

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

Diogo Faria Corrêa da Costa

LOUCOS PARA PROT (AGONIZAR)
Micropolítica e Participação em Saúde Mental

Porto Alegre
2011

Diogo Faria Corrêa da Costa

LOUCOS PARA PROT(AGONIZAR)
Micropolítica e Participação em Saúde Mental

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Simone M. Paulon

Porto Alegre

2011

Diogo Faria Corrêa da Costa

À Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação
LOUCOS PARA PROT(AGONIZAR) – Micropolítica e Participação em Saúde Mental
como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre
em Psicologia Social pela Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.

Dissertação defendida e aprovada em: ___/___/___

Comissão Examinadora:

Rosane Azevedo Neves da Silva, Dra. – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/
UFRGS

Soraya Vargas Côrtes, Dra. – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ UFRGS

Luis Antonio dos Santos Baptista, Dr. – Universidade Federal Fluminense/ UFF

Aos usuários e à potência dos encontros com a loucura...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Wilson e Nilce, e aos meus irmãos, Andre e Diana, por todo o apoio e amor sempre.

Aos meus avós, Wilson, Neiva e Brunhilda por todo suporte e aprendizados que, em sua longa experiência de vida, têm me ensinado.

À minha orientadora, Simone Paulon, pela acolhida, por provocar o desejo teimoso pela luta em prol de nossa Reforma Psiquiátrica, por seu humor e jeito contagiante de ser e por tudo que aprendi em nossas conversas.

Aos professores de minha banca de qualificação, Luis Antonio Baptista, Rosane Neves e Soraya Côrtes pelas valiosas contribuições que melhor conduziram o processo da pesquisa.

À UFRGS e ao PPGPSI pela viabilização do curso e, em especial, aos professores Henrique Nardi, Jaqueline Tittoni e Rosane Neves.

Aos meus colegas da turma de 2009 pelos encontros e trocas de ideias.

Ao INTERVIRES, nosso potente e afetuoso coletivo, que muito contribuiu para o que hoje sou e por esta dissertação, em especial o encontro com os mais diversos e singulares universos pensantes: Stelamaris, Vera, Michele e Dago, Vania, Andre ou “guri de Natal”, Vania, Rafa, Loiva, Francis, Kaká e Cecília.

À minha prima Bruna e à tia Gringa pela acolhida em vários momentos durante o curso.

À Secretaria de Saúde e à coordenação do Sistema de Saúde Mental de Alegrete pela abertura e possibilidade de realização da pesquisa.

Ao CAPS II de Alegrete e a todos os seus trabalhadores que muito afetuosamente me receberam.

À Maria Izabel Pradel, à Terezinha Aurélio, ao Clodoaldo Rodrigues, à Nadia Miletto pela colaboração, troca de ideias e abertura demonstradas em todo o percurso

da pesquisa. À Taninha e Aline pela acolhida e orientações nas assembleias dos usuários.

À Associação dos Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete pela acolhida, pela generosa disponibilidade em compartilhar comigo de seus ideais e permitir a realização da pesquisa. Agradeço a cada encontro e aos momentos em que estive com eles.

A cada usuário que atendi e acompanhei enquanto trabalhador da saúde na Prefeitura Municipal de Manoel Viana. Agradeço aos aprendizados que as dificuldades de se trabalhar em saúde mental me trouxeram, além dos vínculos de afeto que por lá sempre estarão.

Aos colegas da prefeitura, em especial, ao Jonatan Silveira, parceiro de luta pela saúde e aos agentes comunitários de saúde da ESF II pela troca e aprendizado.

Finalmente, a Deus ou à Energia Superior ou ao Universo por constantemente “insistir” em destronar a onipotência humana.

RESUMO

A presente dissertação propõe-se a contribuir para um dos desafios atuais enfrentados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira quanto às possibilidades de participação social e exercício de protagonismo dos usuários de saúde mental. Embora tenhamos avançado no terreno dos direitos sociais, garantindo a abertura de serviços e a mudança na concepção de tratamento à loucura, ainda resta o fantasma do usuário/alienado mental, reduzido à passividade e inércia frente ao seu tratamento. A partir disso e do contexto das conferências de saúde mental, realizadas no decorrer do ano de 2010, o objetivo desta pesquisa foi cartografar o processo micropolítico de participação associado à produção de protagonismo em saúde mental. Para tanto, o referencial da Análise Institucional e da Pesquisa-Intervenção serviu de sustentação metodológica, valendo-se da observação participante, do diário de campo, do questionário dos Incidentes Críticos e da realização de entrevistas semi-estruturadas enquanto ferramentas de pesquisa. A pesquisa de campo valeu-se de espaços instituídos de participação, mediante inserção do pesquisador em duas conferências de saúde mental, através da Associação dos Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental e das reuniões das Assembleias dos Usuários em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Alegrete, fronteira oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Como resultados, foi possível identificar que a necessária institucionalização de espaços participativos em saúde mental pode acarretar no risco de uma cronificação desses mesmos espaços, reduzindo seu potencial instituinte à mera burocratização. Entretanto, quando esses espaços constituem-se enquanto terreno para a instalação de processos de singularização, construídos coletivamente, então se pôde constatar a possibilidade de exercício de protagonismo pelos usuários. Esse protagonismo entendido como um processo de subjetivação, costurado micropoliticamente a partir da convivência e organização de um coletivo de usuários. Desse modo, a pesquisa aposta no protagonismo enquanto efeito subjetivador, resultante desse espaço coletivo de participação, capaz de empoderar os usuários para o efetivo exercício de autonomia e cidadania.

