum quando se trata de pessoas em sofrimento mental, visto que, historicamente, tiveram seus direitos negados, sendo enclausuradas em manicômios sem contato com o mundo exterior. É relativamente recente a preocupação e o cuidado com os direitos das pessoas em sofrimento mental. A esse respeito, o Movimento da Luta Antimanicomial, que defendeu a Reforma Psiquiátrica e a criação de leis que assegurassem às pessoas em sofrimento mental a plena condição de sujeitos de direitos, tem grande importância no cenário nacional. (CORREIA, 2011)

Outra referência para a proteção dos direitos dos usuários do SUS é a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, a qual, por sua própria afirmação e divulgação, constitui uma importante estratégia de qualificação dos sistemas de saúde. Objeti-

vando assegurar o direito ao ingresso digno nos sistemas de saúde, públicos ou privados, a Carta estabelece seis princípios básicos de cidadania: “a) todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; b) todo cidadão tem direito adequado e efetivo para o seu problema; c) todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; d) todo cidadão tem direito a atendimento que respeite sua pessoa, seus valores e seus direitos; e) todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; f) todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos” (BRASIL,2007).

Correia (2001) afirma que, para o movimento dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, o acesso à informação sobre os direitos é crucial ao fortalecimento do acesso à justiça e para a atuação no controle social das políticas públicas na área da saúde mental.

Apesar disso, Emerich (2012) alerta que ainda há pouca interlocução entre as leis, o conhecimento e as percepções de usuários e gestores acerca dos direitos dos usuários. Tal fato tem dificultado a efetiva possibilidade da emergência de um sujeito de direitos, para além da informação.

O sujeito de direitos é aquele que tem a experiência de direitos encarnada e que é reconhecido pelo outro como tal. Nesse sentido, não basta que o usuário saiba que pode, por exemplo, recusar a medicação. É também necessário que ele seja legitimado como um sujeito de direitos cuja vontade e decisão devem ser consideradas pelos profissionais de saúde e comunidade. (EMERICH, 2012)

Ou seja, a possibilidade de que os sujeitos não só saibam quais são os seus direitos mas também tenham a real possibilidade de efetivá-los depende não só de uma mudança dentro dos serviços de saúde, mas da sociedade como um todo. Estamos nos referindo a uma dimensão da vida dos usuários que extrapola o serviço de saúde, que é a dimensão da cidadania: um sujeito com direitos reconhecidos e com condições de vida digna. Porém, muitas vezes o contexto de vida dos usuários do SUS é carente de vida digna.

3 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

3.1 A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA E SOCIAL DA MEDICAÇÃO

Historicamente, atribui-se à farmacologia papel relevante na desinstitucionalização de milhares de pacientes no campo da saúde mental, contribuindo para que internos de longa data, ou até mesmo os que passaram toda a vida reclusos em hospitais psiquiátricos, pudessem viver em comunidade. Além disso, a medicação contribuiu para certa humanização das práticas, ao diminuir o recurso a outros métodos de tratamento mais invasivos. (RODRIGUEZ DEL BARRIO, PERRON, OUELLETTE, 2008)

Atualmente, percebe-se grande aumento da medicação da população, bem como sua medicalização. O termo medicalização surgiu no final dos anos 1960 e se refere ao fenômeno através do qual aspectos da vida cotidiana são apropriados pela medicina e transformados em conceitos, patologias e comportamentos sociais. Uma das consequências desse fenômeno é a redução das experiências singulares a fenômenos bioquímicos ordinários. (GAUDENZI; ORTEGA 2012; ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2012)

Ivan Illich (1975) discorre sobre a temática da medicalização a partir da noção de iatrogênese – produção de doenças em consequência das próprias práticas médicas. O autor aborda a iatrogênese em três níveis: o da clínica, o social e o estrutural ou cultural. Os aspectos da iatrogênese clínica se referem a doenças causadas pelos próprios tratamentos de saúde, como os efeitos secundários do medicamento, entre outros. Nesse ponto, o autor faz uma severa crítica ao consumo excessivo de medicamentos, que causaria mais danos do que benefícios, provocando novas espécies de doenças que não podem ser curadas pela técnica moderna nem pela imunidade natural.

No segundo nível está a iatrogenia social ou medicalização social, que se refere a um efeito social não desejado e danoso da medicina, o da crescente dependência da população para com as prescrições da medicina. Considera que a produção de dependência é o maior dano causado pela proliferação dos profissionais da saúde e pela medicina. Dentro desse nível, identifica diversos tipos de *iatrogênese social*: a medicalização do orçamento – no qual se observa que os níveis de saúde

não melhoram proporcionalmente ao aumento das despesas médicas; a *invasão farmacêutica* – que atribui aos médicos papel ativo no processo de engajamento dos pacientes no consumo excessivo de medicamentos; e o *controle social pelo diagnóstico* – que se refere à etiquetagem iatrogênica dos diferentes momentos da vida, levando as pessoas a verem como natural a necessidade de cuidados médicos de rotina pelo mero fato de serem crianças, gestantes, idosos, instituindo a necessidade do consumo sistemático de cuidados de acordo com períodos específicos. (ILLICH, 1975; Gaudenzi; Ortega, 2012)

Pode-se dizer que, atualmente sofrimento humano é alvo de um elaborado conjunto de programas, políticas, serviços e práticas, que, além disso, tem provocado debates e lutas entre diferentes classes profissionais. Principalmente nas sociedades ocidentais, a psicopatologia se impôs como linguagem principal para exprimir o sofrimento mental, relacional e social, e o tratamento farmacológico integrou-se ao cotidiano da vida contemporânea. Portanto, podemos considerar que hoje a concepção biológica dos transtornos mentais domina o campo da saúde mental de maneira quase hegemônica e, correlativamente a esse fato, a própria experiência do sofrimento foi transformada pelo tratamento farmacológico. (RODRIGUEZ DEL BARRIO, PERRON, OUELLETTE, 2008)

Hernández (2010) cita o exemplo da Espanha, mas que também serve para a realidade brasileira, em relação ao aumento do consumo de antidepressivos frente às adversidades da vida. Para o autor,

Os processos de naturalização das aflições humanas e sua reorganização em doenças se amplificam atualmente pela maior disponibilidade dos usuários à resolução de seus mal-estares mediante a ingestão de psicofármacos. Também pela maior flexibilidade que os critérios diagnósticos da depressão mostram em determinados meios de informação ao alcance do público geral, como é o caso da internet (HERNÁEZ, 2010, p.104).

Segundo o autor, há um jogo de forças para incorporar, na definição do patológico, situações cotidianas da adversidade da vida, através do abuso da nosologia e da prescrição diante de emoções e estados comuns, que deveriam ser tratados como tal e não como doença a ser suprimida através de medicação. Além disso, os processos de naturalização dos sofrimentos e sua reorganização em doenças se

multiplicam atualmente, devido à maior disponibilidade dos usuários em suprirem seus mal-estares através do consumo de psicofármacos.

Para o autor, não se trata de negar a existência da doença “depressão”, mas sim assinalar o abuso da nosologia e das prescrições perante acontecimentos “normais” da vida, como o estresse, o cansaço, a tristeza e o pesar, que não deveriam ser medicalizados, pois não são doenças. Se esses estados são tratados como se o fossem, é devido aos interesses da indústria farmacêutica, é em função da organização burocrática dos sistemas de saúde, é pelas necessidades construídas nas expectativas culturais da modernidade e da sociedade de consumo (HERNÁEZ, 2010).

Além disso, Rodriguez Del Barrio, Perro e Ouellette (2008) ressaltam outros aspectos dessa problemática – a limitada eficácia dos psicotrópicos para tratar os transtornos mentais e a minimização da importância dos efeitos secundários, que às vezes são muito negativos. Enfatizam também a falta de espaços para o debate sobre a amplitude de suas utilizações e das hipóteses e concepções do sofrimento que fundamentam sua legitimidade.

Onocko-Campos *et al.* (2012) apontam que o crescente uso de psicofármacos, maior que o preconizado pela literatura, não apenas em quantidade, mas também em duração, mostra-se inadequado e ligado a fatores socioeconômicos, sendo a prevalência de medicação associada aos indivíduos de maior vulnerabilidade social, baixa escolaridade e menor renda per capita. Mesmo em municípios que possuem serviços de atendimento em saúde mental, em quantidade e qualidade consideráveis, existem altas taxas de prescrição de psicofármacos.

Levando em conta as demandas complexas do sofrimento humano, é um tanto paradoxal constatar que, muitas vezes, a oferta de tratamento em saúde mental está reduzida apenas à oferta de psicotrópicos. Além disso, a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários sobre o tratamento é em geral deficiente; estes últimos costumam desconhecer o motivo ou o tempo de duração das suas terapias medicamentosas, além de terem baixo nível de autonomia para decidir sobre seu próprio tratamento (ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2012).

Essa oferta “privilegiada” de um tratamento psicofarmacológico em detrimento de outras formas de cuidado pode estar atrelada a diversos fatores, como a viabilidade econômica em comparação com outros tratamentos, a influência da indústria farmacêutica, a falta de recursos humanos nos serviços de saúde (também atrelada às diversas formas de precarização do trabalho), entre outros. Tem-se tornado cada vez mais urgente discutir essa problemática, a qual tem produzido efeitos iatrogênicos relevantes e, sobretudo, confronta o princípio da integralidade da saúde.

Essas questões vêm sendo debatidas e pesquisadas desde a década de noventa no Quebec, Canadá, com o protagonismo do movimento de defesa dos direitos e do movimento alternativo em saúde mental.

Esses novos atores interrogam, desde a margem, sobre as práticas atuais, ressaltando suas contradições e seus limites, transformando em objetos de discussão o que se impunha, anteriormente, como “evidência” na intervenção (RODRIGUEZ DEL BARRIO, PERRON, OUELLETTE, 2008).

Organizaram-se em um grupo de trabalho, chamado *Comité Servage*, percorrendo o conjunto dos serviços alternativos para discutir, questionar, pesquisar os sentidos da medicação na vida das pessoas, seu papel nas práticas profissionais e sua penetração e percepção no conjunto da sociedade. A criação desses espaços de expressão e diálogo permitiu um outro olhar sobre as práticas em saúde mental e culminou na elaboração da estratégia de intervenção para a recuperação da participação dos usuários nas decisões sobre medicação: a *Gestão autônoma da medicação*. (RODRIGUEZ DEL BARRIO; PERRON; OUELLETTE, 2008; MELO, 2015)

Nessa experiência, o comitê testemunha diversos relatos dolorosos relacionados ao uso da medicação e à sua interrupção. Perceberam que muitos usuários demonstravam grande desconfiança com o tratamento medicamentoso devido à insatisfação com as constantes recaídas e com os fatores complexos associados a efeitos secundários, o que fazia do abandono do tratamento algo comum. Como resultado disso, novas crises vinham à tona, seguidas de internações e o retorno forçado ao tratamento medicamentoso. Este ciclo acabava se confirmando como um caminho natural, tornando o tratamento um processo doloroso e sem sentido. (MELO, 2015)

Em 1993, a partir da proposição de um usuário, foi criado o comitê "suspensão", para estudar a medicação psiquiátrica e a possibilidade de adotar um recurso especializado de suspensão. Visando ajudar as pessoas que desejassem acesso a um método assertivo e também um acompanhamento para diminuir ou interromper o consumo de psicotrópicos. Esse projeto buscava encontrar resposta concreta às preocupações e aos problemas partilhados por muitos usuários acerca da relação entre grande consumo de determinados medicamentos, da eficácia limitada do tratamento farmacológico, das grandes restrições relacionadas aos efeitos adversos e do consumo a longo prazo de psicotrópicos, às consequências de suspensões abruptas sem o acompanhamento médico. (RODRIGUEZ DEL BARRIO; PERRON; OUELLETTE, 2008)

Em seguida o comitê percebeu que o reconhecimento de um sofrimento anterior a esse uso era ainda mais importante que questionar a medicação com o enfoque na suspensão. Entenderam que o questionamento da eficácia e dos limites da medicação não podem ser consideradas em separado das dificuldades subjetivas que as pessoas enfrentam. Assim, o trabalho passou a centrar-se no compartilhamento da significação da experiência de uso de psicofármacos. (MELO, 2015; ONOCKO-CAMPOS et al. 2012)

3.2 GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

A Gestão Autônoma da Medicação é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca de saberes entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Outro aspecto deste problema envolve a baixa participação dos usuários dos serviços nas decisões com respeito aos seus tratamentos, com pouca apropriação de informação e a centralização do poder nos profissionais de saúde. (ONOCKO-CAMPOS et al.,2012; ONOCKO-CAMPOS et.al. 2013).

No contexto da estratégia GAM, convencionamos denominar *ferramenta* ao Guia GAM, e *dispositivo* ao grupo GAM no qual se faz uso da ferramenta Guia GAM. Por meio de textos informativos, alternados a perguntas acerca de hábitos e contex-

to de vida, experiência de tratamento e conhecimento de direitos, o Guia GAM-BR (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; ONOCKO-CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI, 2014) propicia uma experiência coletiva, com a qual se espera alcançar um aumento na capacidade de participação dos usuários de saúde mental nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento, especialmente o medicamentoso (ONOCKO-CAMPOS; PALOMBINI; PASSOS, 2013).

O trabalho com o Guia GAM consiste na organização de grupos de usuários nos serviços de saúde, contando com a presença de um moderador, podendo esse ser tanto um usuário ou um trabalhador, onde a leitura do guia serve como disparador para as discussões temáticas. A GAM, em uma de suas definições, caracteriza-se como uma aprendizagem do usuário em relação ao seu processo de adoecimento, sua relação com os medicamentos que usa, com os profissionais e o serviço. Porém, chama atenção o processo que se dá entre os trabalhadores e os pesquisadores que partilham dessa experiência com os usuários, e parece-me que essa vivência produz diferença no modo de fazer saúde de todos envolvidos.

Com efeito, a GAM parte do entendimento de que, para experimentar a autonomia nos tratamentos, a gestão destes precisa ser compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos. Assim, um reposicionamento dos usuários, com aumento da sua participação nas decisões sobre o seu tratamento, implica, na mesma medida, o reposicionamento das equipes quanto ao modo de pactuar, com seus usuários, a gestão do serviço e as definições quanto aos projetos terapêuticos singulares.

Segundo Kinoshita (2001), autonomia deve ser compreendida como capacidade do indivíduo de estabelecer normas para a própria vida a partir da ampliação de suas relações sociais. Considera-se autônomo aquele que estabelece maior diversidade e número de relações em rede. Considerando que sujeito e mundo se mantêm em relação de codependência, então a ampliação da autonomia equivale ao aumento de inserção em relações desse tipo.

Com base nisso, Zambillo (2015) reitera que a autonomia individual não é entendida como autossuficiência e, sim, como capacidade de estabelecer redes e se retroalimentar. “É pela insuficiência que se ajuda e se busca apoio nos demais, é pela ajuda recebida que se pode ser suficiente, nunca autossuficiente, sempre suficiente pelo que se compartilha.” (Ibdem p. 89)

Essa concepção de autonomia a torna próxima à de cogestão. Falar em gestão autônoma da medicação, assim, não significa afirmar uma gestão independente, autossuficiente e individualizada por parte do usuário, mas, ao contrário, reconhecer um processo de cogestão – a gestão que se faz junto com o outro. Fomentar a autonomia no tratamento não significa que o usuário vá decidir sozinho, mas, sim, considerá-lo como protagonista e corresponsável na gestão do tratamento com medicamentos, participando da decisão de usá-los e do modo como usá-los. (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013)

Dessa forma, a construção de autonomia coletiva não se reduz à explicitação das diferenças e à criação de consensos. Implica em negociação entre saberes e visões de mundo dos profissionais e dos usuários, incluindo a rede de relações que os cerca. Depende de condições democráticas e do funcionamento efetivo das políticas públicas, bem como do acesso dos sujeitos à informação e da capacidade crítica acerca desta. É um fenômeno complexo, que não pode ser visto como dado independentemente do contexto que envolve a experiência vivida junto ao coletivo. Construir processos de autonomização é uma direção do tratamento em saúde mental, pressupondo a gestão compartilhada do cuidado e a valorização do direito dos usuários e, mais amplamente, dos direitos humanos. (PASSOS *et al.*, 2013)

Onocko-Campos *et al.* (2012; 2013) ressaltam que o tratamento medicamento ainda é pouco debatido entre usuários e trabalhadores tendo sido naturalizada a falta de espaços para essa discussão nos serviços. Trabalhadores e gestores pouco se apropriam do tema, naturalizando também as decisões sobre a prescrição medicamentosa como exclusividade do médico. Dessa forma, os autores questionam como os trabalhadores, alienados desse conhecimento, poderão incentivar os usuários a dialogar com a equipe sobre sua experiência de uso de medicamentos.

No entanto, vários profissionais que participaram de Grupos GAM relatam que desenvolveram uma melhor compreensão sobre os diferentes medicamentos e, ainda, um melhor entendimento sobre o que o uso deles significa para cada usuário de psicofármacos. Evidencia-se o compartilhamento como fator importante para os próprios moderadores e outros profissionais participantes, já que abre a possibilidade de que todos repensem suas relações com os medicamentos, dando a elas novo significado. Esses profissionais contam que houve mudanças na forma como se re-

lacionavam com seus usuários, a partir da escuta das experiências: ficaram mais flexíveis para negociar o uso de medicamentos no tratamento (dialogar, chegar a acordos) e para acolher o significado desse uso desses para cada um dos usuários. (ONOCKO-CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI, 2014)

3.2.1 À escuta de usuarios e trabalhadores: oficinas GAM na SES-RS

As oficinas, acompanhadas pelo grupo de pesquisa junto à Secretaria Estadual da Saúde do RS (SES-RS), no ano de 2014, ocorreram em diferentes municípios e regiões do estado. Promovidas pela SES-RS, destinavam-se a acompanhar o processo dos grupos que estavam em andamento e ouvir as experiências dos usuários e dos trabalhadores com o guia GAM. Aconteceram no formato de roda de conversa, alternando-se entre relatos de experiência dos participantes dos grupos GAM, dúvidas, expectativas, e conceituações teóricas sobre a GAM e seus conceitos norteadores. Nessas rodas, a participação dos trabalhadores foi majoritária em relação ao pequeno número de usuários presentes.