PALAVRAS-CHAVE:

Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Participação Social; Protagonismo;
Políticas Públicas

ABSTRACT

This dissertation intends to contribute to the current challenges faced by the Brazilian Psychiatric Reform movement of the possibilities of social participation and exercise of self-governing of users of mental health. Although we have advanced the field of social rights, ensuring the opening of services and changing the design of treatment of madness, there remains the specter of the user / alienated user, reduced to passivity and inertia in their treatment. From this and the context of mental health conference, held during the year 2010, the objective was to map the micropolitical participation process associated with production of leadership in mental health. For this, the reference of Institutional Analysis and Research-Intervention served as a methodological support, drawing on participant observation, field diary, questionnaire of Critical Incident and conducting semi-structured interviews as research tools. The field research took advantage of spaces for participation established by insertion of the researcher in two conferences on mental health, through the Association of Users, Families and mental health militants and the meetings of the Assemblies of users in a Psychosocial Attention Center in Alegrete, western border of Rio Grande do Sul. As a result, we identified that required institutionalization of participatory spaces in mental health can result in a risk of chronicity of those spaces, reducing their potential to merely instituting bureaucratization. However, when these spaces are constituted as a ground for the installation process of being unique, collectively built, so if you could see the possibility of exercise of self-governing by users. Such leadership understood as a subjective process, tailored micropolitically from the relationship and organization of a collective users. Thus, research on the role as a bet subjectifying effect, resulting from this collective space for participation, capable of empowering users to the effective exercise of autonomy and citizenship.

KEYWORDS:

Mental Health Reform; Mental Health; Social Participation; Protagonist;
Public Policy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.REFORMA SANITÁRIA E CONTROLE SOCIAL: O CONFRONTO “AGONIZANTE” DA PARTICIPAÇÃO	20
1.1 Uma breve caminhada rumo à (uma possível) participação: conferências e conselhos de saúde.....	22
1.2 Que participação temos hoje no SUS?.....	31
1.3 Da agonia de um trabalhador, de uma usuária, de um município: que participação é essa?.....	38
2.MICROPOLÍTICA DA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	45
2.1 Percurso metodológico.....	49
2.2 <i>Não me perguntes onde fica o Alegrete...</i> : caracterização do campo de pesquisa.....	54
2.2.1 O território psicossocial de Alegrete.....	55
2.2.2 Os espaços instituídos de participação: associação e assembleia dos usuários.....	59
2.3 Processo de institucionalização: resistências e capturas.....	65
3.PARTICIPAÇÃO E PROTAGONISMO: A INSURGÊNCIA DE UM COLETIVO	82
PALAVRAS FINAIS (ou seriam novos começos?)	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	107

INTRODUÇÃO

(...) é necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação (BRASIL, 2010b, proposta 300, p. 63).

O ano de 2010 marcou a retomada do processo de discussão dos rumos da Política Nacional de Saúde Mental. Nesse ano realizamos a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial (IV CNSM-I), destacando a intersectorialidade enquanto elemento essencial para a constituição de redes de cuidado mais potentes e resolutivas. A tese destacada acima – uma dentre as 1.021 aprovadas na plenária final da IV CNSM-I – sintetiza não apenas o desejo de todo um segmento de atores da saúde coletiva do país, como anuncia boa parte de minhas preocupações, enquanto trabalhador componente desse segmento e, mais recentemente, pesquisador no campo das políticas de saúde mental.

Devido às intensas mobilizações sociais decorrentes dos principais movimentos sociais em defesa de uma saúde mental de qualidade no Brasil – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (VASCONCELOS & RODRIGUES, 2010) – foi possível resgatar o diálogo sobre as relações e lugares destinados à loucura em nossa sociedade.

Os 9 anos que separaram a III Conferência Nacional de Saúde Mental (em 2001) e a realização da IV CNSM-I indicaram o avanço na implementação da Reforma Psiquiátrica, seja através dos mais de 1.500 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) hoje em funcionamento ou da realização da Marcha dos Usuários da Saúde Mental, ocorrida dia 30 de setembro de 2009 em Brasília¹.

Cerca de 2.300 pessoas participaram da manifestação, reivindicando, dentre outras ações, a convocação da conferência para 2010. Esse evento sinalizou os

¹ Informações disponíveis em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso dia: 17 jan. 2010.

possíveis lugares que vêm ocupando os usuários de saúde mental na sociedade. As relações entre loucura e sociedade vêm sofrendo modificações, conforme o nível de aprofundamento das mudanças sociais propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, o lugar social do “louco” vem mudando: do isolamento manicomial para maiores inserções sociais. Isso nos leva a considerar um certo protagonismo em oposição à tradicional concepção de passividade e alienação atribuídas, historicamente, ao doente mental.

Essa será a principal discussão proposta por esta dissertação: problematizar as possibilidades de protagonismo e participação do “louco” em determinados espaços participativos.

A construção dessa problemática, já de início cabe ressaltar, encontra-se atrelada a um dos principais desafios enfrentados hoje pelo movimento da Reforma Psiquiátrica: o risco de uma institucionalização cronicada dos serviços substitutivos (BARROS, 2003; PANDE & AMARANTE, 2010).

Embora tenhamos avançado no terreno macropolítico, através de conquistas importantes, como a Lei 10.216/2001, que redirecionou o modelo de atenção à saúde mental, promovendo a instalação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, ainda enfrentamos os perigos da reprodução da instituição manicomial nos novos equipamentos, como CAPS, criados para romper a lógica tutelar dos manicômios Brasil afora.

É nesse sentido que ressalto a advertência apontada por Barros, já em 2003, quando afirmava que corremos o risco de que “(...) a necessária institucionalidade dos CAPS se transforme em institucionalização cronicada e cronicadora, reproduzindo o asilamento do qual se quer escapar” (BARROS, 2003, p. 199).

Com isso, o processo de institucionalização, que representa “(...) o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente (...)” (LOURAU, 1993, p. 12), acaba cristalizando-se, perdendo o necessário equilíbrio entre as forças macro e micropolíticas.

Concordando com Barros (2003), nesse sentido, pode-se afirmar que não basta apenas avançarmos na formulação e aprovação de programas e políticas públicas de saúde mental se não atentarmos para a dimensão micropolítica de produção de subjetividade.

Esse é o desafio, assim como questiona a autora: “como inventar alternativas em seus projetos terapêuticos, como criar passagens para “fora”, como construir outros projetos de vida que não “dependam” do CAPS e como escapar das práticas de tutela sem desassistir?” (BARROS, 2003, p. 202).

Partindo de tais questionamentos, que vão ao encontro de impasses de meu próprio cotidiano como psicólogo da rede de saúde mental, procurei analisar a micropolítica da participação social e o que ela informa acerca do processo de institucionalização da Reforma Psiquiátrica brasileira. Sendo assim, já em processo de investigação desta questão, uma cena, em especial, contribuiu para a problematização do tema da presente dissertação.