As perguntas feitas a SES-RS pelos participantes foram: *Quanto tempo dura o grupo? É um grupo fechado? Grupo com médico ou grupo sem médico? Como fica a questão do conhecimento específico sobre medicação? Pode participar do grupo um usuário que não sabe ler? Já houve casos em que o usuário decidiu abandonar a medicação? Quantos profissionais precisam para coordenar o grupo? Sempre participa um profissional? E se algum usuário decidir parar de tomar a medicação após sua participação no grupo GAM? Como manejar o grupo? Como não transformar o grupo em grupo terapêutico? Como lidar com as expectativas, se há um programa a seguir? Como podemos atingir os familiares?*

Foi possível perceber que há um forte indicativo dos trabalhadores em ter mais conhecimentos em relação às medicações como forma de aumentar sua participação na construção dos PTS. Consideram que as áreas não médicas possuem pouco conhecimento prático, e isso constitui um entrave, uma vez que precisam desses conhecimentos para informar aos usuários e também para dialogar com os médicos sobre as prescrições. Esta talvez possa ser uma das pistas para o trabalho,

já que os trabalhadores também precisam de maior participação e autonomia para promover um cuidado de qualidade aos usuários. Somada a isso, uma dúvida que apareceu com frequência foi sobre a necessidade de participação dos médicos nos grupos GAM, ou até mesmo se a participação deles qualificaria o processo, uma vez que detêm conhecimento sobre as medicações.

Já em relação às expectativas dos trabalhadores, as principais relatadas foram: *a busca por melhorar a qualidade do tratamento dos usuários com base nos princípios do guia; melhorar a articulação entre as associações de usuários; conseguir trabalhar a “alta” de alguns usuários do CAPS II.* Fica claro, nessas falas, que um dos efeitos esperados do trabalho com o guia é a qualificação do cuidado. Isso aponta para um problema recorrente na RAPS, em especial nos CAPS: a dificuldade de “dar alta” para os usuários que não encontram os recursos necessários para uma reabilitação psicossocial ou para resgate de seus projetos de vida.

Algumas das falas dos trabalhadores se destacaram, como, por exemplo: *“a ideia da GAM nos organiza... a gente descobriu um nome para aquilo que estamos fazendo”* e *“GAM dá nome a uma prática que já esta sendo feita, que hoje está desamparada, mas vai ser amparada”*. Por um longo tempo pensei sobre isso, tentando responder a mim mesmo por que isso tinha me afetado. Após um ano de trabalho de pesquisa, acredito que isso ocorre por que a GAM efetivamente trabalha com conceitos e elementos inclusos nas leis e políticas da Reforma Psiquiátrica brasileira, como direitos dos usuários, autonomia, informações sobre os tratamentos, possibilidade de escolha pelo tratamento medicamentoso, cidadania, entre outros. Contudo, esses elementos, tidos como básicos, em teoria, e que são temas tão caros a nós, trabalhadores da saúde, encontram, ao mesmo tempo, uma grande dificuldade de se materializar no dia a dia dos serviços de saúde.

Os usuários, em suas falas, descrevem a importância do espaço criado nos grupos GAM para falar das coisas particulares, das dificuldades pessoais, da sexualidade e também da aprendizagem sobre os medicamentos. Outros reivindicam por mais trabalhadores na rede de saúde, afirmando que *“está faltando muito para o GAM”*. A expressão: *“A gente não quer só a medicação, a gente quer tudo”*, se destaca para mim, pois foi expressa por uma usuária participante de um grupo GAM,

mas evidencia o desejo de usuários e trabalhadores por um cuidado mais qualificado nos serviços de saúde.

Num último encontro que acompanhei junto a SES-RS, destinado a trabalhadores da Atenção Básica, o objetivo foi realizar a sensibilização daqueles que ainda não haviam tido contato com a ferramenta. Fez-se uma roda de conversa sobre saúde mental na Atenção Básica, e, nessa roda, os trabalhadores expuseram as realidades de seus municípios, a composição das redes de saúde, as principais estratégias de cuidado em saúde mental e as dificuldades encontradas.

Dessa conversa, foi possível destacar alguns pontos importantes nos relatos dos profissionais, como: o pequeno número de profissionais médicos na rede e, em consequência disso, o desenvolvimento de práticas como a formação de grupos de "saúde mental", destinados à otimização do tempo para as prescrição de medicamentos psicotrópicos. Outro tema que surgiu nesse debate foi a preocupação com a medicalização na infância, em relação a qual as dificuldades dos trabalhadores parecem ser maiores, uma vez que apontam que a rede de saúde é mais fragilizada nesse âmbito. Assim, terminam por vislumbrar na medicação uma alternativa à mão para o cuidado da dessa população, evidenciando a falta de recursos e ferramentas mais adequadas.

4.MÉTODO

4.1 EXPERIÊNCIA E VIVÊNCIA: A PESQUISA COMO TRAVESSIA?

O conceito de experiência tem grande relevância na obra de Walter Benjamin. No ensaio "O Narrador", ele evidencia os aspectos socioculturais que teriam ocasionado o enfraquecimento da narração e, conseqüentemente, acentuado o declínio da experiência. O autor considera que a experiência na modernidade seria apenas uma vivência, que significa, de acordo com a tradução do termo em alemão "*erleben*" utilizado originalmente pelo autor: viver; presenciar; assistir a; experimen-

tar; sofrer a experiência. Em contraposição, a experiência – tradução do termo "Erfahren" – significa: (chegar a) saber; sofrer; experto; experimentado; empírico; como a experiência ensina (BENJAMIN, 2012; HOEPNER; KOLLERT; WEBER, 2001).

Gagnebin, (2007 p. 58) reitera que a palavra *Erfahrung* vem do radical *fahr* – usado ainda no antigo alemão no seu sentido literal de percorrer, atravessar uma região durante uma viagem. Além disso, Bondía (2002 p. 21) considera que "a experiência é o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca." Esse autor afirma que dia a dia se passam muitas coisas em nossas vidas, mas ao mesmo tempo quase nada nos acontece, de modo que poderíamos pensar que tudo está organizado para que nada nos aconteça. Além disso, compreende que alguns aspectos da vida contemporânea, como o excesso de informações, o excesso de opinião, a falta de tempo e o excesso de trabalho, são fatores que contribuem para que cada vez mais se torne rara a experiência.

Benjamin, já em seu tempo, no início do século XX, observava que a pobreza de experiências é característica de nosso mundo, onde se passam muitas coisas, mas a experiência se torna cada vez mais rara. O autor utiliza-se do exemplo dos combatentes de guerra, que voltavam das trincheiras mais pobres em experiências comunicáveis, entendendo que é a realidade do sofrimento que não pode se depositar em experiências comunicáveis.

Bondía (2002) afirma que as palavras produzem sentido, criam realidades e funcionam como mecanismos de subjetivação.

As palavras determinam nosso pensamento porque não pensamos com pensamentos, mas com palavras, não pensamos a partir de uma suposta genialidade ou inteligência, mas a partir de nossas palavras. E pensar não é somente "raciocinar" ou "calcular" ou "argumentar", como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. (...) Quando fazemos coisas com as palavras, do que se trata é de como damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as palavras e as coisas, de como nomeamos o que vemos ou que sentimos e de como vemos e sentimos o que nomeamos. (BONDIA, 2002, p. 21)

Dessa forma, me questiono: poderia ser a pesquisa o meio, a travessia entre vivência e experiência? Essa interrogação emerge no processo de tessitura desta

pesquisa, partindo da leitura e discussão acerca do tema experiência e narrativa⁴, passando por minha experiência na pesquisa GAM e chegando até a escrita de dissertação. Tratou-se, para mim, de encontrar espaço e produzir sentido, não somente na forma de narrar a experiência de pesquisa, mas também como operador conceitual e organizador da análise e discussão dos dados.

Dessa forma, a escrita desta dissertação busca tecer uma trama atravessada por três tempos não lineares: primeiro tempo, referido às vivências como residente de saúde mental; segundo tempo, no acompanhamento das oficinas de supervisão aos trabalhadores moderadores de grupos GAM; terceiro, concernente à organização e acompanhamento das rodas de conversa com usuários e trabalhadores moderadores de grupos GAM na região metropolitana do RS; A proposta não é que esses fios de tempo resultem num tempo final onde as coisas se resolvem, mas ir articulando e dando consistência a questões que vêm permeando meu percurso – não só questões explícitas, que se põem em palavras, mas também sentimentos, inquietações e angústias.

Procuro situar minhas vivências como residente em saúde mental no plano implicacional da pesquisa, onde, embora reconheça meu lugar de pesquisador como diferente daquele dos trabalhadores e usuários residentes que participaram da pesquisa – pois estes estão diretamente implicados com o trabalho e suas incidências –, situo-me no lugar de pesquisador que procura construir e sistematizar um conhecimento que possa colaborar com os reais desafios e impasses do cuidado em saúde mental.

A escolha de uma posição narrativa não pode estar desarticulada das políticas que estão em jogo – de saúde, de pesquisa, de subjetividade e de cidadania. Qualquer produção de conhecimento parte de uma tomada de posição que nos implica. Assim, compreende-se que uma política de narratividade como “uma posição que tomamos quando, em relação com o mundo e a si mesmo, definimos uma forma de expressão do que se passa, do que acontece”. (PASSOS; BARROS, 2012 p.

⁴ Essa discussão vem sendo desenvolvida pelo Grupo Travessias: Narrações na Diferença (PPGPSI-UFRGS), o qual tem papel fundamental na construção metodologia desse trabalho, bem como a Disciplina Experiência e Narrativa na Pesquisa em Psicologia Social Cursada no 1 semestre do ano de 2015 junto ao PPGPSI-UFRGS

150). Portanto, o conhecimento que expressamos sobre nós mesmos e sobre o mundo é um problema tanto teórico quanto político. (PASSOS; BARROS, 2012)

Dessa forma, trabalho na direção de uma política de narratividade que me situe como alguém que, mesmo que sob uma outra perspectiva, compartilha das dificuldades e do entusiasmo com o trabalho no SUS e nas políticas de saúde do nosso país e busca a compreensão e a construção de alternativas que contribuam para o cuidado. Portanto, considero que minhas vivências representam a inquietude e o desejo de avançar, desenvolvendo e problematizando algumas das questões que vêm se colocando na minha prática como psicólogo desde então, como a participação do usuários nas decisões sobre o seu PTS, o consumo excessivo de psicofármacos, os entraves relacionados ao exercício de direitos e cidadania dos usuários dos CAPS, entre outros.

São memórias que ficaram arquivadas, requerendo um certo distanciamento. Ao mesmo tempo, porém, permearam diversos momentos de minha pesquisa e, principalmente na escrita desta dissertação, emergiram e deram passagem a diversos temas e afectos que me provocaram, instigaram e me colocaram em movimento. Situações fortes, lembranças, cenas, dúvidas, erros e acertos vêm à tona nesse novo encontro com usuários, trabalhadores e residentes que as rodas de conversa propiciaram. Vivências que se fazem compartilhar a partir da escrita e nas quais aposto também no intuito de colocar em análise minha implicação na pesquisa. Entendo que tal experiência tem algo a dizer, é possível de ser narrada e compartilhada, compondo histórias – minhas, de usuários, de trabalhadores e de serviços de saúde.

4.2 GIRANDO A RODA: NOTAS SOBRE A PROPOSIÇÃO DE UM MÉTODO PARA O ACOMPANHAMENTO DE COLETIVOS ORGANIZADOS PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE

Podemos considerar que o modelo manicomial, vigente há séculos e até recentemente hegemônico em nosso país, produziu efeitos semelhantes ao da experiência da guerra nos soldados do *front*, de que nos fala Benjamin (2012), como a

morte, o silêncio, a interdição e o empobrecimento das experiências comunicáveis. (BENJAMIN, 2012)

Produzir um agir antimanicomial⁵ no campo da saúde mental é tarefa árdua e complexa. A estratégia GAM é assumida pela gestão da saúde no RS nessa perspectiva, ou seja, como um dos dispositivos incluídos no conjunto das estratégias da política de saúde mental, como aposta para transformar os modos de trabalhar nesse âmbito. Através da GAM, investe-se na produção de novos espaços de negociação e de conversação, ajudando usuários e trabalhadores no resgate da palavra do usuário na relação com o serviço. (ONOCKO-CAMPOS et al. 2014)

A realização da pesquisa multicêntrica no RS – para acompanhamento da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação, pela Secretaria de Saúde, junto aos serviços de saúde/saúde mental interessados – foi construída e acordada em reuniões sucessivas com a Coordenação de Saúde Mental da SES-RS, ao longo do ano de 2014. A pesquisa, intitulada *Implementação e descentralização da estratégia gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação*, com aprovação pelo CONEP sob número CEP/IP 837/294, foi contemplada em edital do CNPq com vigência a partir de dezembro de 2014. Naquele mesmo mês, encerrava-se a gestão da SES-RS que incorporara a estratégia GAM às ações da política de saúde mental do estado, mas os efeitos da disseminação da GAM no estado seguiam reverberando.

Neste momento, a pesquisa vem realizando encontros de moderadores de grupos GAM em três macrorregiões do estado (Metropolitana, Vale, Centro-Oeste), dentre as quatro originalmente previstas na pesquisa. Em formato de rodas de conversa, mas agora em outros moldes, e guiados pelo grupo de pesquisa GAM-RS, esses encontros têm como objetivo propiciar um espaço de troca em torno à experiência de moderação de grupos de Gestão Autônoma da Medicação, reunindo trabalhadores e usuários no desempenho dessa função de moderação, bem como parti-

⁵ Termo utilizado por MERHY, Emerson. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial* 2004. Disponível em : <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>

participantes de grupos GAM e interessados na proposta.⁶ A oferta desse espaço caracteriza também um dispositivo da pesquisa, na colheita de dados quanto aos efeitos produzidos pela implementação e descentralização da estratégia GAM no estado do RS. As rodas de conversa vêm ocorrendo de forma sistemática ao longo de 2015 e 2016, em cada uma das macrorregiões citadas.

As rodas de conversa propostas para a realização da pesquisa multicêntrica pelo grupo de pesquisa GAM-UFRGS, junto à região Macrometropolitana, foram campo da presente pesquisa. Para realização das mesmas, usuários e trabalhadores implicados na função de moderação de grupos GAM foram convidados, via email (através dos contatos dos gestores locais, serviços e dos trabalhadores e usuários conhecidos), ao compartilhamento de experiências e debate das questões relativas aos grupos GAM.

Moura e Lima (2014) compreendem a conversa na pesquisa como um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, que muda caminhos, forja opiniões. Propõem a roda de conversa, no âmbito da pesquisa, como uma maneira de produzir dados onde o pesquisador está inserido, como sujeito da pesquisa, pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. Configurando-se como um instrumento que possibilita o compartilhamento de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação, tanto através de diálogos internos quanto no silêncio, na observação ou na reflexão.

A utilização das rodas de conversa como instrumento de pesquisa, de acordo com Moura e Lima (2014), demanda um ambiente propício para o diálogo, onde todos possam se sentir à vontade para partilhar e escutar, de modo que o falado seja relevante para o grupo e provoque, inclusive, a atenção na escuta. Ressaltam que

Nas rodas, o diálogo é um momento singular de partilha, porque pressupõe um exercício de escuta e de fala, em que se agregam vários interlocutores, e os momentos de escuta são mais numerosos do que os de fala. As colocações de cada participante são construídas por meio da interação com o outro, seja para complementar, discordar, seja para concordar com a fala imediatamente anterior. Conversar, nessa acepção, significa compreender com mais profundidade,

⁶ Ainda que a carta-convite enviada aos serviços fosse dirigida a trabalhadores e usuários *moderadores* de grupo GAM, a presença nas rodas de conversa ampliou-se, de forma espontânea, para outros participantes – gestores e trabalhadores interessados em implementar a GAM em seus serviços e usuários participantes da experiência dos grupos GAM.

refletir mais e ponderar, no sentido de compartilhar. (MOURA; LIMA, 2014, p.100)

Moura e Lima (2014) caracterizam as Rodas de Conversa como um método de participação coletiva de diálogo e debate sobre determinada temática, onde os sujeitos expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo. Seu objetivo consiste justamente na socialização dos saberes e na implementação da troca de experiências, de conversas, de divulgação e de conhecimentos entre os envolvidos, buscando construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta.

A roda de conversa, como proposta desenvolvida em nossa pesquisa, é uma adaptação do Método da Roda ou Paidéia proposto por Campos (2000)⁷, para então discutir e problematizar as falas produzidas mediante as rodas. A inspiração nesse método, em que grupos de pessoas em círculo debatem determinado tema, surgiu no momento de finalização de meu projeto de pesquisa de mestrado, como sugestão de minha orientadora. Após algumas leituras, percebi que, com algumas adaptações quanto ao modo de operar o método, seria possível construir uma proposta consistente para esta pesquisa. Além disso, esse conceito metodológico passou a ser estudado e debatido como operador conceitual no contexto da pesquisa multicêntrica.

Campos (2000) parte de uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica, amparada no taylorismo, para a proposição do método da roda. Este método objetiva contribuir para a democratização da gestão nas instituições, através da criação de coletivos organizados para produção de bens ou serviços e do fomento à participação dos sujeitos na gestão e organização de seus processos de trabalho. Para isso, o método fundamenta-se na articulação entre vários saberes como: saúde coletiva, ciência política, planejamento, administração, psicanálise, entre outros.

Campos (2000) parte da premissa de que a construção de democracia está articulada à constituição de pessoas potentes para sustenta-lá e aposta na democracia institucional como um meio para impulsionar mudanças sociais e como um fim

⁷ A metodologia Paidéia de cogestão de instituições e do cuidado em saúde tem, desde suas primeiras aplicações nos anos 1990, acumulado diversas experiências de sua aplicação. CAMPOS, Gastão; FIGUEIREDO, Mariana; PEREIRA JUNIOR, Nilton e CASTRO, Cristiane. A aplicação da metodologia Paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. 2014

em si mesma. “Trabalhar os sujeitos e as instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro. Todo o tempo.” (p. 44) O autor considera que a democracia é um produto social da ação de grupos de sujeitos, que depende da capacidade da constituição de espaços de poder compartilhado. Portanto, a democracia é a possibilidade de exercício de poder, de ter acesso a informações, de tomar parte em discussões e em tomadas de decisões.