Durante a realização da III Conferência Estadual de Saúde Mental (III CESH), realizada em maio de 2010, no município de São Lourenço do Sul, um dos berços da luta antimanicomial do Rio Grande do Sul (RS), participei das discussões de um dos grupos do Eixo 3 da conferência - “Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético e Intersetorial”. No sub-eixo em que participava como observador - “Organização e Mobilização dos Usuários e Familiares de Saúde Mental” - havia em torno de 29 participantes, sendo 26 delegados.

Logo no início das discussões chamou-me muito a atenção uma das delegadas², representando o segmento usuários com grau de articulação e posicionamentos políticos que a diferenciavam dos demais. Durante toda a manhã ela participou bastante, inscrevendo-se para debater várias das propostas que estavam em análise.

² A fim de facilitar a descrição desta cena, farei uso de um nome fictício ao me referir a essa senhora. Passarei a chamá-la por Juliana. Destaquei em itálico algumas de suas frases registradas em meu diário de campo. Agradeço, desde já, o rico aprendizado que ela me oportunizou durante nosso breve encontro. Diário de campo do pesquisador. III Conferência Estadual de Saúde Mental. São Lourenço do Sul, 21 de maio de 2010.

Dentre as propostas apresentadas, uma das discussões mais polêmicas dizia respeito à efetividade do direito do usuário em poder participar do planejamento, análise e fiscalização das ações em saúde mental. Em determinado momento, Juliana afirmou: *Faço parte da comissão de saúde mental do meu município, mas nós não temos uma voz ativa.* Ela é a presidente da associação dos usuários e familiares do município!

Essa frase enunciada nesse contexto marcou meu olhar durante todo o transcorrer do grupo. Os paradoxos começaram a aparecer em cada fala, em algumas propostas, moções de repúdio e reconhecimento. O desenho das possibilidades de participação começava a se delinear, ainda que timidamente, aos olhos de um pesquisador iniciante.

Após o intervalo do almoço, fui conversar com Juliana. Prontamente ela relatou as atividades que desenvolve junto à associação, fundada em 2001, sendo usuária do CAPS desde 2002. Disse que realizam encontros mensais para discutirem questões da política de saúde mental, mas que não há uma regularidade nesses encontros. Relatou o movimento de abertura e vinculação que a associação tem buscado realizar no município, através de algumas parcerias que tem conseguido angariar.

Interessante notar que quando mencionei que achei extremamente significativo ela ser presidente e usuária da associação, Juliana imediatamente relatou seu diagnóstico: *Sou bipolar e tenho depressão, às vezes, até alucinações.*

Relatou haver uma ótima sintonia entre o CAPS e a associação, indicando o perfil mais comum de associações de usuários de saúde mental, conforme apontam Vasconcelos & Rodrigues (2010):

(...) perfil mais comum: associação mista (usuários, familiares e técnicos) fundada depois de 1992, criada a partir de e ligada a um CAPS, geralmente, fortemente dependentes dele e de seus profissionais, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento regular por técnico do CAPS e membro da associação, muitas vezes um militante do movimento antimanicomial ou de reforma psiquiátrica, com uma reunião quinzenal ou mensal, cobrando uma contribuição financeira quase simbólica (2 a 5 reais), apoiando a reforma psiquiátrica, expressando sua missão em termos da defesa dos direitos do usuário e familiar, e desenvolvendo pelo menos alguma oficina, projeto ou atividade de trabalho e geração de renda (VASCONCELOS & RODRIGUES, 2010, p. 2).

Essa conversa, entremeada pela narrativa emocionada de situações de luta, através da associação, mudaria radicalmente o sentido que tais instâncias de participação tinham até então para mim, especialmente após o seguinte depoimento: *(...) tive que chorar agora na hora do almoço, porque me senti muito sozinha. Tive que vir sozinha pra conferência. Nenhum igual a mim pôde vir!*³

O que esse choro anuncia? O que significa essa ausência de “iguais”?

Delegada eleita, presidente de uma associação de usuários de saúde mental, participando da conferência, inserida num grupo do eixo que discute direitos de cidadania, especificamente a organização e mobilização dos usuários, ainda assim chora e reclama a ausência de “iguais”. Que reivindicação escuta-se aí? Que instâncias são essas que construímos em mais de duas décadas de Reformas Sanitária e Psiquiátrica? Que participação é essa?

Em pleno fórum máximo de participação social garantido por lei, testemunho um choro que fala de um lugar de impotência, de frágil sustentação, evidenciando uma participação “capenga” e sinalizando a ausência de algo mais. Algo, talvez, que potencialize a possibilidade de experiência de pertencer a um grupo e sentir-se entre eles. Algo que sinalize uma política de saúde mais afinada à reivindicação contida na tese escolhida para abrir este trabalho, justamente pelo alerta nela contido de que o estímulo à participação se dê na direção de um fortalecimento do “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação.

Mas como fazê-lo? Que seria uma participação protagonista que estimule a autonomia? O que dela nos foi possível construir em 20 anos de Reforma Psiquiátrica oficializada no país?

Recorrendo à etimologia da palavra autonomia, onde *auto* significa próprio, si mesmo, e *nomos*, norma, regra, lei, sugere pensar que autonomia encontra-se ligada à noção de indivíduo capaz de se autodeterminar, aquele que produz e vive de acordo com normas próprias, ou seja, “(...) conduz o pensamento imediatamente à ideia de

³ Sua participação na conferência foi subsidiada a partir de doações de alguns sócios, que juntaram o dinheiro necessário somente para sua viagem, sendo que foram essas doações que facilitaram sua presença, mesmo tendo sido eleita delegada na etapa municipal da conferência.

liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construírem sua trajetória de vida” (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008, p. 2118).

Também Santos et al. (2000), afirmam que autonomia remete-nos à ideia de possibilidade de se governar por si mesmo, implicando uma autoconstrução, um autogoverno. Ratificam questionamentos próximos aos desta dissertação: “como lidar com este tema quando se trata de sujeitos destituídos de todo e qualquer valor ao receber o atributo de doente mental?”. Ou ainda: como os serviços de saúde mental “(...) propiciam a produção de autonomia para os usuários que se beneficiam do tratamento?” (SANTOS et al., 2000, s/p).

Entretanto, como pensar esse conceito em vista do choro de Juliana? Que autonomia é essa onde, mesmo no espaço de exercício de sua condição de cidadã, vê-se “enfraquecida” na possibilidade de, ativamente, participar da construção de trajetórias de vida?

Aqui a relação entre participação e protagonismo começou a se delinear enquanto problema de pesquisa com maior clareza e relevância para mim.

Usualmente tido como ator ou personagem principal, o sentido de protagonista associa-se à ideia de “pessoa que ocupa o primeiro lugar em qualquer acontecimento”⁴.

No entanto, recorrendo a sua etimologia, descobri algo interessante.

A palavra protagonismo deriva de *proto*, que significa primeiro, principal e *agón*, luta, competição, disputa, conflito, discussão, combate.

De acordo com Brandão (2002, p. 44), *agón* encontra-se vinculado à *agonística* grega, que compõe parte do mito dos heróis. Neste caso, disputa atlética: “*Agonistiké*, agonística, prende-se a *agón*, “assembleia, reunião” e, em seguida, “reunião dos helenos para os grandes jogos nacionais”, os próprios jogos, os concursos, as disputas”.

⁴ Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=protagonismo>. Acesso em: 21 out. 2010.

Segundo o autor, *agonística* corresponderia aos confrontos de ideias, seria um “(...) prolongamento das lutas dos heróis nos campos de batalha, porque também no *agón* os contentores usam de vários recursos bélicos e, em dependência do certame, expõem, muitas vezes, a vida, embora, em tese, a *agonística* não vise a eliminar o adversário” (BRANDÃO, 2002, p. 44).

Ainda seguindo as pistas etimológicas, o termo grego para confronto é *agón*, sendo que os participantes desse confronto são os protagonistas. De acordo com a dramaturgia grega, o protagonista seria a primeira personagem a falar. E a emoção predominante dos espectadores desses combates seria, também derivada de *agón*, a agonia.

Desse modo, associando os sentidos derivados da palavra protagonismo e a cena vivenciada durante a conferência, torna-se inevitável a questão: que lugar insistimos em destinar aos “loucos” na sociedade? Protagonistas nas conferências? Primeiros a falar? Destinados a expressar a emoção – *agonia* – de um confronto público? Primeiros a enunciar as adversidades da existência no *agón*?

Embora diversos autores defendam a redefinição do “sujeito da diferença” na sociedade (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006; COSTA-ROSA, 2000; FIGUEIRÓ & DIMENSTEIN, 2010; TORRE & AMARANTE, 2001; VASCONCELOS, 2009, 2008; YASSUI & COSTA-ROSA, 2008), o desafio de encontrar uma forma efetiva de participar ainda permanece enquanto “nó crítico” para o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Como indica Vasconcelos (2009):

(...) após 15 anos de implantação dos primeiros serviços de atenção psicossocial, passamos a uma fase de acentuada institucionalização de seu cotidiano, com tendência à perda de sua vitalidade, do potencial de inovação e do espaço político dos profissionais. Outro elemento importante deste quadro tem sido o movimento de remobilização da psiquiatria convencional e de suas organizações corporativas, nos exigindo também que a nossa luta pela legitimidade do projeto de reforma psiquiátrica na sociedade e no Estado não seja sustentada apenas nos profissionais, mas também por outros atores sociais, o que implica portanto na ativação de novos atores sociais com potencial instituinte até agora não devidamente estimulado: os usuários e familiares (VASCONCELOS, 2009, s/p).

Desse modo, o momento atual da reforma, através de seus movimentos principais de luta antimanicomial, tem reafirmado a importância de consolidar os dispositivos associativos de usuários e familiares de saúde mental com o intuito de fomentar o “poder que brota da dor” (VASCONCELOS, 2003) daqueles historicamente marcados pelo estigma da segregação social e da alienação mental.

Se atentarmos melhor para o sentido implícito da palavra protagonismo, associado ao combate de ideias nas assembleias e reuniões (BRANDÃO, 2002), percebe-se a aproximação com o conceito de participação social proposto tanto pelo movimento da Reforma Sanitária quanto pela Reforma Psiquiátrica.

Ser o protagonista indica ser o primeiro a entrar em combate, no sentido grego, concedendo-se a essa personagem importante lugar no *agón*. No entanto, quando se trata de uma personagem como “o louco”, esse lugar relativiza-se. Ser o primeiro a falar/participar/combater ainda implica enfrentar desafios que carregam antigos atavismos manicomiais.

Disso decorre o sentido que venho atribuindo à protagonismo/protagonista durante a escrita da dissertação. Se *agón* remete à luta, disputa, combate de ideias, penso que o protagonista da participação em saúde mental encontra-se, ainda, enquanto um *lutador agonizado*. Um retrato, portanto, de nossa incipiente cidadania.

Em vista disso, o contexto atual teve grande influência nas definições do problema desta pesquisa. O ano de 2010 marcou a retomada das Conferências de Saúde Mental nos municípios e nos estados, preparando o terreno para o que se considera a plenária máxima da participação social na conjuntura do SUS: a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

Além da já mencionada Marcha dos Usuários de Saúde Mental, a minha própria inserção enquanto trabalhador de saúde mental em um pequeno município, às voltas com tentativas e frustrações na estruturação de ações de saúde mental, somaram-se ao caldo que alimentou esta dissertação.

Assim foi se delineando o **problema** desta pesquisa, entrelaçando a ideia do *lutador agonizado* às possibilidades de participação social em espaços instituídos para o

“confronto de ideias”, que orientam a formulação da Política Nacional de Saúde Mental: **Quais as formas/mecanismos de participação em saúde mental que potencializam efeitos de protagonismo nos usuários?**

Embora apresente as conferências – municipal, estadual e nacional – enquanto espaço formal de participação social em saúde mental, a ênfase desta dissertação recaiu sobre os aspectos micropolíticos da participação e do protagonismo através de dois espaços de participação de um CAPS do município de Alegrete, fronteira oeste do RS. Trata-se da Associação dos Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete e a Assembleia dos Usuários, que serão melhor apresentados no segundo capítulo.

Essa questão orientou o **objetivo principal** da pesquisa que foi **cartografar o processo micropolítico de participação em saúde mental associado à produção de protagonismo nos usuários**. Um efeito subjetivador, portanto, do exercício de protagonismo.

Sendo assim, os sentidos de protagonismo e participação social são problematizados ao longo do texto, visto envolverem as possibilidades de inclusão do “louco” nos espaços de construção de cidadania.