O termo grego *Paidéia* designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: Cidadania, direitos das pessoas; *Ágora*, espaço para compartilhar poder; e o conceito *Paidéia*, educação integral. O método da roda (método *paidéia*, como também é conhecido) efetua uma adaptação dessa tríade. Objetiva-se o efeito *Paidéia*, que consiste no trabalho realizado para aumentar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto. Dessa forma, pretende contribuir para a ampliação da capacidade de tomada de decisões, de lidar com conflitos, estabelecer compromissos e contratos; expandindo, com isso, a possibilidade de ação dessas pessoas sobre todas essas relações. (CAMPOS, FIGUEIREDO, PEREIRA JUNIOR e CASTRO, 2014; CAMPOS, 2000)

A roda, tanto no contexto desta pesquisa, quanto no método *paidéia*, é compreendida como espaço democrático, operacionalizado pela cogestão. Destaca-se que:

O método *Paidéia*, para ser realizado, depende da constituição de espaços de co-gestão (co-gestão definida como compartilhamento do poder) e tem a preleção de ser empregado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais. (CAMPOS, 2006 p. 20)

Campos (2000) entende a cogestão como condição para que se estabeleça a gestão democrática e participativa. Afirma que a capacidade de direção – habilidade de compor consensos, pactuar e implementar projetos, entre todas as pessoas que compõem o coletivo, não somente a sua cúpula – é condição para a constituição de um sistema de co-gestão. Tal capacidade é uma aptidão possível de ser socialmente construída, já que governar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho.

Assim, no campo da saúde, para ajudar o sujeito a realizar esse processo, recomenda-se que os trabalhadores apresentem "ofertas" aos usuários, as quais dependem do conhecimento clínico e sanitário. A oferta difere da prescrição, pois ela pressupõe que o usuário reflita de forma crítica e dialógica com o profissional para que então seja tomada uma decisão conjunta. Posteriormente, a oferta, modificada pela decisão compartilhada, deve ser colocada em prática, transformando-se assim em tarefa para usuários e trabalhadores. O momento reflexivo ajuda profissionais e usuários a compreenderem suas resistências a mudanças. Tais ofertas visam também a superação de eventuais posturas cristalizadas, provenientes de pontos cegos, reiteraões ou da paralisação frente a temas considerados tabus, devendo ser incorporadas de modo crítico pelos integrantes do coletivo “ (CAMPOS, 2012; FURTADO, 2001)

Posteriormente, Furlan e Campos (2014) introduzem o conceito de pesquisa-apoio Paidéia:

Tanto o projeto quanto as ações dos pesquisadores no campo, para a pesquisa-apoio, são considerados como “oferta”. O apoio institucional busca uma postura interativa entre pesquisadores e sujeitos do campo. O conceito de oferta indica que os pesquisadores terão uma postura ativa, que estimularão os sujeitos da pesquisa a se autorizarem tanto a analisar criticamente quanto a alterar o ofertado. (p.889)

O processo de apoio institucional para instrumentalização e acompanhamento da experiência com a GAM instituído pela SES-RS foi interrompido após a mudança da gestão estadual no final de 2014. Antes do encerramento do trabalho de apoio, a apoiadora institucional que realizava essa função, ao saber da mudança de gestão e iminente interrupção na atual política de qualificação do cuidado, que entre outras ações incluía a GAM, passa a tecer uma importante rede entre os trabalhadores e usuários envolvidos com a GAM, indicando o grupo de pesquisa GAM-UFRGS como referência para a continuidade do processo, já sinalizando que o mesmo se desenvolveria de outra maneira. Isso foi muito relevante e fez com que algumas demandas passassem a chegar ao grupo de pesquisa⁸, levando-nos a discutir sobre nosso lugar de pesquisador, pois tanto os trabalhadores e usuários que já vinham realizando

⁸ O grupo GAM-UFRGS, para muitos serviços e trabalhadores, já era uma referência no assunto, por terem conhecimento dos processos anteriores da pesquisa.

os grupos GAM, bem com os que estavam se preparando para isso, seguiram com a expectativa de contar com algum tipo de apoio para a realização dessa tarefa.

É importante relatar que foi tomado um cuidado visando delimitar a pesquisa em coerência a seu objetivo de avaliar os efeitos de disseminação da ferramenta GAM no RS. Com base nisso, tratamos de não nos colocarmos no lugar de quem detém o saber e que vem ensinar sobre o uso da GAM, o que não significa que ficamos engessados, numa posição de pretensa neutralidade e indiferença para assegurar o desenrolar “imparcial” da pesquisa.

Conscientes da ruptura causada pelo redirecionamento das "prioridades" da gestão atual de saúde mental do RS, procuramos uma maneira de conciliar o lugar da pesquisa com o do apoio ao trabalho com a GAM. Encontramos, no método paidéia e na pesquisa apoio paidéia, consonância com nossa proposta de trabalho em diversos aspectos operacionais e conceituais. Entendemos que a sistemática de organização de rodas de conversa para o acompanhamento dos envolvidos com a estratégia GAM tem tanto a função de pesquisa quanto a de apoio, possibilitando, ao mesmo tempo, na interação entre os participantes, espaço de compartilhamento de experiência, produção de conhecimento e reflexão crítica.

Apostando em discussões coletivas sobre o objeto de investigação, o apoio baseia-se em temas fortes – onde a intensidade não é dada à priori pelo método, mas, sim, por sua relação com os sujeitos envolvidos no processo, de forma que propicie acontecimentos e a criação de possibilidades, abrangendo conflitos e tensões, entraves e diversidades do cotidiano. "O possível chega pelo acontecimento, pela abertura propiciada para que ele aconteça. A palavra devir, a que o apoio institucional se refere, pressupõe a potência do espaço criado, que toma, ou não, seus caminhos conforme os aconteceres do processo." (FURLAN; CAMPOS, 2014 p.891)

Os debates suscitados pelo compartilhamento das experiências de trabalho com a GAM – onde os próprios participantes vão ora intervindo nos assuntos, ora respondendo às questões e dúvidas surgidas – permitiram, muitas vezes, diferentes possibilidades de resolução e construção de alternativas para os problemas apresentados nos relatos, dialogando com o conceito de oferta. A função do compartilhamento de experiência remete à função do apoio, onde a regularidade sistemática

do encontro propicia a regularidade do diálogo e da construção de conhecimento sobre as dificuldades e questões do cotidiano dos sujeitos envolvidos.

4.3 AS RODAS

As três⁹ rodas de conversa que compõem o material da presente pesquisa foram realizadas no ano de 2015, nos meses de maio e setembro, sendo duas delas realizadas no mesmo dia em maio – tais rodas serão denominadas aqui, respectivamente, como “roda 1A”, “roda 1B” e “roda 2”¹⁰. A divisão do encontro de maio em duas rodas foi motivada pelo grande número de participantes, totalizando vinte e sete pessoas. Tentamos garantir a qualidade da conversa, propiciando a todos participantes acolhimento adequado, tempo para falar e espaço satisfatório; para isso, buscamos manter a diversidade dos participantes em ambas as rodas, distribuindo, igualmente, usuários, trabalhadores e serviços em cada grupo.

Na roda 1A estavam presentes quinze pessoas, das quais duas pesquisadoras, quatro usuários, sete trabalhadores e dois residentes. A roda 1B contou com doze participantes, sendo eles três pesquisadores, dois usuários, quatro trabalhadores, dois residentes e um estagiário. Já a “roda 2” contou com vinte participantes, sendo sete pesquisadores, dois usuários, seis trabalhadores, quatro residentes e um estagiário. Duas das participantes dessas rodas, uma usuária e uma trabalhadora, também fazem parte do grupo de pesquisa GAM, mas foram incluídas nessa contagem como usuária e trabalhadora, e não como pesquisadoras, questão que foi combinada anteriormente nos encontros de pesquisa e motivada pelo fato de que as duas, além de participarem da pesquisa, são moderadoras de grupo GAM.

Quanto à dinâmica do processo, o primeiro encontro, em maio, iniciou com todos os participantes reunidos num mesmo grupo, para o qual se fez uma breve

⁹ Além dessas, outra roda de conversa foi realizada no período da presente pesquisa, porém não foi incluída neste estudo por razões de ordem prática, pela inviabilidade de tempo para transcrição e posterior trabalho de análise do material.

¹⁰ Estive presente na "roda 1B" e "roda 2" -

É importante lembrar que o objetivo das rodas está atrelado ao objetivo da pesquisa multicêntrica, onde a conversa transcorria livremente sobre as experiências com a GAM. Somente em momentos específicos foi dado algum direcionamento, dos quais ressalto que, nas rodas 1B e 2, fiz a intervenção perguntando sobre como o tema dos direitos dos usuários vem sendo debatido e trabalhado.

apresentação da pesquisa ferramenta GAM, seguida da leitura e explicação dos termos de consentimento livre e esclarecido de participação na pesquisa. Só então o grupo foi dividido em duas rodas.

Compartilho aqui minhas impressões desse primeiro encontro. Esperávamos que viessem apenas moderadores de grupos para a conversa. De minha parte, achava que, se esse era o objetivo, precisávamos obedecer ao critério para a conversa fluir. Aconteceu o contrário: por coincidência do acaso, ou não, vieram diversos usuários, trabalhadores e residentes, alguns envolvidos com a GAM e outros nem tanto. Isso me causou certo desconforto, foi um imprevisto que impôs uma outra postura ao grupo de pesquisa. Lembro de ter ficado com uma sensação de cansaço e desconforto durante a maior parte da roda – creio que pelo fato de me ver obrigado a mudar a estratégia e criar algo com o imprevisto que estava posto. Foi preciso escutar os usuários, aceitar o seu tempo outro. Partilhamos muito nesse dia. E, se nós, pesquisadores, ocupados com a produção de conhecimento, muitas vezes nos distanciamos da experiência (nem todos somos, além de pesquisadores, trabalhadores das políticas públicas), naquele dia pudemos experimentar no corpo a experiência de convívio e diálogo com os usuários.

Após a divisão, fiquei com o grupo que deveria trocar de sala. Dirigimo-nos a outra sala, mas, devido a algum mal entendido, a sala que nos era reservada estava sendo ocupada por uma professor que realizava ali outra atividade. Sem dar-se conta, alguns dos participantes de nosso grupo entraram na sala, provocando alvoroço e perturbando a atividade que vinha sendo desenvolvida. Retiramo-nos da sala e aguardamos no corredor, enquanto se buscava uma alternativa.

Até que pudéssemos resolver a situação e nos acomodarmos em outra sala, alguns dos participantes, mais afoitos, desistiram de esperar e voltaram para a primeira sala, de maneira que ficamos com poucos usuários na “roda 1B”. A roda começou com o pedido de autorização dos participante para gravar a conversa e, após esse momento, nos apresentamos. Em sequência, efetivamos a entrega e preenchimento dos termos de consentimento, passando orientações, tirando dúvidas e interagindo com os participantes, o que já configurava o movimento inicial para a conversa ali proposta. Seguindo o preenchimento e entrega dos termos de consentimento, a conversa se iniciou com a fala de uma dos pesquisadores facilitadores da roda de conversa, indicando que nosso objetivo era o compartilhamento da experi-

ência de participação na moderação¹¹ dos grupos GAM. Além dessa, outra instrução foi dada aos participantes no início da roda: *à medida que tiver algumas questões que a gente pretende investigar melhor e que não aparecer, a gente vai fazendo algumas perguntas. Mas o objetivo é que se possa fazer uma conversa mesmo, bem livre assim, bem à vontade e que possam ir falando sobre como é que tem sido essa experiência.* A partir desse momento, os participantes iniciaram o compartilhamento de suas experiências. no que estou chamando de RODA 1B.

No segundo encontro, em setembro, na roda 2, optamos pela mesma sistemática das primeiras, porém não foi necessário dividir os participantes em duas salas, e a apresentação da pesquisa foi reduzida. Antes de abrir formalmente o espaço para diálogo, optamos por relatar aos participantes quais temas surgiram e como foram abordados nas duas rodas de conversa simultâneas anteriores, através da leitura de um texto escrito pelo grupo de pesquisa GAM-UFRGS, com base na transcrição dessas rodas. Tal leitura foi feita no intuito de produzir *efeitos de narratividade* – conceito que, conforme a definição de Onocko-Campos (2011), mantém correlação com a noção de construção em Freud, tendo a função de ajudar a dar continuidade ao processo associativo de narração.

A apropriação desse conceito observa certas ressalvas, pois, no contexto proposto pela autora, os grupos focais acompanhados são constituídos sempre pelos mesmos participantes, o que não ocorre no contexto da presente pesquisa. Porém, entendemos que essa variação não invalida o uso do conceito, mesmo que possa vir a produzir efeitos distintos dos observados anteriormente. É um procedimento que contribui para ativação da memória do encontro anterior, como elemento de ligação entre um encontro e outro, e para produzir um certo aquecimento do grupo antes que a conversa se inicie. Ele traz à tona, não só os temas debatidos anteriormente, como os apontamentos, as resoluções e as propostas feitos pelos participantes das rodas anteriores – consideração que potencializa as rodas de conversa como espaço de compartilhamento de experiências e produção de conhecimento.

4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS PRODUZIDOS

¹¹ Inicialmente, a proposta era especificamente dirigida ao acompanhamento da experiência de moderação.

Para tal, utilizaremos como ferramenta metodológica a extração dos núcleos argumentais das transcrições dos áudios das rodas de conversa. As transcrições foram feitas por mim e por outros participantes do grupo de pesquisa, sempre em duplas. Após a finalização desse processo, fiz uma leitura preliminar de todo material. A partir dessa escuta sensível e com base nos meus objetivos de pesquisa, elaborei quatro temas para delimitar e organizar a colheita e extração dos núcleos argumentais: 1) “Noção de direitos dos usuários”, que se desdobrou em “noção de direitos dos usuários expressa por trabalhador” e “Noção de direitos dos usuários expressa por usuários”, entendendo que posteriormente poderia ser importante destacar as diferenças entre os segmentos, porém considere que não seria necessário separá-las aqui, a ponto de considerá-la como outro tema; 2) “Repercussão no cuidado”; 3) “Relação com o uso de psicotrópicos”; 4) “Exercício de direitos e cidadania”. Todos temas definidos têm relação direta com o objetivo geral desta pesquisa, bem como serviram como pistas para minha orientação no processo de análise e desenvolvimento dos objetivos gerais e específicos.

Furlan e Campos (2014) afirmam que a pesquisa participante do tipo apoio utiliza núcleos temáticos para orientar a construção de narrativas interpretativas sobre diferentes perspectivas. Alguns desses núcleos são referentes ao mundo, e outros, ao sujeito. Os núcleos temáticos referentes ao mundo guardariam relação com finalidade, objetivos, meios e objeto dos quais os sujeitos se encarregam. Os núcleos relativos ao sujeito referem-se às próprias pessoas envolvidas, isto é, ao seu objeto de investimento, constituição de contratos e compromissos com os outros e análise das relações de poder nas situações. A noção do tema estaria vinculada à construção de unidades de significação e de sentido que comporiam uma comunicação. Tradicionalmente, pode-se ter temas eleitos para direcionamento do olhar na pesquisa, anteriores à coleta de dados, ou mesmo, ao contrário, temas que emergem do próprio processo de investigar, não previstos inicialmente. (FURLAN e CAMPOS, 2014)

Onocko Campos (2011) define um núcleo argumental como um conjunto de frases que, além de referir-se a um tema, tenta atribuir a ele algum tipo de explicação do tipo *como*, *por quê* ou *para quê*. Dessa forma, o trabalho de análise das transcrições consistiu em encontrar explicações, argumentações, sentidos atribuídos

a esses temas nos diálogos das rodas. O tratamento dos núcleos argumentais destacados para a discussão e construção do texto se fundamentou no conceito de problematização de Foucault (2004). Para ele:

Problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.). (FOUCAULT, 2004, p. 242)

Foucault (2004) afirma que várias respostas podem ser dadas a um mesmo conjunto de dificuldades, porém o que é preciso compreender são as condições de possibilidade que tornam essas respostas simultaneamente viáveis. A elaboração de um objeto em questão, essa transformação de um conjunto de dificuldades em problemas para os quais diversas soluções tentarão trazer uma resposta, é o que constitui o ponto de problematização e o trabalho específico do pensamento.

Foucault (2004) recorre à noção de problematização para distinguir a história do pensamento da história das idéias e da história das mentalidades. Para ele, a história das idéias se interessa pela análise dos sistemas de representação e a história das mentalidades se concentra na análise das atitudes e sistemas de comportamento, enquanto a história do pensamento se interessa pela maneira como se constituem problemas para o pensamento e quais estratégias são desenvolvidas para respondê-los.

Revel (2011) afirma que a história do pensamento, tal como a compreende Foucault, interessa-se por regras de ação, modelos de relação com o si, na medida que os problematiza, ou seja, na medida em que se questiona sobre as suas formas históricas, sobre a maneira pela qual elas representam em dado momento histórico uma tipo de resposta a um tipo de problema. Para Foucault:

O pensamento é, sobretudo, aquilo que permite tomar uma distância em relação a essa maneira de fazer ou reagir, e tomá-la como objeto de pensamento e interrogá-la sobre seu sentido, suas condições e seus fins. O pensamento é liberdade em relação àquilo que se faz, o movimento pelo qual dele nos separamos, constituímos-lo como objeto e pensamo-lo como problema. (FOUCAULT, 2004 p.232)

Assim, a segunda leitura de de cada transcrição foi focada no encontro dos núcleos argumentais referentes aos quatro temas definidos. Posteriormente, organi-

zei o material de cada roda, com o intuito de tornar mais fácil sua compreensão, em uma tabela (tabela 1). Dito de outra forma, quando encontrava um núcleo argumental copiava-o para uma tabela narrativa construída numa planilha no excel, contendo duas colunas, “ Tema” e “ Núcleo argumental”. Além disso, incluí outro procedimento no processo, grifando, nas transcrições, criando marcadores, para os trechos, diálogos, que considere relevantes para a compreensão das rodas. Eram trechos que, apesar de não serem especificamente núcleos argumentais, carregavam sentidos importantes e que posteriormente poderiam ser úteis, tanto na recuperação da intensidade do contexto dos núcleos argumentais destacados quanto na inclusão de diálogos completos no texto final.