Para percorrer este percurso investigativo, no primeiro capítulo apresento uma breve discussão acerca da institucionalização do princípio da participação social para o SUS, contribuindo com alguns relatos de pesquisa que atestam o estado atual dos mecanismos participativos em saúde no país. Concluo com a apresentação de outra cena “agoniada” de participação, vivenciada durante a produção da pesquisa, que dará o tom para as discussões do capítulo seguinte.

No capítulo 2, apresento o campo de pesquisa, detalhando o percurso da mesma, trazendo e ampliando a discussão em torno dos dados produzidos pela pesquisa acerca da questão micropolítica da participação em saúde mental.

O referencial da Análise Institucional francesa, seguida das “pistas” do método da cartografia (PASSOS, KASTRUP, DA ESCÓSSIA, 2009), contribuiu para a construção e sustentação metodológica desta pesquisa. Portanto, trabalhar com as

instituições que perpassam o campo de pesquisa indica que os conceitos de instituição, análise de implicação e analisador foram determinantes para o entendimento das forças materializadas durante todo o processo de condução da pesquisa.

Por isso, destaquei, no decorrer da dissertação, algumas cenas que foram consideradas enquanto analisadoras da dinâmica institucional que constitui o objeto dessa pesquisa, visto que, para Lourau (1995, p. 284), o conceito de analisador “(...) permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar”.

Além desses recursos metodológicos, fiz uso de uma valiosa ferramenta de pesquisa: o diário de campo. Nele registrei os encontros, colhi frases e impressões que produziram dados importantes para as análises aqui apresentadas. As ideias e sentimentos despertados a partir dos encontros e vivências encontraram um canal de expressão e posterior análise nos escritos do diário. O encontro com cenas e relatos registrados no início da pesquisa, ao serem retomados no momento da escrita, evidenciaram a grande potencialidade dessa ferramenta na enunciação daquilo que não se desvela de imediato.

Finalmente, no terceiro e último capítulo, a questão do protagonismo é problematizada, tomando-a enquanto efeito subjetivador de acordo com a dinâmica configuracional dos espaços de participação em saúde mental.

Por fim, no decorrer do processo de escrita, também um *pesquisador agonizado* foi se delineado frente ao confronto com as falas, cenas e vivências fruto da pesquisa e da iminência de participar de seu fórum máximo de participação acadêmica: a banca de defesa.

Por isso, convido o leitor a compartilhar dessa caminhada, provocando-o a adentrar ao *agón* em favor dessa empreitada heróica de reforma das reformas, uma convocação a deixar-se levar, dividindo a agonia de pensar nas possíveis “(...) estratégias para fortalecer o protagonismo das famílias e dos usuários dos serviços de saúde mental, tendo em vista a necessidade de lutar contra o estigma e de favorecer a inclusão social das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2010b, proposta 427, p. 78).

1. REFORMA SANITÁRIA E CONTROLE SOCIAL: O CONFRONTO “AGONIZANTE” DA PARTICIPAÇÃO

(...) participação é tu fazer parte, é tu te sentir parte.

A palavra participação deriva do latim *participatio* e remete à noção de parte e incompletude. Participação e parcialidade encontram-se próximas em sentido etimológico. Por isso, o excerto de depoimento que abre este capítulo sintetiza, de certa forma, a importância que a participação em saúde representa para o amadurecimento e consolidação de nosso sistema público de saúde.

É poder fazer parte – muito além de meramente ocupar um espaço instituído – sentir-se parte de um processo decisório, construtivo de nossa saúde pública (e de nós mesmos). Diz respeito ao quanto a democracia e o fortalecimento da cidadania dependem da forma como este princípio constitutivo do SUS é melhor ou pior desenvolvido. De outra forma, esta compreensão aparece na fala de um dos participantes da pesquisa⁵:

(...) participação é tu fazer parte de um grupo. Então, se tu vai fazer parte de um grupo é porque tu quer contribuir para aquele grupo com aquelas coisas que tu tem, e se tu vai pra um grupo onde nada é contemplado dos teus desejos, a tendência é as pessoas saírem. Eu vejo que os maiores momentos de participação que eu vi foi quando as pessoas chegaram, foram contempladas e elas puderam desenvolver aquilo que elas imaginaram. Tem lugar pra tudo, só que, às vezes, as pessoas não tem essa ideia de participação, associação, é se associar, é ter esse movimento (T1).

Barros (2003, p. 197), ao comentar a importância do “caráter de movimento” para a continuação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, defende que “(...) para manter viva a política, seja a macro, seja a micropolítica, é necessário manter o movimento, melhor seria dizer, manter-se no movimento”.

Os depoimentos abaixo parecem compartilhar a mesma opinião da autora:

⁵ A partir deste momento do texto passarei a referir os trechos de depoimentos sempre em itálico, diferenciando-os através das letras T, para trabalhadores, G para gestores e U para usuários.

Nós não podemos ser rígidos, fixos. Nós temos que tá sempre em movimento no processo da saúde mental. A sociedade vai mudando e se a gente não participar desse movimento, tu não consegue acompanhar (T1).

Participação é interagir, é trocar, dialogar. É nem sempre ter razão, sabe? (...) uma das coisas que eu mais aprendi, trabalhando em saúde mental, foi desenvolver a flexibilidade. É respeito também. Então, acho que a participação funciona por aí: ter essa abertura, não ter esse preconceito, de ir construindo conforme aquilo que vai aparecendo (G2).

Esses depoimentos indicam que o princípio da participação constrói-se coletivamente, associado ao encontro e à composição de forças e ideias e não apenas restrito ao âmbito dos espaços formais instituídos. Essa visão é reforçada em muitas das expressões que escutamos de usuários e trabalhadores, indicando tratar-se de um processo de subjetivação.

Desse modo, assim como será apresentado ao longo do texto, podemos pensar a participação enquanto processo de subjetivação, forjado nos encontros, parcerias, embates e confrontos, tanto nos espaços instituídos quanto no cotidiano dos serviços de saúde mental.

Processo de subjetivação, conforme propõem Guattari & Rolnik (2010, p. 42), indica que “a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares”.

Para os autores, a subjetividade é produzida por agenciamentos coletivos de enunciação, implicando a análise de uma economia coletiva do desejo. Portanto, uma subjetividade descentrada de instâncias intrapsíquicas condicionadas à figura de um indivíduo:

Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extra-individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, ou seja, sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e de produção

de ideias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos e assim por diante) (GUATTARI & ROLNIK, 2010, p. 39).

Desse modo, defendemos a participação enquanto processo de subjetivação, onde a análise micropolítica evidenciaria os “(...) agenciamentos que a constituem, na invenção de modos de referência, de modos de práxis. Invenção que permita elucidar um campo de subjetivação e, ao mesmo tempo, intervir efetivamente nesse campo, tanto em seu interior como em suas relações com o exterior” (GUATTARI & ROLNIK, 2010, p. 38).

A fim de acompanhar a trajetória que permite hoje trabalhar com tal construção conceitual, este capítulo faz um apanhado histórico acerca da constituição da noção de participação social para o movimento sanitário brasileiro. Segue a evolução do entendimento de participação e controle social através das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a fim de apresentar o estado da arte quanto à participação social no Brasil, através de pesquisas sobre o tema e de algumas experiências de participação em saúde.

No decorrer do capítulo apresento alguns depoimentos de trabalhadores e usuários, finalizando com o relato de experiência vivenciado num campo específico de intervenção: o município de Manoel Viana, região oeste do RS, onde atuo como profissional da saúde mental.

1.1 Uma breve caminhada rumo à (uma possível) participação: conferências e conselhos de saúde

Este “movimento” de inclusão da sociedade civil na formulação das políticas sociais no Brasil é ainda muito incipiente. Comemoramos em 2010 os recentes 22 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, onde o artigo 196 instituiu a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, e o artigo 198 determinou a participação da comunidade enquanto diretriz constitutiva do SUS.

Fleury (2009, p. 745), ao analisar os dilemas atuais do SUS, retoma a importância da Constituição de 88 para as profundas mudanças sociais necessárias à população brasileira. A autora afirma que a Constituição revolucionou o padrão de seguridade social no Brasil, baseado na busca da universalização da cidadania:

A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência. (...) A originalidade da seguridade social brasileira está dada em seu forte componente de reforma do Estado, ao redesenhar as relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controle sociais, com mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo (FLEURY, 2009, p. 745-746).

O movimento da Reforma Sanitária teve papel fundamental nessa mudança apontada pela autora, visto aglutinar e representar as demandas e pressões de uma sociedade há muito carente de um sistema público de saúde, de acesso igualitário para todos. Para Fleury (2009, p. 746), a Reforma Sanitária definiu-se como um projeto "(...) de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional".

Seguindo a autora:

A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. A constituição da Saúde Coletiva, como campo de saber e espaço de prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social (...) (FLEURY, 2009, p. 747).

Fruto dessas intensas mobilizações sociais, realizou-se, no ano de 1986, a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), afirmando o direito a um sistema público de saúde para todos.

O conceito de saúde é ampliado, enfatizando-se que o processo saúde-doença depende das condições de vida de uma população, ou seja, os determinantes sociais indicariam as possibilidades de saúde ou adoecimento de um povo. A saúde, de acordo com o relatório da VIII CNS, "é assim, antes de tudo, o resultado das formas de

organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p. 4).

Destaca, também, que para o pleno desenvolvimento desse conceito, é fundamental garantir, dentre outras necessidades, a “participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde” (BRASIL, 1986, p. 10).

Guizardi et al. (2004), em artigo onde analisam a evolução do conceito de participação social nos relatórios das últimas Conferências Nacionais de Saúde, destacam a radicalidade da apresentação desse princípio normativo do SUS no relatório da VIII CNS:

Em seu relatório, o tema da participação é apresentado como uma das condições de garantia do direito à saúde. (...) Desse modo, o direito à saúde é apresentado como dependente do controle das políticas estatais. Isso demonstra uma concepção ampliada de política de saúde, na qual esta não é restrita às questões setoriais (...). Ou seja, com essa concepção de participação, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, agente que a determina (GUIZARDI et al., 2004, p. 19).

Os autores afirmam, ainda, que se depreende da leitura do relatório da VIII CNS, que “o controle social emerge, então, como efeito da participação, na medida em que esta se caracteriza pela organização e pelo acesso às decisões” (GUIZARDI et al., 2004, p. 20).

Nesse sentido, é através da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que a participação da população é garantida legalmente. É com essa lei que se criam as principais instâncias de inserção e participação de representantes da população na construção da política de saúde nacional: as conferências nacionais de saúde e, principalmente, os conselhos de saúde.

De acordo com a lei, os conselhos de saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, tendo como principais funções a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Deve ser composto por “(...) representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de

saúde e usuários, (...)” (BRASIL, 1990), garantindo a paridade entre usuários e prestadores de serviços.

Já as conferências de saúde propõem-se a serem espaços de congregação de vários segmentos da sociedade, a fim de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes e propostas para as demandas atuais em saúde. Assumem um caráter consultivo e propositivo para os rumos da política pública em saúde (CARVALHO et al., 2001).

Dessa forma, Sposati & Lobo (1992), à época dos primeiros anos do SUS, já defendiam a importância da participação da população rumo à consolidação do entendimento de que saúde é um direito, não um valor ou bem a ser consumido. Esclareciam que o apoio, a participação e a pressão dos movimentos populares são essenciais para a efetivação desse direito:

Em outras palavras, o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. (...) O que se quer dizer é que direito à saúde é mais do que direito ao consumo de saúde. Portanto, direito à saúde é mais do que democratização do consumo da assistência médica (...) (SPOSATI & LOBO, 1992, p. 367).

A conceituação referida por um dos trabalhadores de saúde, em um dos depoimentos obtidos no processo de produção dos dados da pesquisa, parece referendar tal compreensão:

Participação social pra mim, de verdade, é quando o cidadão e a cidadã sabem da importância de seu protagonismo, enquanto gente pra mudar a situação ou tentar mudar a situação. Participação é o cara ir pra uma reunião sabendo o tema da reunião e estar apropriado do tema e ter espaço pra poder dizer o que pensa sobre aquilo, ter espaço pra isso e, acima de tudo, participação social é quando o cidadão e a cidadã entendem como se dão os processos dos poderes constituídos dentro do executivo, do judiciário e do parlamento (T2).