Esse processo foi muito dinâmico e exigiu muita concentração, reflexão e aprofundamento teórico sobre os temas à medida que surgiam dúvidas ou quando me encontrava com algum paradoxo, colocando em questão se tal fala era mesmo um núcleo argumental relacionado ao tema. Tal processo também produziu efeitos que repercutiram na parte teórica do texto, onde foram incluídas novas referências e pensamentos à medida que a análise do material avançava. Nesse ponto do percurso, pude perceber que havia formado em mim uma percepção específica, uma sensação geral relacionada a cada roda em particular, não somente em relação aos temas referentes a minha pesquisa, mas como um “clima” específico a cada uma delas e como, em cada uma delas, os assuntos, as ofertas foram abordadas de uma maneira singular.

Após a organização dos dados nas tabelas específicas, uma para cada roda, criei novas tabelas – uma tabela para cada tema, seguindo o mesmo modelo de tabela, mas agrupando todos os núcleos argumentais de cada tema em uma tabela. Optei por essa organização para facilitar a visualização e a compreensão de cada tema num contexto geral das três rodas de conversa. O próximo passo foi ler cada tabela temática buscando uma compreensão individual de cada assunto. Nesse momento, também pude revisar minha análise, revendo a relação entre alguns dos temas e núcleos argumentais que, a essa altura do processo, pareciam ter adquirido outro sentido, o que por vezes me levou a excluir núcleos e, outras, a reposicioná-los em outro tema.

Posteriormente realizei outra leitura de cada tabela e em seguida escrevi um primeiro esboço de texto com as minhas impressões sobre cada tema, tentando descrever conteúdo, enfatizando a forma como cada tema aparecia nos diálogos, deixando fluir minhas associações livres e articulando com os conceitos teóricos que me pareceram ter relação com a situação, embora, nesse momento, não tenha recorrido às referências para inclusão nos textos – escrevera espontaneamente os conceitos, tal como eles vinham à tona em meu pensamento a partir da leitura das tabelas, temas, núcleos argumentais. Esse momento serviu também para escolher e destacar os núcleos argumentais mais relevantes para as discussões propostas e para o desenvolvimento dos objetivos deste trabalho.

Esse primeiro esboço escrito já continha alguns achados importantes, mas carecia de forma e desenvolvimento apropriado da análise e discussão. Portanto, retornei novamente às transcrições das rodas de conversa, buscando informações complementares. Algumas vezes, foi preciso retomar o sentido de algum diálogo que vinha se desenrolando e de onde emergiu tal núcleo argumentativo; outras, compreendi que precisava citar determinado diálogo e não somente o núcleo argumental; e outras vezes ainda, recorri aos marcadores criados para desenvolver ou complementar algum ponto da discussão.

5 DISCUSSÃO

5.1 NOÇÃO DE DIREITOS DOS USUARIOS

A compreensão dos direitos dos usuários varia de acordo com o arranjo de participantes de cada roda. Em linhas gerais, pode-se dizer que as referências feitas aos direitos dos usuários nas rodas foram: direito de recusar a medicação; direito de ter acesso ao seu prontuário; direito de receber benefício; direito à informação. Para iniciar a discussão dos dados produzidos na pesquisa, recorro a uma cena, emblemática, para mim, tanto por ter sido a minha primeira intervenção direta nas rodas em relação ao tema dos direitos dos usuários quanto por tudo que essa cena provocou de reflexões e pensamentos na construção da pesquisa.

Pesquisador - Como é que foi pra vocês trabalharem o tema dos direitos? Usuária – direitos? Trabalhador 1 - É, lá os meus usuários não... Assim (ahn) de se apropriarem de espaços e coisas assim dos direitos deles, né? Pesquisador - Direitos dos usuários eu quero dizer.

Trabalhador 1(continua) É...eles são muito omissos ainda, eles não conseguem ainda entender o que que são os direitos deles, né? Tanto assim que a gente chegava, às vezes, na página ali que tem os direitos, e, se eles participavam, se eles iam...eles não sabiam o que responder... né? A gente tem que estimular mais...aí a gente acaba... como a gente tem uma associação dentro do serviço, a gente acaba estimulando essa parte de direitos ali, né?

Trabalhador 2 – É, essa questão dos usuários...dos direitos, também é muito pouco, eles se (ahn) implicam muito pouco nisso, então não é só no GAM, mas também no GAM propicia isso né? Que eles.. Lá a gente não tem essa... Nós temos a Assembleia dos usuários que é um espaço onde eles começam a eleger os temas que são.. (ahn) pra serem debatidos e discutidos ali. Então já trouxemos também a assistente social do INSS pra conversar com eles, eles tinham muitas dúvidas, em mais de um encontro, daí, porque eles tinham muitas dúvidas com relação ao benefício, à aposentadoria por invalidez e tudo...(...) Então a gente explica pra eles, trabalhamos com a Cartilha dos direitos dos usuários do SUS. Então é um ponto que nós até pensamos, (...) de constituirmos lá também um outro grupo pra escrevermos, assim, né?... sobre os direitos dos pacientes aqui, inspiradas em uma Cartilha que a gente.. não era bem uma cartilha, acho que era um manual que tinha dos direitos dos usuários da Bahia/Salvador, achei muito bonito aquilo, a gente não tem nada parecido aqui em nossa cidade, a gente pensou em.. mas no fim não conseguimos, não conseguimos levar adiante essa ideia, não conseguimos ver assim muito interesse deles nisso. Mas a gente tem trabalhado com temas assim na Assembleia e onde a gente pode, assim... a gente tem a hora do chá lá também, que é da uma às duas, né, [fulano]?... A gente sempre traz assim questões mais polêmicas também da cidade pra eles participarem. Agora Conselho Local de Saúde, Conselho Distrital isso...

Trabalhador 1- Isso não...

Trabalhador 2 - Não, é de noite, tem toda uma dificuldade de deslocamento, então é... as coisas ficam mais complicadas, mas.. (ahn), de alguma forma, eles têm que saber, né? Dos direitos que têm e buscar em vídeo e de seu tratamento..., e se responsabilizar

também pelo seu tratamento, né? Então é mais ou menos por aí, a dificuldade também é...(Roda 1B)

O diálogo acima é um recorte da roda 1B no exato momento em que faço o direcionamento para o tema dos direitos dos usuários. Dessa cena, emerge a vontade de entender os relatos dos trabalhadores que afirmam que os usuários não se apropriam dos seus direitos. Acredito que eu também já tenha usado essa expressão, ou alguma semelhante. Lembro que, quando fui residente, organizei abaixo-assinados, tentei evitar a redução das atividades oferecidas no CAPS (que já eram restritas), divulguei canais de ouvidoria, chamei para assembleias e procurei democratizar os espaços onde convivi com usuários. Lembro com empolgação desses movimentos, da mobilização dos usuários e das coisas que produzimos juntos nessa experiência. Lembro também do cansaço que me afetou, depois de algum tempo trabalhando nessa direção sem encontrar apoio significativo na equipe. Porém, lembro mais ainda do que foi o mais valioso nessa experiência: mais importante que fazer grandes movimentos, é fazer movimentos sustentáveis, no sentido de se tornar algo que não dependa da minha vontade em particular ou da minha presença, mas que é construído junto, como manifestação das vontades na construção de um projeto compartilhado. Para isso é crucial colocar-se ao lado dos usuários, respeitar seus tempos e seus jeitos singulares de ser e agir.

Digo isso, pois fiz diversos movimentos que ajudaram a melhorar algo no serviço ou na vida dos usuários – esforcei-me muito para isso, nesse período, e lembro bem da sensação de ambivalência que surgia, mesclando empolgação com frustração. Muitas vezes despendi esse esforço sozinho, pois tinha pressa – afinal, eram apenas dois anos de Residência, e naquele momento, já me encontrava no segundo ano. Outras vezes, estive acompanhado nesse esforço. Interessa pensar que foi importante diminuir a velocidade e andar no tempo dos usuários para que pudesse estar acompanhado nesse andar. Assim, embora sentisse que talvez pudesse fazer mais ou mais rápido, mais fácil ou simplesmente diferente, no fim compreendi que aquele pouco que produzíamos devagar era precioso, pois gerava sentido para mim e para eles: produzíamos juntos, não era apenas mais alguma coisa que alguém lhes oferecia pronta, mas, sim, um convite a fazer junto.

Entendo, por um lado, quando o trabalhador fala que os usuários pouco se apropriam de seus direitos, mas, por outro, penso que isso também pode estar sinalizando um descompasso. Tal descompasso, nesse contexto, não significa necessariamente algo da ordem do erro ou do acerto, mas, sim, da busca pelo encontro, na afetação pelo que difere de um a outro, pois não é no apagamento de nossas diferenças que produzimos o comum e sim na fricção dos encontros, nas necessárias negociações e pactuações. Na cogestão, a *gestão que se faz juntos*, usuários e trabalhadores devem construir conjuntamente possibilidades de ação e de resolução compatíveis com os interesses dos usuários, engajadas com a perspectiva do cuidado em liberdade, mas também possíveis e responsáveis, amparadas pelo conhecimento experiencial/profissional do trabalhador conciliado à experiência vivida pelo usuário.

Há relatos importantes das percepções de usuários sobre os efeitos da experiência com a GAM, que ajudam a perceber como o direito de recusar o tratamento medicamentoso vem sendo compreendido pelos usuários:

Usuário moderador - Nós estamos querendo abrir um grupo lá pra falar pra eles sobre o que é os direitos e os deveres deles como usuários do SUS. Porque não adianta, eles podem chegar lá, e o médico pode tomar a iniciativa de dar o remédio que quiser e, se eles não sabem pra que serve, saem de lá sem saber e... E nós vamos tentar, nesses grupos, mostrar pra eles que eles têm potencial e tem a liberdade de escolha do tratamento que melhor lhes convir. O resultado é que as pessoas se interessaram, se envolvem mais com o grupo GAM, sabe, elas querem saber mais, elas se preocupam. Muitas falam que já foram em médicos, e o médico disse assim: - toma esse remédio e não tem... - Porque eles realmente entenderam que tem essa questão da medicação como direito de escolha. Não aquele direito de escolha de dizer - Não, eu não quero mais tomar esse remédio, não quero mais... Mas o de conversar com o seu médico sobre a doença.(Roda 1A)

É possível perceber nesse relato (de uma experiência que vem sendo desenvolvida há mais tempo) que alguns usuários estão percebendo a importância de se apropriarem de seus direitos como subsídio para que sua palavra tenha incidência no modo de prescrição dos psicofármacos em seus tratamentos. Essa fala demonstra que a mobilização dos usuários vai no sentido da busca de informação e maior compreensão sobre o tratamento, mostrando o cuidado com a construção de uma estratégia que possibilite o diálogo e não a polêmica. A preocupação se concentra, então, na proposta dos próprios usuários, em instrumentalizá-los, ajudando-os a se

sentirem seguros e autorizados para conversar com o médico sobre os seus tratamentos, no momento das consultas.

Diante disso, coloca-se para nós a interrogação sobre quais são as resistências que os usuários encontram no exercício de seu direito de recusar o uso do medicamento. No relato a seguir, podemos perceber certas nuances que entram em cena quando os usuários questionam as prescrições medicamentosas:

Usuária- Eu aprendi muita coisa, muitas amizades novas, olha...gostei muito mesmo do tempo que eu participei. Daí depois ficou eu e o Paulo, a gente fez viagens, a gente conheceu gente diferente, aprendeu muita coisa, aprendeu o que é autonomia, pra gente poder chegar no médico e falar: - esse remédio tá me fazendo mal, esse remédio eu não vou tomar. E se o médico insistir, muda de médico, porque ninguém é obrigado a tomar. Eu já cansei de dizer na cara dos médicos, falando um português bem correto. - Ah não, mas tem que tomar esse aqui. - Então toma tu, porque pra mim tá fazendo mal e eu não vou tomar mais. Ninguém é obrigado a tomar. Antigamente não, metia no manicômio, né, e vai tomar esse aqui e vai dormir. E se não dormisse amarravam, né. Quer dizer: não tinha escolha né. Agora a coisa tá bem melhor, tá até bom ser louco agora.(Roda 1A)

A usuária aqui narra todo um percurso, que diz respeito à sua própria caminhada, mas também à da reforma psiquiátrica no Brasil, até alcançar a possibilidade de expressar sua insatisfação com os efeitos colaterais que algum dos remédios que lhe eram receitados lhe causavam. É importante ressaltar a referência feita a vários aspectos da vida que indicam compartilhamento e ampliação de perspectivas que, como vimos anteriormente, têm forte relação com o conceito de autonomia presente na GAM. Além disso, podemos perceber que a referência feita ao manicômio – como lugar onde não se tem direito de escolha – mostra, por um lado, os avanços e potencialidades da rede, possibilitando algum exercício de direito e, por outro, o risco que se corre de esquecer desses direitos, não importa o espaço físico em que nos encontremos.

São diversas as resistências encontradas pelos usuários no exercício de seu direito de não consentir com o tratamento proposto. Nesse relato, parece que a percepção da usuária sobre o efeito colateral do remédio é invalidada através da insistência na prescrição: “tem que tomar”. Mas por quê, se está fazendo mal?

Melo (2015 p. 87) relata a importância para os usuários da compreensão e significação dos tratamentos medicamentosos, quando afirma que “ Nem todos co-

nhecem o diagnóstico de sua doença. Não se sabe tampouco se esta tem cura. O que se sabe é só o que resta, o gerúndio sem fim do *tomando* remédio. Pelo resto da vida”. O autor usa a imagem do “gerúndio sem fim” para dizer desse imperativo da prescrição da medicação. É de uma maneira muitas vezes naturalizada, transmitida ao usuários numa espécie de informação reduzida, contendo apenas os dados “necessários” à captação de determinada mensagem, que a prescrição, no caso, costuma ser comunicada. Mesmo que não tenha sido isso o que os profissionais pretenderam transmitir, é isso o que aparece, tanto aqui, nessa fala, quanto na experiência do autor referido

A mensagem captada parece transitar pelos significados “o tratamento é para toda a vida” e “tem que tomar remédio pro resto da vida”, dizeres rasos, que deixam no vazio informações importantes sobre o porquê do tratamento medicamentoso. Parece que reconhecer as limitações desse tratamento, ou até mesmo colocar essas limitações em pauta, criaria uma situação de ameaça à continuidade dos tratamentos.

A estratégia GAM objetiva, justamente, tornar possível essa interlocução nos serviços de saúde, entre os diversos atores envolvidos, através da cogestão. Construir caminhos outros para esse problema passa inevitavelmente pela produção de espaços coletivos de compartilhamento de experiências, discussão e problematização do uso de psicotrópicos, onde serão necessários vínculos de confiança para que o debate se desenrole livremente.

A relação entre efeitos esperados e adversos é bem complexa, em especial no caso dos medicamentos psicotrópicos. Diferentemente de reações alérgicas, dores, entre outros sintomas físicos – que, na maioria das vezes, são mais facilmente perceptíveis aos olhos de quem os examina – tais efeitos costumam ser subjetivos e manifestam-se nas percepções, sentimentos, pensamentos etc, tornando mais delicada sua expressão, tanto para quem vive a experiência no corpo, quanto para quem tenta compreendê-la.

Essa problemática me faz pensar em uma das premissas mais importantes do cuidado em saúde mental. Partimos do pressuposto de que a palavra do usuário tem um lugar privilegiado em seu tratamento; no entanto, cabe refletir sobre o estatuto desse lugar, que se articula à dimensão atribuída à palavra no contexto da luta anti-

manicomial e da RBP. A primeira observação se refere à expressão utilizada para substituir uma outra: rejeitamos o termo “doente mental”, considerado inadequado, trocando-o por “portador de sofrimento mental”. Tal termo carrega certa ambiguidade, pois o sofrimento mental não é algo que se porta como um câncer ou uma deficiência física; acabou por cair em desuso. Atualmente, para referir-se a pessoa com transtorno mental severo ou persistente, geralmente usamos o termo “usuário” (no sentido da pessoa que usa o SUS) ou, ainda, “paciente” numa tentativa de ser mais coeso com a proposta ético político do SUS. (LOBOSQUE, 2001)

Essa é uma questão crucial, que acompanha todos os que se envolvem com o trabalho em saúde, com a dimensão política do cuidado. Toda concepção de saúde-doença-sujeito tem suas implicações. Se pensarmos na concepção de doença mental, por exemplo, estamos implicados com a compreensão de que uma doença se manifesta através de seus sintomas e sinais: um sujeito fala, sente, se manifesta, interage, pergunta, reclama, grita, foge, chora etc. Isto é, se estamos falando a propósito de uma doença, estamos falando de um olhar possível sobre o sujeito que sofre, que o considera, em suas manifestações, fenômeno conhecido e previsível, cujos comportamentos deixam de ser espontâneos e passam a ser considerados como sintomas. Nessa perspectiva de tratamento, quando temos um sintoma, tratamos de extirpá-lo.

Ao mesmo tempo, dizer que a loucura não é fundamentalmente uma doença é uma afirmação que, conforme aponta Lobosque (2001), causa muita controvérsia entre a grande maioria dos psiquiatras e psicólogos – entre a grande maioria dos profissionais de saúde mental, poderíamos dizer – e muita dúvida entre as pessoas em geral. Talvez por que a nossa cultura não nos estimule a inventar ou a questionar sentidos, somos conduzidos a pensar que os únicos sentidos possíveis são os já instituídos. Portanto, se estamos infelizes, é mais cômodo julgar que o problema está em uma desordem qualquer do meu cérebro, e não no lugar e nas possibilidades que me situam no mundo; sim, mais cômodo, porque assim não se questiona nem se perturba a ordem das coisas, não se colocam os sentidos em questão.

Na contramão dessa tendência cultural contemporânea, Lobosque (2001) ressalta que, “por mais desorganizado que esteja, um sujeito sempre percebe o maior ou menor valor dado a sua palavra por aquele que o escuta, e este valor certamente não está em acreditar em tudo o que nos contam.” (p.38) O valor dessa pa-

lavra não se garante pelo seu enunciado – pois não basta que alguém nos diga que aceita tratar-se –, mas também pelas indicações diversas que pode nos dar de que aprova a nossa presença e nossa intervenção. Algo incompatível sob o prisma da psiquiatra clássica, onde a palavra do usuário tem valor somente na medida em que nos indica os sintomas de sua psicopatologia. Certamente, como ressalta a autora (ibidem), isso não deixa de nos interessar; no entanto, subordinamos a investigação dos sintomas ao princípio de que a palavra, por mais desajeitada que esteja em sua tessitura, resguarda a possibilidade de comunicação.

Tal problemática retorna às rodas de conversa em diversas outras situações. No relato a seguir, vem à tona, na fala da trabalhadora, como uma preocupação ou fantasia dos trabalhadores acerca do que poderia vir a acontecer, caso os usuários decidissem, durante o processo dos grupos GAM, interromper a medicação.

Trabalhadora - Uma coisa que, ã... que eu às vezes percebo, mas talvez faça parte do processo é que alguns pacientes ficam se comparando; que cada um vai fazer a lista dos seus remédios e tal: “ai mas por que que ele toma só um remédio e eu tenho que tomar seis?” sabe? Essa coisa assim de já que somos um grupo, quem sabe tudo aqui vai se dar parelho, né? Tudo meio igual. Então Então assim, tem alguns momentos que eu fico com medo assim, “aaah, a gente quer fazer uma coisa boa” mas daqui a pouco tá criando uma coisa inadequada.e, assim: tem uns momentos em que cada um é um, né. (...) a gente tem que respeitar as singularidades da gente, né, do jeito particular de...

Usuária 1 - que mal me pergunte, a senhora é psiquiatra?

Trabalhadora - Eu sou psicóloga.

Usuária 1 - Não, porque... tu já leu o livro (???) [Guia GAM] que tá escrito as medicação que cada um toma. Pra cada um tá escrito uma diferente. Mas cada um tem consciência que cada um vai tomar diferente, porque cada um tem um tipo de problema. E cada um tem que tomar um tipo de medicação.

Trabalhadora - É... só que nem sempre a pessoa aceita isso, entendeu? ã... é que às vezes eu percebo que a pessoa fatalmente se... se eu tomo seis remédios e meu colega toma só um — semana passada ainda aconteceu: um paciente que muitas vezes queixou “ah, mas olha só, eu tô tomando trinta comprimidos por dia. É muita coisa! O meu fígado não aguenta mais” e aí o outro toma um só comprimido por dia, né. Fatalmente a gente se compara com o outro, né, então às vezes a gente tem medo... eu confesso que às vezes eu fico com medo de que, bom, nós tamo abrindo, questionando e tal mas daqui a pouco a gente pode criar o efeito contrário, né.

Usuaria 2 - Mas não sei se acontece com vocês: tem uns que dizem assim, ó: por que que causa um efeito em ti, o mesmo remédio, e no outro causa efeito diferente? Por que isso acontece? Por que os transtornos são diferentes e um remédio às vezes dá

pra dois transtornos. Né. Tu vai ler a bula e tu vai ver isso. Cada um é um diferente.”
(Roda 1A)

Nessa situação, parece que a trabalhadora vê como um risco a curiosidade e o desejo do usuário em entender por que usa seis tipos de medicamentos e outro usuário usa somente um. Podemos atribuir tal preocupação ao zelo com a singularidade dos participantes do grupo: a trabalhadora está buscando não atropelar nenhum processo. Contudo, a proposta metodológica da GAM é muito clara nesse aspecto, propondo que a redução parcial ou total do uso de psicotrópicos pode ser uma consequência do trabalho que visa uma relação mais crítica com a proposta do tratamento psicofarmacológico. Trata-se de um processo a ser pautado na singularidade de cada usuário e manejado coletivamente no grupo e no serviço, como podemos observar no trecho que segue, extraído do guia do moderador:

A versão brasileira do Guia GAM não trabalha com a proposta de redução ou retirada do medicamento, mas com a proposta da negociação e do diálogo. Negociação entre cada usuário e seu médico (e/ou com a equipe de saúde de referência) para que se defina o melhor tratamento. Retirada ou redução são possibilidades, sim, mas devem ser avaliadas de acordo com cada realidade ou contexto; assim como também são possibilidades aumentar, adequar, ou trocar de medicamento (ONOCKO-CAMPOS et al. 2014,p. 13).

Dessa forma, inclinamo-nos a compreender o relato da roda de conversa citado acima como resultado de um mal entendido ou como efeito da própria concepção de cuidado da trabalhadora, que receia a abertura do diálogo sobre o tema. O “efeito contrário” temido pela trabalhadora está referido, em sua fala, à homogeneização de processos e tempos singulares no percurso do grupo. Porém, sua fala também ecoa o medo de ser questionada, talvez não apenas pelos usuários, mas também pela equipe. Ironicamente, isso acontece em ato, na roda, através da intervenção da usuária que questiona seu saber e seu ponto de vista; mais do que isso, a usuária protagoniza seu saber e coloca em cheque o posicionamento da trabalhadora.

Após a intervenção da usuária, a trabalhadora retoma a palavra, reafirmando que existem usuários que tomam muitos remédios (30 comprimidos por dia é muito remédio) e outros tomam menos, e que ela se preocupa com isso. Em seu entendimento, as pessoas tendem a se comparar entre si, e isso lhe causa medo, ok. Sentir medo ao deparar-se com o desconhecido, não é um problema. Sobretudo esse posicionamento da trabalhadora parece ter um traço que não vem à tona, que não diz

qual a questão que realmente é problema, enfim - o que seria “inadequado”? e qual o medo?

Em relação ao direito de acesso à informação sobre os tratamentos, foi citado o direito de acesso à bula, quando uma trabalhadora do grupo relatou que orientou os usuários a solicitarem a mesma na farmácia distrital:

(...) nós pedimos, vocês vão lá e peçam a bula é um direito de vocês. E eles foram, trouxeram, os que não foram, imprimiram, pesquisaram no google.... Então, bem interessante assim. Mas.. tivemos retorno dos psiquiatras, e tenho até hoje dos que trabalham lá, (ahn) do quanto ficou mais tranquila a consulta, de eles trazerem questões assim que antes não apareceram. Tinha um caso de uma paciente muito muito ansiosa, (ahn) por ter... sempre estar com medo de faltar a medicação, faltar a medicação, e efeitos colaterais e “to me sentindo mal” e tudo era atribuído à medicação, ao mesmo tempo aquela medicação não podia faltar, e...uma coisa assim muita ansiedade nas consultas e que... a médica não conseguia entender por onde que ela podia...E aí ela foi pro grupo, e o quanto isso foi tranquilizador e facilitou o diálogo delas na consulta porque...então a gente tem esses retornos né (Roda 1B).

As bulas são a fonte de informação mais básica sobre os fármacos de modo geral e, regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da resolução RDC 47/09, têm o seu acesso garantido por lei. E, embora não seja possível esperar que as informações constantes na bula e demais informações sobre os tratamentos produzam, por si só, efeitos surpreendentes no processo terapêutico, caberia aos médicos, farmacêuticos e também aos demais profissionais envolvidos transmiti-las, necessariamente, aos seus usuários. Porém, no diálogo da roda houve outros relatos a indicar que nem sempre é possível aos usuários obter a bula dos medicamentos que tomam.

É o que escutamos no relato de outra trabalhadora acerca de sua experiência, em que a proposta e planejamento do grupo GAM no seu serviço foi debatida com os psiquiatras da equipe, os quais manifestaram grande resistência no que se refere ao acesso à informação por parte do usuário. Ela relata que:

(...) quando a gente apresentou... [a proposta de realizar os grupos GAM] desde que a gente apresentou, era muito... é... não pode ler a bula, não pode dizer que a pessoa tem direito... de saber. (Roda 1B)

O caráter das dificuldades encontradas na produção de diálogo e intervenção sobre os direitos dos usuários e o uso de psicofármacos em alguns serviços da

RAPS é evidenciado também nessa outra fala, ainda relatando sobre as dificuldades no mesmo serviço:

É, lá no CAPS, no ano passado, foi o único encontro que eu não participei, quem fez foi a terapeuta ocupacional com uma das psiquiatras, eu acho, eu não me recordo assim de ela ter falado se foi muito participativo ou não, mas eu sei que tem uma parte que é de... do acesso ao prontuário né? E aí teve uma usuária que foi e solicitou o seu prontuário, e a equipe ficou transtornada, né? Da pessoa poder ler o seu próprio prontuário. Então (ahn)..enfim, é isso, é.. acho que é isso mesmo que vocês falaram, é questão de abordagem, de duas ideologias talvez aí colocadas dentro da própria equipe mesmo, e da gente tentar conseguir (ahn) construir né? E não destruir...De construir algumas potencialidades. (Roda 1B)

O acesso ao prontuário tem sido um tema polêmico; embora instituído como direito do usuário, na prática os profissionais evitam que esteja disponível aos mesmos. Reis et al. (2009) afirmam que há uma contradição por parte dos trabalhadores, que compreendem o prontuário como valioso instrumento de trabalho da equipe técnica do serviço, mas não consideram sua utilidade para o usuário. Os autores entendem que essa contradição é um forte indicador da necessidade de reflexão acerca do valor dos prontuários, tendo em vista que este poderia constituir-se como elemento de aprimoramento das ferramentas que os CAPS dispõem para alcançar seu objetivo de reabilitação psicossocial, o qual perpassa o fato de contribuir para que os usuários se tornem elementos ativos de seu contexto.

Com efeito, Goffman (2008), em seu estudo sobre as instituições totais, observa as restrições à transmissão de informações, principalmente as referentes aos planos terapêuticos. Compreende que, dentro do funcionamento dessas instituições, tais restrições têm como objetivos específicos demarcar as fronteiras entre trabalhadores e internos, bem como estabelecer uma condição de alienação necessária para o exercício de determinado poder sobre esses últimos: “essa exclusão dá à equipe dirigente uma base específica de distância e controle com relação aos internados” (P.20).

Nos relatos das rodas, percebemos que um mecanismo semelhante pode ser observado, pois persiste a intenção de restringir a transmissão de informações aos usuários. Essa prática tende a produzir a alienação dos usuários ao discurso técnico, barrando a possibilidade de emergência de um sujeito protagonista de seu tra-

tamento, de sua vida e de seus direitos. Seguramente, podemos afirmar que reter informações não é exclusividade dos profissionais de CAPS. É uma prática presente em hospitais, consultórios médicos e tantas outras instituições públicas e privadas, onde frequentemente somos sujeitados a esse controle, que nos fragiliza e nos torna vulneráveis a uma economia de mercado da vida e da saúde, sobretudo ignorando nosso direito à informação.

No contexto da GAM, em que se espera encontrar quadros como este e intervir sobre eles, é importante que relatos desse tipo apareçam para que possam tornar-se material de trabalho. Interferir nesse ciclo significa redistribuir o poder – “alterar as relações de poder”¹², construindo formas outras de abordar a elaboração e a transmissão da informação, que é colocada em cheque em diversos pontos do Guia GAM. Não é uma tarefa fácil.

Eis outro relato da mesma trabalhadora, sobre as dificuldades enfrentadas na moderação do grupo GAM:

Trabalhador – A gente fez um grupo, mas deu muito problema com os psiquiatras, muito, muito problema.(...) Ahn.. eles não tinham problema com o grupo, eles tinham problema com o Guia, eles não gostaram do Guia, pelas palavras, pela questão da Reforma Psiquiátrica, foi muito complicado, então, pra gente não rachar com a equipe e continuar trabalhando autonomia... esse ano, então, (...) a gente modificou o grupo, é baseado no Guia, mas a gente tá construindo um Guia com os usuários que eles levam sua pastinha pra casa né? Eles... a gente faz bastante coisa de colagem, a gente modificou algumas coisas, e o nome do grupo é outro é [...], porque a gente não ia conseguir levar adiante.

Pesquisador - Quais as dificuldades?

Trabalhador - Principalmente com o Guia, assim ó, “porque é um instrumento político, não é terapêutico”, porque é... tem coisas erradas sobre medicamentos, as literaturas utilizadas não são baseadas em evidências, muita dificuldade, muita...

Trabalhador 2 - Discordância de abordagem né?

Trabalhador - Discordância de abordagem.(Roda 1B)

A questão a ser evitada é “o racha”, a divisão na equipe. Nas palavras dos trabalhadores participantes da roda, é com relação aos psiquiatras, como núcleo profissional, que se trata de evitar rachar o que seria motivado pelo tipo de compre-

¹² *Ibidem* p. 47

ensão acerca do Guia GAM formulada pelos psiquiatras, manifesta pela aversão destes aos termos utilizados no Guia (considerados ideológicos) e à RPB (igualmente ideológica). Contudo, embora a prerrogativa da prescrição medicamentosa possa levar os psiquiatras, mais que outros profissionais, a reagir à proposta do Guia, esse tipo de compreensão não lhes é exclusiva. Sabemos que a RPB é, acima de tudo, uma direção de trabalho, sabemos também que essa direção de trabalho, mesmo erigida em lei nacional de regulamentação da assistência à saúde mental e preservação dos direitos humanos, não é uma direção compartilhada por todos os atores envolvidos nos processos de produção de saúde.

A RPB e a RAPS sempre foram alvo de contestações, enfrentamentos, tentativas de captura de mercado fundadas na lógica neoliberalista. É possível perceber uma tendência hegemônica na psiquiatria através de suas representações (ABP, SIMERS, CRM e CFM) que frequentemente se posicionam contra o modelo substitutivo ao manicômio, veiculando na grande mídia informações tendenciosas supostamente amparadas por evidências científicas¹³. Isso tem gerado, ao longo dos anos, discussões recorrentes, como as referentes à alocação dos recursos financeiros no campo: investimento prioritário nas RAPS ou em leitos psiquiátricos; incentivo à implementação de CAPS-ad e programas de redução de danos ou financiamento de comunidades terapêuticas, entre outros.

Em alguns momentos da história, essas tensões se tornam mais evidentes e intensas, produzindo efeitos em diversas esferas da vida. Nos últimos dois anos, no estado do RS, acompanhamos diversos embates motivados pelo posicionamento do (ex diretor de hospital psiquiátrico) coordenador estadual da política de saúde mental, propondo o retorno do investimento em hospitais psiquiátricos. Além disso, repercutiu em âmbito nacional a mobilização de usuários, familiares e trabalhadores do SUS, militantes antimanicomiais e conselhos profissionais, frente à nomeação de

¹³ O jornalista e pesquisador norte americano Robert Whitaker tem publicado uma série de estudos onde questiona a teoria do desequilíbrio químico como causa dos transtornos mentais, colocando em discussão o fundamento das prescrições de psicofármacos e a influência da indústria farmacêutica na manipulação dos dados de pesquisas e testes de psicofármacos. C.F. WHITAKER, R. *Drogas psiquiátricas: um assalto à condição humana*. 2009. Disponível em: <http://www.umaoutravisao.com.br/secos/Mental/drogaspsic.htm> e WHITAKER, R. *A psiquiatria está em crise*. 2015. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2016/02/05/ciencia/1454701470_718224.html?id_externo_rsoc=TW_CM

um ex-diretor de manicômio para o cargo de coordenador nacional da política de saúde mental do Ministério da saúde.¹⁴

É justamente nos efeitos produzidos por essa direção de trabalho representada pela RPB – entre os quais se pode destacar a melhoria de qualidade de vida e o exercício de cidadania – que as reformas psiquiátricas, não só a brasileira, vêm resistindo à gama de dificuldades que podem se presentificar mesmo nos serviços e dispositivos propostos pelos movimentos reformistas, conforme nos mostra o questionamento feito por Emerich; Campos; Passos (2014):

Fica-nos uma pergunta: quem dá o direito a outrem de ocultar o que lhe é constitucionalmente garantido? De forma mais velada, numa instituição aberta, o ranço de práticas que desprezam a singularidade do sujeito e a capacidade de protagonismo e de construções pactuadas pode permanecer. Se não mais se aprisionam pessoas em instituições totais, pode-se operar por práticas totais que tendem a, cotidianamente, ressuscitar a ausência política dos usuários. Tais práticas desconsideram o exercício dos papéis sociais vivenciados pelos usuários, deslegitimando diferentes formas de subjetivação. Práticas totais, enfim, que silenciam ou fecham-se à palavra do usuário, que desconsideram sua fala como acesso à realidade de seu mundo. Liberta-se o sujeito do asilo, mas não da normalização dos processos de vida e da universalização de formas de sentir, agir e pensar. Não informar o usuário sobre seus direitos e não trabalhar com ele, tais questões são práticas totais. (EMERICH, CAMPOS, PASSOS, 2014)

Avanços no campo da política, da produção de saberes e da clínica não evitam que lógicas reversas a RPB tenham vigência nos serviços públicos de saúde mental, nas RAPS, nos consultórios particulares, em hospitais, etc. Ainda é um desafio, para o trabalhador, encontrar brechas num discurso reativo e conseguir sustentar, nesse contexto, práticas que privilegiem os direitos dos usuários. Na série de relatos das rodas de conversa transcritos acima, parece que aos poucos os envolvidos com a GAM conseguiram encontrar um caminho para levar adiante o trabalho com a proposta, mesmo sendo necessário alguns desvios. Segundo o que conta a trabalhadora, o grupo seguiu acontecendo na perspectiva do fomento à autonomia dos usuários, tal qual a da estratégia GAM, porém deixou de nomear-se grupo GAM e foi necessário recompor o guia com os usuários, abrindo mão de termos e trechos considerados político-ideológicos.

¹⁴ A ruptura institucional que vem tendo curso no país neste ano de 2016 reposiciona esses movimentos no contexto maior de luta pela democracia e garantia de direitos, hoje fortemente ameaçadas.

Mas os trabalhadores recalcitrantes, em especial os psiquiatras referidos pela participante da roda, não gostaram do guia porque ele é um instrumento político ou porque ele é instrumento de uma política com a qual eles não concordam?

Não é possível afirmar que equipes que empatizam com o Guia GAM e não se afetam com as palavras usadas e com a referência a RPB terão êxito com a ferramenta GAM, produzindo maior fomento à autonomia e exercício de direitos e de cidadania. Porém, já conhecemos os efeitos nefastos e iatrogênicos das micro e macropolíticas que permeiam o campo da saúde, as quais lutam contra a RPB buscando impor seus próprios interesses. É preciso lembrar que a RPB, além de objetivar desconstruir o manicômio e reformar as práticas em saúde mental, busca construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura.

Houve outros relatos mais sutis como:

Trabalhadora - então eu acho que isso tem o peso maior, às vezes, com a questão do psiquiatra, do medicamento, então que esse cuidado, às vezes, a gente tem que ter pra não... né? Porque fala dos direitos, de escolher, de se negar a tomar a medicação, eu acho que tudo depende da abordagem que a gente dá pra isso dentro do grupo né? Com os usuários. (...) Como falar né? (Roda 1-B)

Podemos nos perguntar, a partir dessa fala, quais questões fazem parte desse jogo de palavras entre o que pode ser dito e o que não pode. Segundo o que indicaram os trabalhadores nas rodas de conversa, o tema dos direitos dos usuários não é assunto a ser debatido livremente: é necessário um certo cuidado, uma certa abordagem, delimitada dentro de certos limites que protegem a relação com os psiquiatras. Porém, seria irresponsável e reducionista disso concluir que somente os psiquiatras discordam da RPB, ou afirmar que são os únicos responsáveis pelas dificuldades de diálogo e efetivação de práticas de cuidado articuladas com a produção de cidadania e autonomia.