Recorrendo novamente à Sposati & Lobo (1992), as autoras complementam o depoimento acima:

A participação popular na política e nos serviços de saúde começa na condição virtual de usuário/cidadão, em participar de uma ideia-projeto para atender a

uma ou mais necessidades, na medida em que a necessidade em saúde, como as demais necessidades humanas, é historicamente determinada (SPOSATI & LOBO, 1992, p. 368).

Ainda na esteira histórica da VIII CNS, a próxima Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1992, já advertia para a necessidade dos movimentos populares manterem seus foros independentes e autônomos, buscando discutir os problemas e as soluções para as demandas em saúde. O relatório final da conferência enfatiza que:

A participação, independente de sua forma, deve ser como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização (BRASIL, 1992, p. 33).

Entretanto, para Guizardi et al. (2004), há, no conceito de participação, uma mudança de concepção no relatório da IX CNS, muito mais restrita à condição exclusiva de controle social:

Nele podemos claramente perceber que o projeto de participação que marcou a VIII CNS ganha diferentes contornos, sendo possível observar seu redirecionamento através de uma particular e distinta apreensão do tema. Trata-se, especificamente, da tendência de restrição da participação ao controle social (...), movimento que tende a situá-la externamente no processo de constituição da política (...) (GUIZARDI et al., 2004, p. 22).

E esse argumento, para os autores, é ratificado pelo texto do relatório, quando afirma que: “(...) o controle social não dever ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em *modificar planos e políticas*, não só no campo da saúde” (BRASIL, 1992, p. 33, grifos meus).

Assim, Guizardi et al. (2004), afirmam que:

Mesmo que a intervenção permaneça como objetivo de atuação dos conselhos, destaca-se nesse trecho a atenuação do poder gestor da participação, ou melhor, do controle social, que não mais tem por objetivo a determinação do processo desde a formulação das políticas à sua fiscalização e acompanhamento, mas o poder de modificar planos e políticas – intervir, portanto, em algo já apresentado ou definido (GUIZARDI et al., 2004, p. 23).

Esta perspectiva corrobora a compreensão alertada acima por Barros (2003) no sentido de que à institucionalidade desejada para fazer valer legal e efetivamente a saúde como direito universal, corresponde o risco da institucionalização das instâncias criadas para garantir formalmente os espaços de participação. No plano da institucionalização desse movimento que, como indicado na análise dos relatórios das CNS supracitadas já teve um caráter altamente instituinte, os conselhos de saúde desempenham importante papel para que, efetivamente, se possa discutir e construir coletivamente os rumos das políticas de saúde. Entretanto, podem tornar-se, também, espaços de enrijecimento, disputas inócuas de poder, acarretando em burocratização institucionalizada.

Atento a tais riscos, o relatório da IX CNS reafirma a importância da democratização e do fortalecimento dos conselhos, levantando uma série de problemas já enfrentados àquela época, tais como:

- a. Indicação de representantes dos usuários pelo poder executivo;
- b. Transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho;
- c. Não implantação dos Conselhos ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo;
- d. Depósito dos recursos alocados aos fundos em contas correntes de denominação indicada pela prefeitura;
- e. Ausência de divulgação das ações realizadas pelos Conselhos;
- f. Desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde;
- g. Desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos (BRASIL, 1992, p. 33).

Na X CNS, realizada em 1996, as dificuldades na adequada implantação e funcionamento dos mecanismos participativos em saúde é, novamente, retomada em seu relatório final. O reforço do aprofundamento e fortalecimento do controle social é defendido pelos participantes da X CNS, com especial ênfase aos conselhos de saúde:

- a. Obrigação dos gestores de cumprirem a legislação do SUS no que se refere ao caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde na formulação e no controle da execução da política de saúde;
- b. Determinação de que os gestores estabeleçam medidas que garantam o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, além de propor alterações na composição atual dos Conselhos, reforçando a articulação autônoma entre Conselhos e Conselheiros de Saúde (BRASIL, 1996, p. 34).

Já em 2000, o relatório da XI CNS ressalta avanços no processo de institucionalização do controle social nos últimos anos, fruto de mobilizações e lutas sociais, que garantiram melhoria do acesso, da qualidade e humanização na atenção à saúde. Aponta que os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) foram os órgãos de controle social que mais avançaram rumo às necessidades de saúde dos cidadãos.

Neste sentido, para Côrtes (2009, p. 1627-1629), a institucionalização dos conselhos de saúde repercutiu sobre a forma como foi se delineando a arena política de saúde no Brasil, sendo eles mesmos “(...) subarenas de mediação e de decisão política (...)”. Para a autora, isso promoveu o estabelecimento do “(...) desenho institucional de planejamento e de gestão do SUS até hoje vigente, caracterizado pela descentralização e pela existência de fóruns permanentes de coordenação vertical e horizontal”.

Além disso, para Guizardi et al. (2004), um dos méritos da XI CNS foi reaproximar-se da visão de participação contida no relatório da VIII CNS, quando destacam que os avanços constatados em prol da consolidação do controle social são reflexos muito mais da movimentação social do que meramente dos espaços federativos instituídos. Os autores ratificam que o processo de controle social é condição da prática de participação:

Ao contrário do que ocorre nas duas conferências anteriores, essa relação não se constrói nos argumentos apresentados por meio do acompanhamento e da fiscalização do processo em curso nos espaços institucionalizados, mas através de sua intervenção na produção do próprio processo. A noção de participação evocada extrapola os limites e sentidos que vinham delimitando o controle social, sendo assumida como agente de construção e efetivação do SUS. (...) O lugar conferido à participação não é, portanto, o lugar do controle social em estrito sentido (GUIZARDI et al., 2004, p. 32).

Isso se aproxima do entendimento defendido nesta dissertação de que o processo de participação constitui-se intrinsecamente enquanto processo de subjetivação, forjado socialmente através da mobilização de diversos atores sociais.

Neste sentido, Côrtes (2009), ao concluir os estudos divulgados no livro *Participação e Saúde no Brasil*, chega à constatação da influência dos atores sociais sobre a dinâmica de participação nos fóruns: “Dentre esses atores, os representantes de profissionais e trabalhadores de saúde, e mesmo os profissionais de saúde individualmente, destacam-se como os protagonistas de eventuais articulações entre atores sociais realizadas no âmbito dos conselhos (...)” (CÔRTEZ, 2009, p. 204).