Com efeito, é crucial o envolvimento dos psiquiatras, principais atores do processo de prescrição de medicamentos, no debate proposto pela GAM mas esses não são os seus únicos protagonistas. Se a medicação é parte de um cuidado interdisciplinar que preconiza o compartilhamento da responsabilidade dos PTS, e não o monopólio destes, independentemente da classe profissional, a medicação, assim

como outros recursos terapêuticos, deve ter o seu manejo minimamente discutido entre a equipe, respeitando-se a especificidade médica da sua prescrição.

É importante ressaltar a ausência de psiquiatras em nossas rodas de conversa. Em todo o percurso desta pesquisa, apenas uma vez, no ano de 2014, ainda no processo de disseminação da GAM pela SES/RS, estive em uma capacitação com a presença de uma psiquiatra. A sua participação, naquela ocasião, denotou preocupações investigativas e desconfiadas em relação à abordagem do Guia GAM. Certamente, não se pode generalizar essa postura – além da equipe de elaboração da versão brasileira do GuiaGAM ter contato com a participação de médicos e psiquiatras, há relatos de envolvimento e contribuição desses nos diversos âmbitos da pesquisa, em teses, dissertações, grupos e relatórios de pesquisa, artigos científicos, entre outros.

Considerando essa ausência de psiquiatras nas rodas, caberia atentar para os limites de nossa análise no que toca à posição destes com respeito ao exercício do direito implicado num tratamento medicamentoso. Porém, outros elementos e atores envolvidos na relação com os psiquiatras entraram em cena, possibilitando-nos a percepção de algumas problemáticas que permeiam as equipes, como as relações de saber e poder referidas à prescrição de psicofármacos, nas quais toda equipe é implicada, pois tais relações são sustentadas por diversos fatores, entre eles a postura dos demais trabalhadores.

5.2 DIREITOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS EM TEMPOS NEOLIBERAIS?

Também foram mencionados, como direito dos usuários, o acesso aos benefícios assistenciais. Os usuários participantes da roda deram ênfase à importância desse direito para sua saúde, como se pode perceber nesses três relatos:

Usuário 1 - Eu moro lá no centro, faz quatro anos que eu tô ganhando esse benefício. Se não fosse o CAPS de lá, hoje eu estaria puxando carrinho de papelão. Então eu tô feliz lá, como tu falou, lá é uma segunda família, a mesma coisa eu digo, lá é uma segunda família.

Usuário 2 - Na frente tem um advogado, que estão levando direto pro Fórum, encaminhamento, fazendo tudo, pra alguns que têm problema, se encostar pra poder receber o benefício, pra poder.... pra pelo menos poder ter passagem, dinheiro pra po-

der ir e vir pro CAPS. Que nem eu, eu moro longe do CAPS, morava, agora to bem pertinho

Usuário 1 - Deus te abençoe com esse benefício, o meu faz quatro anos que eu to pegando, a primeira coisa que eu faço é o meu aluguelzinho, eu parava em albergue, agora eu to bem pra caramba, e bota bem nisso, foi a mesma coisa que acertar na loto sozinho.

Usuário 2 - alivia um pouco, a gente pode deitar na cama despreocupado.

Usuário 1 - Botar a cabeça no travesseiro e dormir, amanhã é outro dia. (Roda 1B)

Evidencia-se, no discurso dos usuários, a relação entre o benefício e a melhora das condições de vida. O benefício como possibilidade de garantia do mínimo – nesse caso, trata-se da garantia do acesso ao serviço de saúde, através do custeio da passagem e do pagamento do aluguel, tem se mostrado um importante recurso para os usuários. Contudo, um olhar crítico sobre essa situação revela uma outra face dessa mesma moeda, como apontam Emerich, Campos e Passos (2014):

É possível apreender o funcionamento de um circuito mantenedor da situação de vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental: o usuário tem acesso a direitos sociais devido ao adoecimento, e tal acesso o estigmatiza, inviabilizando-o como sujeito de direitos. Este circuito é reforçado ao não serem construídas, com o usuário, formas de sair deste lugar, passando a ser, cada vez mais, dependente das decisões externas. Deste circuito participam gestores e profissionais, que reforçam as práticas e diagnósticos, mesmo que com eles não concordem; e usuários, que podem ocupar estes lugares para acessar condições mínimas de tratamento e de vida, frente às incertezas de uma sociedade organizada pela lógica do Estado mínimo.(s/p)

Os autores se valem do conceito de circuito proposto por Goffman (2008, p. 40) e afirmam que o direito ao benefício e ao trabalho aparecem, frequentemente, em uma relação dicotômica, a qual caracteriza o estigma. Na prática, um direito exclui o outro: ao mesmo tempo em que o usuário tem direito ao benefício financeiro por adoecimento, ao receber um diagnóstico psiquiátrico encontra dificuldades de retornar ao mercado de trabalho. Em nossa pesquisa, encontramos similaridade com

o estudo citado, pois percebemos o funcionamento de um circuito mantenedor das vulnerabilidades dos usuários¹⁵.

O preconceito e o estigma relacionados às pessoas em sofrimento psíquico grave são fatores decisivos para a exclusão do mundo do trabalho. Os rótulos dificultam o acesso a programas de qualificação profissional promovidos pela área da Assistência Social, contribuem para a perda da confiança e para o rebaixamento técnico no ambiente de trabalho, reverberam no autopreconceito. (Rodrigues et al, 2010)

O trabalho é um meio fundamental de interação social em nosso sistema de vida contemporâneo, além de ser a principal forma de inserção no mundo produtivo. Assim, a dificuldade de inserção no trabalho tem deixado muitas pessoas à margem da sociedade. Embora o conceito de cidadania não se restrinja à questão do acesso ao mercado de trabalho, é fato que a cidadania necessita da instrumentalização econômica, não podendo ser desconsiderado este fator. Não há como pensar a emergência de um sujeito de direitos sem pensar nas condições de possibilidade de emancipação, autonomia e liberdade do ser humano. Aspectos cruciais, como a educação, informação, organização política (HIRDES, 2001), estão envolvidos nos processos de formação subjetiva.

Flores *et al.* (2015) afirmam que é preciso construir um plano onde os direitos dos usuários não se limitem a uma utopia. Para isso é preciso fortificar, dar sentido aos direitos do cidadão, levando em conta que a autonomia está interligada à cidadania. “Não nos encontramos em uma guerra declarada, mas precisamos sobreviver dentro da sociedade: comer, vestir, trabalhar, respeitando as pessoas que compreendem e habitam um determinado grupo de fenômenos que nos escapa.”(P.266) O trabalho tem papel fundamental na retomada da autoestima e da motivação, contribuindo para que as pessoas se sintam cidadãs.

¹⁵ Goffman (2008 p.40), ao descrever algumas particularidades do funcionamento das instituições totais, especificamente, algumas formas de mortificações do eu dos internos, define o *circuito* como: “uma agência que cria uma resposta defensiva do internado e que, depois, aceita essa resposta como alvo para seu ataque seguinte. O indivíduo descobre que sua resposta protetora diante de um ataque falha na situação: não pode defender-se da forma usual ao estabelecer uma distância entre a situação mortificante e o seu eu”.

A nossa cultura impõe conflitos como a competitividade e a geração de empregos, provocando uma crescente exclusão do mercado de trabalho. Diante disso, Hirdes (2001, p.179) questiona "como podemos projetar trabalho para pessoas que têm uma dificuldade de competir, uma vez que o paradigma da modernidade é a competitividade desenfreada? Ou antes, de concorrer no mercado em uma situação já em desvantagem?" Muitas vezes, deparamo-nos com uma atitude de resignação frente a essas questões. Mas não podemos nos conformar com tais constatações e devemos buscar soluções onde a resignação ceda espaço para a invenção de lugares de trocas, utopias possíveis.

O trabalho para pessoas em sofrimento psíquico grave possui uma relevância anterior à entrada destes no processo de reabilitação psicossocial; muitas vezes, o trabalho ocupa um lugar de destaque na estruturação e/ou desestruturação da vida dos participantes. Torna-se necessário, portanto, que o tema do trabalho seja resgatado pelos CAPS junto aos usuários, não com o objetivo de alcançar a inserção imediata no mundo do trabalho, mas para valorizar esta dimensão da vida, cujo sentido é construído pelas histórias e narrativas do próprio sujeito. No processo de cuidado, é relevante um aprofundamento sobre o papel dos CAPS na interlocução e articulação entre a clínica e a compreensão do trabalho enquanto um direito e uma proposta concreta de reinserção social para além do espaço físico dos serviços de saúde mental. (RODRIGUES et al. 2010; FLORES et al. 2015)

Somam-se a isso outras questões que só fazem agravar o estigma e o preconceito nesse contexto, como a definição jurídica da pessoa em sofrimento mental ou portadora de transtorno mental como pessoa com deficiência. É impossível não pensar nos paradoxos impostos pela terminologia adotada, na impossível articulação entre estigma e inserção social—: para ter acesso ao benefício, a pessoa deve estar incapacitada para o trabalho, e, assim que superar essa condição, o benefício é suspenso; porém, pouco temos visto acerca da articulação das políticas públicas no que se refere à construção de ações que integrem os diferentes âmbitos envolvidos.

Emerich (2012) enfatiza que ainda há pouca interlocução entre as leis, o conhecimento e as percepções de usuários e gestores acerca dos direitos dos usuários. Complementa:

Tal silêncio e abismo parecem dificultar a construção de um código que dispare a circulação da palavra e real discussão sobre a possibilidade da emergência de um sujeito de direitos, para além da informa-

ção. Quando digo para além, obviamente não descarto a informação como condição básica do exercício de direitos. Porém, como veremos adiante, não basta por si só. Dar informação acerca dos direitos dos usuários é necessário, mas não suficiente, pois não garante a emergência ou nascimento de um sujeito de direitos. O sujeito de direitos é aquele que tem a experiência de direitos encarnada e que é reconhecido pelo outro como tal. Nesse sentido, não basta que o usuário saiba que pode, por exemplo, recusar a medicação. É também necessário que ele seja legitimado como um sujeito de direitos cuja vontade e decisão devem ser consideradas pelos profissionais de saúde e comunidade (EMERICH, 2012, p. 122).

Percebe-se que, na prática, os benefícios sociais carregam sentidos diversos, como a melhora da qualidade de vida e o acesso a bens e serviços, mas também podem reforçar o estigma e o preconceito. Eles têm sua origem nas ações das políticas de assistência social visando aporte financeiro às pessoas em situação de vulnerabilidade social, onde se observa um efeito positivo. Mas integram, também, as políticas de incentivo ao trabalho, âmbito no qual, em nossa discussão, não observamos efeitos importantes, nem mesmo do ponto de vista teórico. Há uma grande fragmentação entre as políticas, e, embora sejam indiscutíveis os aspectos positivos do auxílio financeiro, não se pode pensar que ele, por si, é suficiente para inserção no mercado de trabalho. Sabemos que há outras políticas que deveriam se articular nesse propósito, mas o que se observa é a falta de espaços e oportunidades. Em decorrência disso, vemos a formação de um círculo vicioso, em que o usuário entra no sistema, mas não consegue sair.

Com efeito, Campos (2006) afirma o evidente predomínio político e ideológico do projeto neoliberal para a saúde no Brasil. Em decorrência disso, observa o autor, o funcionamento dos serviços públicos e a própria implementação do SUS não estão constituídos como instrumentos fortes o bastante para defender a vida da maioria da população. Portanto, dentro dos aspectos abordados na presente discussão acerca dos direitos humanos dentro do contexto das políticas públicas de saúde mental do Brasil, urge repensar e, quem sabe, revolucionar a forma como têm sido operacionalizados e implementados os benefícios assistenciais aos cidadãos.

5.3 OS MELINDRES: OU ATÉ ONDE CONSEGUIMOS CONVERSAR

Durante a conversa sobre os direitos dos usuários, fiquei com a sensação de que os trabalhadores tiveram certo receio em falar sobre esse assunto. Não é uma questão simples, por isso não tentaremos simplificá-la. Assim, recorro aos afetos que permearam meu corpo no decorrer do processo. Frases que não se finalizam, palavras que não são ditas, gagueiras e tartamudeios vão pontuando o texto à medida que vamos transcrevendo as rodas de conversa. Aos poucos, vai-se tornando evidente que esses silenciamentos consecutivos podem trazer algo de relevante para nossa discussão.

Melindre é a palavra que me vem, por associação, ainda durante o trabalho de transcrição das rodas e que persiste por todo o processo até chegar ao texto em minhas primeiras escritas. Instigado por essa palavra, da qual não faço uso frequente no meu cotidiano, fui ao dicionário consulta-lá e encontrei o seguinte:

Melindre : 1- Delicadeza no trato. 2- Escrúpulo. 3 Facilidade de magoar-se: Suscetibilidade. 4 Bras. Afetação” (FERREIRA, 2012)

Essa palavra e sua significação percorrem minhas memórias e me trazem um situação marcante: numa das reuniões de equipe do CAPS onde fui residente, uma colega usou tal palavra para definir o modo como nós, equipe, vínhamos tratando de determinados assuntos, como manejo de crises, diferentes concepções de cuidado, permanência no ambiente de moradores de rua e de usuários sobre efeitos de substâncias psicoativas, regras do serviço, entre outros aspectos bastante complexos no cuidado e na organização dos processos de trabalho dos CAPS. Naquela situação, percebi que um dos possíveis motivos para essa postura evitativa da equipe se fundamentava em geral na crença dos trabalhadores de que muitas vezes, ao expor sua verdadeira opinião, correriam o risco de ser retaliados, romper parcerias profissionais importantes ou amizades, entre outros. Assim, alguns optavam por convergir com as opiniões que soavam mais fortes na equipe, mesmo não concordando exatamente com elas. Em geral tratava-se de posições baseadas em evidências, teoricamente “mais consistentes” em sua fundamentação científica, como a abordagem medicamentosa à crise e a referência ao médico para o manejo e eventual pedido de internação; outras vezes, o alinhamento se fazia com alguma posição endossada pelo gestor. O resultado disso eram os silenciamentos diversos e as rupturas, gerando sensações de ineficácia e impotência perante as demandas de trabalho, trans-

formando discussões de PTS em prescrições reducionistas e uniprofissionais, cujo fracasso era atrelado ao usuário que não aderira ao tratamento.

Preocupa-me a semelhança da sensação que traz à tona o sentido dessa palavra a partir da roda, especialmente a roda 1B, sinalizando que o tema dos direitos dos usuários ainda não consegue ser incorporado nos cotidianos de cuidado. A esse respeito, um artigo escrito entre acadêmicos e usuários participantes da primeira etapa da pesquisa GAM, fazem um alerta:

Um dos sentimentos que permeiam as relações entre profissionais e usuários e que precisamos salientar é o medo. No Caps, profissionais e usuários têm uma relação mais próxima que no hospício. Porém, tanto o profissional quanto o usuário temem essa aproximação: medo de que um não entenda o outro, receio de falar com o profissional mesmo tendo necessidade disso. Uns e outros têm medos, às vezes medo um do outro, mas são medos diferentes. Queremos, ao contrário, desenvolver coragem para falar, ser ouvido e não sucumbir ao medo que pode ser vencido por meio de nossas ações e nossa persistência mental positiva. A loucura só pode ser tratada com coragem por meio do cuidado humanizado – cuidado que não se limita ao tratamento medicamentoso, mas requer aumento da participação nos serviços substitutivos, os quais devem oferecer oficinas de geração de renda, passeios e outros recursos. Os centros de convivência são, nesse sentido, uma excelente ferramenta para desenvolver as habilidades pessoais dos usuários de saúde mental. (FLORES et al. 2015 P. 265)

Talvez, por isso, tenhamos encontrado, na superfície dos diálogos das rodas, uma relação marcada pelo sentimento mútuo de medo. Na conversa, em ato, percebemos um pouco do que esse medo é capaz – faz evitar certas palavras, produz silêncio sobre alguns assuntos e mantém estanques sentidos e subjetividades. Como afirma Deleuze (2010), a superfície não se opõe à profundidade e, sim, à interpretação. Portanto, ao invés de ficar procurando as origens dos problemas, é mais importante pegar as coisas “[...] onde elas crescem, pelo meio: rachar as coisas, rachar as palavras”. (p.113) Esse sentimento de medo, presente tanto nos relatos das rodas quanto no artigo citado, parece fazer parte dos cotidianos de cuidado e cresce quando abordamos o tema dos direitos dos usuários – cresce tanto no silêncio do usuário que não se “apropria dos seus direitos” quanto no trabalhador que evita a tensão.

Deleuze propõe “rachar as palavras” para compreender os agenciamentos, práticas, discursos, instituições que conferem status de legitimidade a certos saberes e práticas. Parece que, diferentemente do que propõe o autor, no trabalho em

saúde mental por vezes tratamos de fortalecer algumas palavras, por vezes tomamo-as como palavras de ordem, evitando assim rachar relações, cristalizando domínios de saber e instituindo assuntos que não devem ser debatidos. Parece-nos que esses melindres têm produzido relações marcadas pelo sentimento mútuo de medo.

5.4 DIREITOS E CUIDADO: UM PARADOXO?

Tendo colocado em análise as noções de direitos dos usuários que puderam ser colhidas do material obtido nas rodas de conversa, passamos agora a explorar os efeitos possíveis destas compreensões nas práticas de cuidado. Para esta etapa, optamos por colher relatos, exemplos, entendimentos dos participantes sobre determinados temas ou situações que tornassem possível perceber a influência da noção de direito dos usuários nas práticas de cuidado, ou seja, não nos limitamos a colher apenas as situações onde houvesse relatos explícitos da repercussão, importância ou irrelevância do conceito.

Diferentemente da noção de direitos, em relação à qual fiz uma pergunta à roda, direcionando o debate, esta segunda questão de pesquisa, que compõe um de meus objetivos de investigação, ficou intencionalmente implícita. Entendi que isso era necessário para que, posteriormente, eu pudesse apreender o que os envolvidos com a ferramenta GAM vêm produzindo e qual a influência da noção de direitos dos usuários no exercício do cuidado. Dependendo do resultado, poderia pensar se, de fato, uma melhor compreensão dessa noção pode mudar o cuidado, se pode qualificar o cuidado e, mais especificamente, contribuir na participação dos usuários em seus tratamentos. Além disso, tratava-se de investigar quais os fatores que dificultam o processo, que aspectos do cuidado foram melhorados que melhorias podemos alcançar e por que a noção de direitos chega a constituir-se em um problema. Nesse sentido, algumas das debilidades da RAPS evidenciam a carência de conhecimento sobre o tema e a dificuldade dos serviços em garantirem esses direitos.

Antes de falar sobre a repercussão da noção de direitos dos usuários nas práticas de cuidado, parece necessário fazer uma breve exposição sobre a repercussão

do contato com a ferramenta GAM nos trabalhadores e usuários envolvidos. De modo geral, os efeitos relatados foram os seguintes: abertura de espaço para diálogo sobre a experiência de uso de psicotrópicos; aprendizado sobre medicamentos, aumento de interesse pela temática dos direitos, aumento da participação dos usuários em seus tratamentos, melhora da comunicação entre usuários e psiquiatra e aproximação do trabalhador com a experiência do usuário.

Em relação à possibilitação de conversa em torno à experiência de uso de psicotrópicos, o relato a seguir, de uma trabalhadora, demonstra seu espanto com a diversidade de elementos importantes que emergem da experiência com a GAM:

Mas, falando especificamente sobre a medicação em grupo, é incrível como vem um monte de coisas que a gente nunca imaginou que fossem tão importantes assim. (Roda 2)

Em meio à carência de debate sobre o assunto, a percepção da complexidade da experiência de uso de psicotrópicos vivenciada pelos usuários é acessada pelos trabalhadores a partir do compartilhamento em grupo disparado pela GAM. Sobre tudo, isso indica a possibilidade de mudança de perspectiva da trabalhadora em relação aos usuários. O que antes era uma lacuna, passa a ser escutado de maneira diferente, abrindo possibilidades diversas – de trabalho, de debate, de aprendizagem. Com efeito, o que parece mais urgente é sair da dicotomia adesão/não adesão criada em torno do tratamento medicamentoso, que reduz a questão a uma simplicidade e pobreza de sentidos que não condiz com a realidade de quem faz uso de psicotrópicos.

Percebe-se um paradoxo entre a simplicidade das prescrições e a complexidade dos relatos dos usuários e trabalhadores implicados na escuta e na produção de sentidos outros para o uso de psicotrópicos.

E, também o quanto isso mexe com a vida daquela pessoa que tá participando do GAM, isso mexe muito com ela, né, eu trouxe aqui um pouco das histórias de cada um e acho que acaba voltando, a qualidade de vida desse indivíduo, o quanto que ela pode melhorar né, o quanto que agora essa medicação vai fazer parte da vida desse indivíduo, o quanto que isso pode ser reduzido ou não. Isso mexe muito com as pessoas, e a gente não tinha noção disso, como se a gente fosse mexer num vespeiro, como se numa coisa que ta só com o médico, a gente só avalia e consegue perceber a diferença do comportamento, mas isso não chega pra nós, a questão da medicação tava mais com a psiquiatria, e o quanto que trabalhar o GAM fez com que isso viesse à tona né... e mexesse com cada um (...) E a gente: nossa! O que a gente vai fazer com toda essa informação? (Roda 2)

Aqui a trabalhadora menciona uma compreensão diferente do tratamento medicamentoso quanto à complexidade de seus efeitos. Sobretudo, chama a atenção, positivamente, nesta fala, a utilização do termo “pessoa” que dá um sentido plural para o relato, não deixando inteiramente claro de quem ela fala – isso mexe com a vida de *quem*? Somos, antes de mais nada, pessoas, e não estamos livres de nos afetar com essas situações. Pelo contrário, é desejável que nos afetemos, pois a situação que estamos abordando é muito grave – que ciclo penoso o que vivemos em torno ao tratamento medicamentoso!

Problematizar essas questões nos leva a buscar outros pontos de vista, e, para isso, precisamos mudar de lugar¹⁶. Não queremos com isso buscar o apagamento das diferenças entre usuários e trabalhadores, mas, sim, aproximar as vivências e produzir experiências coletivas que possibilitem efetiva discussão e poder de ação frente às adversidades do cotidiano.

Entendemos que a GAM trabalha com conceitos e elementos simples, já presentes no arcabouço teórico da RPB e do trabalho em saúde. Porém, consideramos que seu diferencial está na organização do conteúdo com linguagem simples e clara e na metodologia cogestiva – elaboradas e aprimoradas com a ativa participação dos usuários em todos processos de construção da versão brasileira. A sua metodologia não opera sozinha; assim como outras tecnologias de saúde, ela exige, dos trabalhadores, o trabalho vivo¹⁷ construído na relação com os usuários.

Em diversos momentos foram referidos processos de aprendizagem disparados pela GAM:

Trabalhador 1 - Mas daí depois eu vi o retorno de colegas, por exemplo o pessoal da enfermagem que é quem participa da dispensação do medicamento falando: ah, a pessoa tá vindo aqui de uma outra maneira, conversando de uma outra forma, os usuários assim falando o nome do remédio, não aquele laranjinha...

Trabalhador 2: eles começam a saber o nome.

¹⁶ MARQUES E CASTRO, Cecília; PALOMBINI, Analice; PASSOS, Eduardo; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. *Mnemosine* Vol.9, n 1,2013 p. 106-126.

¹⁷ MERHY, Emerson. *A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

Trabalhador 3: é, a saber o nome, a se interessar mais. Colegas chegaram pra mim e falaram: bah, depois do grupo senti algumas diferenças assim, né.

Trabalhador 2: Não, eles começam a saber o nome dos medicamentos, antes eles só diziam aquele azulzinho, aquele branquinho, sabe aquele branquinho, daí não sabia definir se era o neozine ou se era o biperideno.

Trabalhador 4 capsii: eles sabem dizer pra que que eles tão tomando e qual a medicação específica.

Trabalhador 3: e acho que até pra gente, a gente começa a estudar mais sobre isso. (Roda 2)

Ajudá-los a compreender o nome, os efeitos, e tudo mais que eles entenderem que é preciso saber é fundamental para ajudar os usuários a sair desse estado de alienação ao discurso técnico e de uma certa infantilização. Pois, na medida em que naturalizamos essa linguagem que se refere aos medicamentos por cores e formatos, estamos também aceitando essa condição de alienação, conformando uma prática e nos acomodando. Em um primeiro momento, é preciso reconhecer essa linguagem e validar o saber do usuário, mas é preciso produzir mais com isso, e o próprio discurso dos participantes tem mostrado que isso é possível. É preciso apostar em uma política de narratividade que considera os usuários capazes de compreender e atribuir significado para o que sentem, pensam, para sua vida em geral.

É possível perceber que, sob a base da grupalidade construída na experiência GAM (ONOCKO-CAMPOS et al. 2014) o conhecimento desenvolvido ajuda a aproximar os usuário e trabalhadores envolvidos no processo, através de uma mudança de linguagem e melhor comunicação, e pode culminar no aumento de interesse e produção de sentido. Tais efeitos partem de uma premissa muito simples, abordada em diversos tópicos do Guia GAM, como esse encontrado no quarto passo:

Um passo simples, mas muito importante, é você saber o nome dos medicamentos que toma, a hora de tomá-los e a quantidade indicada. Isso vai ser fundamental no momento de você conversar com o médico, ou com o enfermeiro, ou farmacêutico ou com os demais profissionais da equipe de saúde. (ONOCKO-CAMPOS et al. 2012a, p. 60)

O relato a seguir anuncia o aumento do interesse por mais informações acerca do tratamento, pela temática dos direitos e a consequente melhora na comunicação com o psiquiatra como efeito do trabalho em torno ao tema dos direitos no contexto do serviço:

Trabalhador 1 - Pra gente foi bem interessante assim, também muitos usuários têm um pouco disso, mas (ahn), pra alguns, mexeu bastante, tanto que eles pediram pra gente imprimir uma cartilha mais completa, pra falar sobre isso mais... eu tenho uma oficina de educação popular, que alguns dos usuários que estão no GAM também estão nessa oficina, então, como lá a gente já trabalha essa temática de direitos, foi mais fácil de poder trazer isso pro GAM também assim.. e poucos se apropriaram mais disso, se interessaram, mas, naqueles que se interessaram, foi um efeito bacana assim, de conseguir conversar com o médico, conseguir falar coisas pro médico que não conseguia antes, e mesmo disso de querer saber mais, de querer participar mais, foram efeitos importantes mas foram poucos né? Dentro...

Trabalhador 2 – é bem pontual né?

Trabalhador 1- É...

Trabalhador 2 – eles não são assim...mais eles se omitem e acabam aceitando as coisas.

Trabalhador 1 - Mas, eu acho que...

Trabalhador 2 – a gente tem que estimular eles a questionar, né?

Trabalhador 1 - Mas eu acho que o que enriquece é ter outros espaços dentro do serviço que possam trabalhar com essa temática (ahn), mesmo que seja associada a outras coisas, e aí acho que facilita assim, né?

Trabalhador 2 - Sim...

Trabalhador 1 - Porque se for só no GAM acho que fica difícil mesmo. (Roda 1b)

Em pesquisa anterior sobre a estratégia GAM, Onocko-Campos *et al.* (2013) mostram que em geral os usuários sentem dificuldade de conversar com os médicos e têm pouco conhecimento sobre os seus tratamentos medicamentosos. Mas reforçam a tese de que, para poder auxiliar os usuários, os trabalhadores também devem ter conhecimento sobre os psicofármacos. Assim, também o que repercute como efeito da GAM nos trabalhadores pode produzir a melhora na comunicação e a aproximação dos trabalhadores com a experiência dos usuários no uso de psicotrópicos. Na abertura do diálogo fomentada pela metodologia GAM, os usuários encontram lugar para narrar sua experiência; com isso, tem-se produzido um conhecimento que auxilia e aproxima trabalhadores e usuários envolvidos no cuidado em saúde mental. Conforme o relato dos trabalhadores e dos próprios usuários, estes passaram a se interessar mais por seus direitos e melhoraram a comunicação com os pro-

fissionais, qualificando a relação com os mesmos. Tais mudanças favorecem a realização de encontros mais promissores na produção de saúde e cidadania.

O Guia GAM brasileiro salienta que a decisão sobre o melhor tratamento se consegue a partir de uma composição entre o que os usuários sabem (baseados nas suas experiências pessoais ou de grupo), o que dizem os seus familiares sobre a experiência com o cuidado diário, e o que sabem os médicos ou as equipes de referência sobre o uso dos remédios. Os três tipos de saberes são importantes. E é a partir do diálogo, do compartilhamento desses saberes, que podem ser feitas melhores decisões sobre o modo de usar os medicamentos. Chamamos essa composição de saberes de *gestão compartilhada* ou *cogestão*. E isso é bem diferente da chamada *autogestão*, em que os usuários tomam suas decisões sozinhos, sem compartilhá-las, modificando dosagens ou parando com os remédios sem alguém que lhes acompanhe (ONOCKO-CAMPOS et al. 2014, p. 13).

Ainda é necessário falar sobre autonomia nos serviços de saúde – que autonomia entre como pauta e como objetivo do cuidado em saúde, como propõem Campos e Onocko-Campos (2012), evitando o equívoco de concebê-la como um fenômeno do âmbito individual, cuja responsabilidade acaba por recair sobre os usuários, como expressam diversas falas das rodas, por exemplo, na afirmação de que “eles [os usuários] não se apropriam de seus direitos”. Ao conceber autonomia dessa maneira, percebemos o o trabalhador dissociar-se dos efeitos da experiência produzida na relação de cuidado com esse usuário.

O conceito de liberdade em Arendt parte do pressuposto de que:

Sem um âmbito público politicamente assegurado, falta à liberdade o espaço concreto onde aparecer. Ela pode, certamente, habitar ainda nos corações dos homens como desejo, vontade, esperança ou anelo; mas o coração humano, como todos o sabemos, é um lugar muito sombrio, e qualquer coisa que vá para sua obscuridade não pode ser chamada adequadamente de um fato demonstrável (2011, p. 195).

O exercício da liberdade necessita, portanto, além da liberação, ou seja, o estar liberado das necessidades da vida, também a companhia de outras pessoas que desfrutem do mesmo estado. Além disso, é necessário um espaço público comum, um mundo politicamente organizado onde possam se encontrar e se inserir por meio de palavras e feitos. A liberdade, assim como a autonomia, no sentido aqui proposto, não é produzida em isolamento, mas sim na relação com os outros e com o mundo. (ARENDR, 2011)

A circulação da palavra na roda evidencia um tensionamento entre os participantes, quando uma das participantes expressa seu desconforto frente ao relato de

outra participante que compartilhava processo de formação do grupo GAM no serviço que atua como residente. Nesse, a participação dos usuários no grupo GAM inicialmente estava condicionada a uma indicação do terapeuta de referência. Porém, em um segundo momento, como haviam recebido poucas indicações para o grupo, mudaram a estratégia, deixando aberta a possibilidade a todos os interessados, obtendo, assim, mais participantes.

Num primeiro momento, a participação dos usuários estaria atrelada à prescrição dos trabalhadores, elaborada com base em critérios pouco especificados, mas que, ao longo das conversas, pudemos referir a alguns traços, como a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Depois, no segundo momento, o exercício da autonomia do usuário é colocada em ato, ao se trocar a prescrição por um convite onde a possibilidade de manifestação de sua vontade se faz presente.

Se o guia GAM é embasado no exercício de direitos, o critério de indicação por técnico de referência não parece fazer sentido. Pois a singularidade, o direito e o desejo de participar devem ser levados em conta somente depois de iniciado o grupo? A fala da participante aponta para a delicadeza da questão que se coloca desde o início do trabalho e pode fazer a diferença no decorrer do encontro.

A dificuldade de efetivação, na prática, do exercício de direitos e de cidadania aparece no relato de um dos participantes, atrelada à falta de capacitação profissional e a uma noção de cuidado fragmentado,

Trabalhador - a gente vê o esforço dos colegas, mas a gente precisava ampliar isso e trabalhar com os nossos colegas, porque ainda é o grupo da hipertensão, é o grupo do movimento, é o grupo do medicamento... a gente, apesar de dar toda essa noção de cidadania do sujeito, mas que isso as vezes, enfim... (risos) ela fica meio no objeto. (Roda 2)

O discurso dos trabalhadores, em sua maioria, põe em evidência uma noção de direito dos usuários dissociada do cuidado, indicando a assembleia e os encontros formais do controle social (plenárias, conselho local e municipal de saúde) como espaços privilegiados para o exercício dos direitos. Não há, porém, consenso quanto a essa visão, pois outros trabalhadores afirmam a importância do protagonismo dos usuários no processo de cuidado. Em relação ao serviço de saúde, é possível perceber algumas hesitações dos trabalhadores quanto ao ambiente do cuidado, como um lugar onde essa questão dos direitos deve ser tratada com as devidas ressalvas,

com um discurso cuidadoso, principalmente no que se refere ao acesso dos usuários ao prontuário e ao direito de recusar a medicação. Além disso, surpreende constatar que a temática da RPB ainda cause tantos entraves nos processos de trabalho das equipes de saúde.

A participação do usuário na gestão do tratamento é exercício de direito, tendo em vista que clínica e gestão são indissociáveis¹⁸, influenciando diretamente uma à outra: um cuidado compartilhado entre usuário e trabalhador, visando a produção de saúde associada à de autonomia (se é que não esta implícita uma coisa na outra), produz efeitos que extrapolam o âmbito da clínica, e essa participação inside na gestão do serviço de saúde, da política, etc. Dessa forma, o paradoxo está em vivenciar uma organização onde o usuário pode participar da gestão da política (controle social), mas não pode participar da gestão do seu tratamento, não pode ser crítico quanto ao atendimento que recebe, nem questionar qual o melhor tratamento para seu problema, ou sequer simplesmente ajudar a estabelecer as metas e planos para o seu cuidado.

5.5 DIREITOS E PSICOFÁRMACOS

Partindo dos dados obtidos na pesquisa, buscamos problematizar a relação entre o uso de psicotrópicos e o exercício de direitos. Compreendemos que alguns achados apontam essa relação, como por exemplo: o receio em relação ao empoderamento dos usuários e a falta de oferta de outros tipos de tratamento na rede, apontados pelos trabalhadores como um agravante do consumo em excesso de psicofármacos; a compreensão do tratamento psicofarmacológico a partir da dicotomia adesão ou não adesão ao tratamento; a dificuldade dos usuários em compreender seus tratamentos medicamentosos; o efeito, nos trabalhadores, da percepção da complexidade da experiência do uso de psicotrópicos vivida pelos usuários, a que têm acesso por meio da participação no grupo GAM; o uso prolongado de psicofármacos sem acompanhamento médico adequado (e suas ressonâncias no trabalho em saúde e na rede);

¹⁸ Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

A diferença produzida na experiência dos usuários com o uso de psicotrópicos quando esses compreendem – ou não – seu tratamento medicamentoso parece ser, por sua constante referência, o fator mais importante da relação entre o uso de psicotrópicos e o exercício de direitos. Isso não significa dizer que a medicação é o fator mais importante do tratamento, ou que é mais, ou menos, importante do que outros recursos. Porém, dado o cenário atual, onde os psicofármacos vêm sendo ofertados como principal resposta à população diante dos problemas de saúde mental, é crucial discutir esse tema, problematizando-o em suas implicações nos modos de produzir o cuidado em saúde. Investir na discussão e na qualificação das práticas é investir no avanço da RPB.

Uma referência direta à relação entre medicamento e direitos dos usuários ocorre na situação em que os usuários são estimulados pelos trabalhadores a se organizarem em assembleia para reivindicar os seus direitos, em especial quanto aos medicamentos que faltam nas farmácias do Estado.

"Trabalhador - Agora teve, há um mês atrás, faltou medicação na rede, a gente foi através... estimulou eles no grupo pra levar pra associação esse assunto, pra eles busquem alguma coisa de direitos deles, porque eles são... eles têm medo, eles recuam, eles não vão atrás..." (Roda 1b)

Há consenso de que a garantia de direitos opera através dos tratados, das declarações e da constituição, do mesmo modo que, no contexto do SUS, a lei orgânica da saúde, as leis da reforma psiquiátrica, as portarias específicas, entre outras, estabelecem ao menos um mínimo ético irreduzível dos direitos. Porém, muitas vezes a população de usuários do SUS não tem acesso a esses direitos, complexificando as demandas e exigindo respostas igualmente complexas. Cabe pensar, portanto, em como resolver uma questão multifatorial com uma abordagem simplificada, como o remédio.

Emerich (2012) ressalta que:

O uso de medicação e a falta de discussão e pouco poder decisório do usuário a respeito desta temática parecem representar uma espécie de caixa preta da RP. O usuário, muitas vezes, é autorizado a participar de várias decisões a respeito do tratamento, mas a negociação da medicação parece apontar para um saber restrito dos profissionais. Digo dos profissionais porque, embora sua prescrição seja restrita ao núcleo médico, os demais núcleos profissionais costumam se ausentar das propostas alternativas ou da discussão sobre a própria medicação com usuários ou pares profissionais (p.144).

Por isso, ao “abrir” essa caixa preta podemos encontrar muita coisa e, assim, chegar à sensação de não saber o que fazer com tanta informação. Frente a isso, a GAM propõe uma direção, com pistas importantes sobre um trabalho que pode ser feito, sobre a importância da participação dos usuários e também sobre a validação das diferentes formas de expressão dos mesmos. A experiência que o usuário compartilha é uma grande fonte de conhecimento para a superação dos entraves referentes à experiência de uso de psicofármacos.

Vale ressaltar que a metodologia GAM não deve ser tomada como uma prescrição. Seria um tanto paradoxal construir um tal debate sobre os problemas causados pela prática vazia de prescrição, deixando-se cair na armadilha de reproduzir os mesmos erros que produziram a problemática em questão.

Rodriguez Del Barrio *et al.* (2015) [tradução nossa] também enfatizam que as consequências do tratamento farmacológico na integridade física e psicológica dos pacientes se agravam quando há pouca informação, falta de suporte e de acompanhamento adequado. Afirmam que “a centralidade do tratamento psiquiátrico, os poderosos efeitos da medicação e a falta de alternativas oferecidas, podem agravar sentimentos de alienação e sofrimento intenso” (p. 186 [tradução nossa]).

Os psicotrópicos são o ponto cego da RPB, referido a práticas em saúde mental não de todo reformadas. (ONOCKO-CAMPOS *et al.* 2011b). Seu uso é frequentemente associado a práticas em que se observam nuances do modelo manicomial – quando o tratamento medicamentoso é imposto aos usuários ou quando lhes é atribuído como condição de acesso aos serviços de saúde. O modelo manicomial, caracterizado pelo confinamento e pelo apagamento das diferenças, marcado pela tortura e pela desumanização das práticas profissionais, manifesta-se na expressão ouvida recorrentemente – “não adere ao tratamento” – pela qual o usuário é destituído de seu lugar de sujeito e cidadão, impedido de escolher, de pensar e até mesmo de falar sobre o que quer, o que sente e o que pensa.

Muitas vezes, as vozes dos usuários são silenciadas pela transformação de suas experiências em doenças e sintomas. São silenciadas, ainda, através do abuso da prescrição medicamentosa, abuso do poder. Se esse poder é frequentemente encarnado pela figura do psiquiatra, é também amparado por todos que colaboram, apoiam, concordam ou até mesmo os que ignoram essas práticas. A sociedade é

vitima e culpada ao mesmo tempo, consumidora do seu próprio veneno cientificamente comprovado e politicamente correto. "A reforma psiquiátrica é, pois, uma transição com um sentido mais diretivo do que imperativo que deve conquistar as famílias ainda iludidas com os preconceitos que a especialização médica instituiu. Pois se esta foi um avanço para a medicina, fez também muito mal ao lançar a fragmentação entre o corpo e a alma das pessoas que a psiquiatria biológica e a ultraespecialização elevaram a pensamento único. A desintegração entre o corpo e a mente, filosoficamente indivisíveis, que a sedação química permanente provoca. (DELGADO,2011)"

Pelos diversos relatos citados, podemos compreender que a forma de abordagem do Guia GAM ajuda usuários e trabalhadores a perderem o medo e se autorizarem a dialogar sobre seus direitos e sobre as medicações. Esses relatos mostraram o quanto a abertura de espaço para diálogo sobre a experiência de uso de psicotrópicos produziu efeitos positivos para ambos.

Rodriguez Del Barrio *et al.* (2015) [*tradução nossa*] afirmam que, ao avaliar a implementação da abordagem GAM, percebe-se que é possível e necessário repensar a questão dos direitos. Construir uma outra compreensão de direitos pode modificar profundamente a relação entre usuários e trabalhadores, além de possibilitar a construção de diálogo para avaliar as restrições e as possibilidades existentes. Ir de paciente passivo à protagonista do tratamento e da própria vida tem um efeito terapêutico evidente. É inegável que o respeito pelos direitos dos usuários, tal como definido nos acordos e legislação existentes, deve constituir uma parte integrante dos diversos serviços e propostas de tratamento, deve ser acompanhado de perto pelas instituições responsáveis pela saúde e deve fazer parte da formação dos trabalhadores.

A discussão em torno dos direitos dos usuários é relativamente recente, tem como marco fundamental a reforma psiquiátrica, suas leis reguladoras e a luta anti-manicomial. Conforme mostramos anteriormente, a proteção dos direitos dos usuários é regulada pelo conjunto de leis e portarias que normatizam a organização das redes, dos serviços e do cuidado em saúde. Além disso, é possível encontrar, mesmo que não em abundância, cartilhas complementares e literatura científica sobre o tema. Porém, o trabalho de articulação entre as políticas públicas, usuários, traba-

lhadores, gestores e demais atores da sociedade civil precisa ser intensificado, pois diz respeito a uma radical e urgente mudança cultural na maneira como as pessoas em sofrimento psíquico intenso são vistas e cuidadas por nós, e também sobre a maneira como é produzido e divulgado o conhecimento científico.

6 COSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir, cabe retomar os pontos abordados no processo de pesquisa. Inicialmente propusemos uma recapitulação sobre a história dos direitos humanos nos âmbitos internacional, nacional e nas políticas públicas de saúde, seguindo pela articulação com a problemática dos excessivos índices de prescrição e consumo de psicofármacos, relacionados à esfera do protagonismo do usuários de saúde mental. Posteriormente, no método, descrevemos o processo de construção e execução da pesquisa, ressaltando os conceitos de experiência e narrativa na pesquisa em saúde, o conceito de pesquisa apoio paidéia e as rodas de conversa.

Mais do que encontrar respostas, nosso percurso de pesquisa se propôs a problematizar as dificuldades do cotidiano de trabalho em saúde mental, com ênfase no fomento ao exercício de direitos dos usuários e sua relação com o consumo de psicofármacos. Frente a isso, pudemos expressar e tensionar práticas e formas de pensar que frequentemente encontram-se nos serviços de saúde do SUS. Ideias,

discussões que transitavam em meus pensamentos e em conversas com colegas e amigos puderam tomar forma e consistência. E isso transformou também minha forma de pensar e compreender as dificuldades que se impõem aos usuários do SUS – mas não somente a eles – no exercício dos direitos humanos em nosso país.

Grande parte dos relatos de trabalhadores reitera que os usuários, em geral, desconhecem seus direitos e não se apropriam dos espaços de protagonismo e exercício de direitos. Em contrapartida, os dados produzidos nesta pesquisa informam que também os trabalhadores pouco se apropriam e pouco priorizam a utilização de tais espaços. Apesar disso, pudemos observar experiências relevantes sobre a mudança de compreensão do tratamento medicamentoso e da importância do fomento aos espaços de protagonismo dos usuários, disparados pela implementação de grupos GAM nos serviços.

Se trabalhadores estão cheios de melindres para falar sobre os direitos dos usuários, o que esperar que os usuários possam estar falando sobre seus direitos? Se os lugares privilegiados para falar sobre direitos devem, aos olhos da equipe, localizar-se fora dos espaços de cuidados, como esperar que os usuários falem sobre esses direitos nos serviços em que se atendem? Podemos supor que os usuários terão tanto ou mais melindres para conversar com os trabalhadores sobre seus direitos. Sobretudo, pudemos observar que o tema dos direitos dos usuários é tratado com diversas ressalvas nos serviços de Saúde Mental.

Com efeito, percebemos que diversas nuances do trabalho em saúde mental corroboram a constituição de um ciclo ou *circuito* em torno do protagonismo dos usuários. Neste ciclo, o consumo excessivo de psicofármacos se entrelaça e agrava a situação, na medida em que silencia mais ainda vozes que, enfraquecidas, pouco se escutam, seja pela tomada do discurso do usuário pela via da doença ou pela contenção química.

Soma-se a isso, ainda, a consecução de benefícios assistenciais que tem se apresentado como importante recurso para os usuários que conseguem acesso. Porém, carece de articulação com outras políticas e ações que possibilitem, não só a entrada no sistema, mas o processo de reconstrução da cidadania e da reabilitação da saúde, fomentando a criação de oportunidades.

Frente a isso, cabe reforçar urgentemente a retomada e proposição desse debate nos âmbitos das políticas públicas, no âmbito acadêmico, na formação, na construção e divulgação de conhecimento, bem como a proposição e incorporação da temática dos direitos dos usuários nas ações de educação permanente em saúde nos serviços da RAPS.

A intensificação desse debate pode contribuir profundamente para o avanço da RPB, principalmente enquanto movimento social de defesa da vida, uma vez que o respeito aos direitos dos usuários é acima de tudo uma ação de promoção e proteção da dignidade e dos direitos humanos – dever de todo e qualquer cidadão. Mais relevante se torna esse debate frente à crise política nacional, fortemente marcada pela influência neoliberalista, na qual a mídia e a elite econômica e política investe pesadamente no processo de desmonte das políticas públicas, onde o SUS tem sido alvo recorrente. Se hoje está difícil garantir o mínimo dos direitos humanos, sem o SUS o desafio será incalculável.

Além das dúvidas que decorrem da impossibilidade de esgotar o debate nesse curto intervalo de tempo do mestrado, a instabilidade política e social que permeia o país e ameaça a saúde coletiva e o SUS impõe uma enorme interrogação sobre a continuidade e o avanço de práticas em prol do protagonismo, da defesa dos direitos humanos e da busca de uma sociedade mais igualitária e menos preconceituosa. Os retrocessos a que estamos sendo conduzidos com a precarização do SUS ferem principalmente a cidadania dos brasileiros. Se, nesse contexto, a discussão em torno dos direitos dos usuários e da qualificação da prescrição e do consumo de psicofármacos tende a perder força, afirmá-la aqui se configura, para nós, em um ato necessário de resistência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS): breve história da política de saúde no Brasil. In _____. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ARENDT, Hannah. Que é a liberdade. In: **Entre o Passado e o Futuro**. Tradução de Mauro Barbosa. São Paulo: Perspectiva, 2014.

Benjamin, Walter. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Traduzido por Sergio Paulo Rouanet. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n.19, p. 20-28, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 05 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004a. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf . Acesso em 20 de Agosto de 2015.

_____. Ministério da saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2 Ed. Brasília 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf . Acesso em 20 de Agosto de 2015.

_____. **Decreto n. 6214**, 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1o de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm . Acesso em 25 de junho de 2016.

_____. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm . Acesso em 23 de julho de 2015.

_____. **Lei 8742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm . Acesso em 23 de junho de 2016.

_____. **Portaria 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), Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em 25 de setembro de 2014.

_____. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm . Acesso em 20 de agosto de 2015.

_____. **Lei 12.470**. Altera os arts. 21 e 24 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição[...]. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12470.htm . Acesso em 23 de junho de 2016.

_____. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm . Acesso em 15 de junho de 2014.

BRUNETTA, Cíntia. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 94 n. 835, p. 59-72, maio 2005.

CAMPOS, Gastão. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In _____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, Gastão. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. P. 41-80.

CAMPOS, Gastão; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAMPOS, Gastão. Efeito paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n1, p.19-31, 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462006000100003&script=sci_arttext. Acesso em 19/05/15.

CARVALHO, Brígida; PETRIS, Airton; TURINI, Bárbara. Controle Social em Saúde. In: Andrade, Selma; Soares, Darli; Junior, Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

COIMBRA, Cecília Maria. Ética, direitos humanos e biopoder. **Verve**, São Paulo, n 20, p 85-100, 2011. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/14545/10575>. Acesso em 15/04/2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Benefício de Prestação Continuada: não abra mão da sua cidadania**. Brasília, 2007. Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/06/cartilha_banalizacao.pdf. Acesso dia 10/05/2016.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Guia de direitos humanos loucura cidadã**. Salvador: AMEA, 2011.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ci-ênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, Dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300019. Acesso em 20 de Março de 2016.

DELEUZE, Gilles. Rachar as coisas, rachar as palavras. In: **Conversações**. Tradução de Peter Pél Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 2010.

EMERICH, Bruno Ferrari. **Direitos dos usuários em intenso sofrimento psíquico, na perspectiva de usuários e gestores de CAPS**. 2012. Dissertação, Mestrado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

EMERICH, Bruno; ONOCKO-CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface (Botucatu)**, vol.18, n.51, pp.685-696, set, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220141007.pdf> .
Acesso em 27 de julho de 2015.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: GIOVANELLA Et Al.(orgs) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6.ed. Curitiba: Positivo, 2012.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 743-752, June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt .
Acesso em 23 de março de 2016.

FLORES et al. A Experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do guia GAM brasileiro. In: BRASIL. **Cadernos do humanizaSUS**. Vol. 5, saúde mental. Ministério da saúde, Brasília, 2015.

FURLAN, Paula Giovana; CAMPOS, Gastão Wagner. Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paidéia de apoio institucional. **Interface (Botucatu)**,v. 18, supl. 1, p. 885-894, dez. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500885&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 21 maio 2015.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro,v. 6, n. 1, p. 165-181,2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 maio 2015.

GEISLER, Adriana; COIMBRA, Cecília. Direitos humanos: afirmando a vida. In GEISLER, Adriana; ABRAHÃO, Ana Lúcia; COIMBRA, Cecília (orgs.). **Subjetividade, violência e direitos humanos**: produzindo novos dispositivos em saúde. Niteroi: EdUFF, 2008.

Gaudenzi, Paula; Ortega, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da medicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 40, p. 21-34, Mar. 2012 .

Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf> . Acesso em 13 de março de 2016.

GUARESCHI, Pedrinho. Ética, justiça e direitos humanos. In: Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia ética e direitos humanos**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania como consequência da reabilitação psicossocial. In: **Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim: EdiFAPES, 2001.

HERNÁEZ, Ángel. A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, Sandra et al. (Orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Editora Unisul, 2010. P 111-134.

KEHL, Maria Rita. Subjetividade, política e direitos humanos. In: Conselho Federal de Psicologia - Comissão Nacional de Direitos Humanos (Orgs.). **Psicologia e direitos humanos: subjetividade e exclusão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. P 29-40.

KINOSHITA, Roberto. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

KINOSHITA, Roberto. “A qualidade dos serviços de saúde mental está ligada ao respeito aos direitos humanos”, diz coordenador do MS. Porto Alegre: 2014 **Sul 21**, Porto Alegre 9 nov 2014. Entrevista concedida a Debóra Fogliatto.

LANGENSCHIEDT. **Langenscheidt**: dicionário de bolso português: português-alemão, alemão-português. Berlim: Ed. Langenscheidt, 2001.

MALHEIRO, Emerson. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: Ed. Atlas, 2015

MELO, Jorge. **A Política de Narratividade entre a Pesquisa e a Clínica**: Relato de uma Experiência com a Gestão Autônoma da Medicação. 2015. Tese, Doutorado em Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015.

MOURA, Adriana; LIMA, Maria. A reinvenção da roda: roda de conversa um instrumento metodológico possível. **Temas em Educação**. João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-

106, jan.-jun. 2014. Disponível em: <http://www.okara.ufpb.br/ojs/index.php/rteo/article/viewFile/18338/11399> . Acesso em: 17 de novembro de 2015.

NORONHA, José; LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA Et Al. (orgs) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana et al . Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, Dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013&lng=en&nrm=iso . Acesso em 30 de maio de 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400006&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 27 de março de 2016.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo; LEAL, Erotildes; PALOMBINI, Analice; SERPA, Octávio et al. **Guia da Gestão Autônoma da Medicação**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012A. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>. Acesso em 20 de outubro de 2015.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; PALOMBINI, Analice; Silva, André et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.43, p.967-80, out./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009 . Acesso em 20 de outubro de 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice et al . A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em 20 de outubro de 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice et al. **Gestão Autônoma da Medicação – Guia de apoio a moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.uni>

camp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces . Acesso em 20 de outubro de 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária como objeto de reflexão teórico conceitual. In: **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008 P 153 - 174.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. In ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 6ed. Rio de Janeiro:MEDSI, 2003.

PALOMBINI, Analice de Lima; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; SILVEIRA, Marília et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, out. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000014 . Acesso em 20 de outubro de 2014.

PASSOS, Eduardo; Otanari, Thais; Emerich, Bruno et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v.18, n. 10, out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em 23 de outubro de 2015.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice; ONOCKO CAMPOS, Rosana. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Ecos*. v.3, n.1, 2013 Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1110> . Acesso em 23 de outubro de 2015.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. Porto Alegre: 2006. Disponível em: http://www2.trf4.jus.br/trf4/upload/arquivos/emagis_atividades/ccp5_flavia_piovesan.pdf> . Acesso em 27/04/2015.

RAMOS, André. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2014.

REIS, Alberto et al. Prontuários, para que servem?: representação dos coordenadores de equipe dos caps a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 383-392, dez. 2009 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 03 janeiro de 2016.

RODRIGUES, Rúbia; MARINHO, Tanimar; AMORIM, Patricia. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1615-1625, June 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073&lng=en&nrm=iso . Acesso em 25 de junho de 2016.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdes; PERRON, Nadine; OUELLETTE, Jean- Nicolas. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, Rosana; PEREIRA FURTADO, Juarez; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdes; et al. Human rights and the use of psychiatric medication. **Journal of Public Mental Health**, Vol. 13 Iss 4 pp. 179 - 188. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/JPMH-06-2013-0039> . Acesso em 10 de julho de 2015.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZAMBILLO, Marciana. **Autonomias errantes**: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si. 2015. Dissertação, Mestrado em Psicologia social e institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2015.