Embora ressalte o protagonismo existente por parte de certos atores, o posicionamento da autora é bastante enfático quanto ao que nomeia “falsos dilemas” sobre a participação em saúde. Para ela, tais dilemas conduzem à constatação de que: “(...) os conselhos de saúde são deliberativos apenas no sentido em que discutem exaustivamente as questões que estão na agenda setorial; e também de que as relações de poder em seu interior não são igualitárias” (CÔRTEZ, 2009, p. 199).

Portanto, na opinião da autora:

As normas legais e administrativas do Sistema Único de Saúde estabelecem a necessidade de participação, mas não constituem instâncias que substituiriam o espaço da gestão como principal centro decisório do sistema. Mesmo que a lei ou as normas estabeleçam que os conselhos são os locais nos quais se decidem as políticas de saúde, na prática isso não acontece (CÔRTEZ, 2009, p. 15).

Esse argumento aproxima-se em muito do que se constata ao retomar os relatórios das últimas conferências de saúde, onde constantemente a questão da falta de autonomia e engessamento dos conselhos às decisões do Executivo é referida.

A questão da autonomia dos conselhos também é retomada no relatório da XI CNS. O documento destaca que muitos conselhos não possuem orçamento próprio e ainda permanecem sendo instituídos por decretos e não através de leis. Ressalta, ainda, a falta de compromisso político e perfil inadequado de alguns gestores, onde impera a irresponsabilidade com os mecanismos de gestão democrática e participativa do SUS.

Ou seja, segue a dança “agonizante”! Trata-se de um confronto, por um lado entre o processo de institucionalização da participação e do controle social e, por outro, das capturas e aprisionamentos que caracterizam a faceta instituída – leia-se, enrijecida, burocratizada, paralisante - das instituições. Por isso que a etimologia do protagonista, enquanto “agonia de um lutador”, ajuda-nos a pensar esse jogo ambíguo, que se apresenta ora em sua faceta inventiva, ora em sua dimensão perversa e aniquilante, mas que é intrínseco a essas formações humanas que são as instituições.

Seguindo a trilha dos relatórios, na XII CNS, realizada em 2003, o eixo VI sobre controle social e gestão participativa reafirmou o que as demais conferências vinham defendendo. Defendia o município enquanto “(...) espaço para a construção de uma rede de participação social de grande capilaridade, entrelaçando as diferentes instâncias de gestão em saúde, articulada ao conjunto das outras esferas” (BRASIL, 2004, p. 101).

Assim como as demais, defende a necessidade de qualificar o controle social, criando mecanismos eficientes de escuta ao cidadão usuário, reformulando a dinâmica das ouvidorias do SUS. Outro elemento sugerido é “(...) a criação em cada instituição do SUS de processos de ampliação da participação dos profissionais e funcionários na gestão (...)” (BRASIL, 2004, p. 101).

Nossa última Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, representou, na opinião do então Ministro da Saúde José Gomes Temporão, “(...) o ápice do desenvolvimento e do amadurecimento da sociedade brasileira no que diz respeito às discussões e deliberações democráticas sobre as políticas públicas de saúde do País” (BRASIL, 2009, p. 7). Também para Francisco Batista Júnior, o primeiro presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e não mais pelo Ministro da Saúde, esse fato representa “uma conquista social sem precedentes” (BRASIL, 2009, p. 9). Para o conselheiro, a tônica da XIII CNS foi o alto padrão dos debates e discussões em torno de questões vitais para o avanço do SUS, dentre as quais destacou: as deliberações sobre a intersetorialidade; a inversão do modelo de atenção; a regulamentação do financiamento do SUS; o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira única do SUS (BRASIL, 2009, p. 10).

Um dos eixos privilegiados de discussão desta XIII Conferência foi a participação da sociedade na efetivação do direito à saúde, consagrando várias páginas de propostas e moções aprovadas pelos participantes. Dentre as ações e diretrizes que compõem esse eixo, destaco uma em especial, visto aproximar-se do tema desta dissertação:

1. Apoiar e incentivar a participação social no movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com a criação de entidades que incorporem usuários, familiares e profissionais de saúde, para garantir a extinção de qualquer tratamento violento e invasivo em saúde mental (BRASIL, 2009, proposta 11, p. 159).

Percebe-se, após todo esse apanhado retrospectivo, a evolução e o amadurecimento do entendimento do papel essencial da participação para um controle social de qualidade, reverberando em ganhos em sua institucionalidade.

Sendo assim, a partir dessa breve retomada do modo como a participação social comparece nos relatórios das conferências, passemos a um panorama atual da participação social no SUS, através da análise empreendida por pesquisadores da área de alguns mecanismos participativos em municípios brasileiros.

1.2 Que participação temos hoje no SUS?

Goulart (2010) dedica-se a traçar, em um amplo artigo, os principais dilemas da participação social atualmente, trazendo uma série de pesquisas que vão dando base empírica aos posicionamentos do autor. Na mesma linha de raciocínio de Côrtes (2009), o autor constata inúmeras irregularidades e fraturas nos processos de participação, chegando à seguinte questão:

(...) devem os conselhos se constituir como fóruns autônomos, plenárias de debates, assembleias permanentes, etc., destinadas ao aprofundamento político, conceitual, filosófico dos temas sanitários, mas cujas decisões terão

apenas implicações remotas (se tanto) sobre a condução do sistema de saúde? Ou, de forma oposta, o que realmente importa não seria influenciar de fato, com foco na práxis da gestão? (GOULART, 2010, p. 30).

O autor ressalta, assim como os relatórios das conferências, um acentuado processo de institucionalização e burocratização dos conselhos, resultando em uma “(...) espécie de reinvenção da tutela, da subalternidade e da dependência na relação entre Estado e sociedade. Os conselhos passam a agir como meros espaços de disputa por recursos públicos” (GOULART, 2010, p. 22).

Nisso, o depoimento a seguir concorda com o posicionamento do autor:

(...) eu acho que esses locais instituídos, por exemplo, o próprio serviço de saúde mental, a associação dos usuários, o conselho de saúde, eles não podem ser instituições assim muito burocráticas, tem que ter essa coisa do cuidado, né, de estimular as pessoas, estimular a autonomia e eu acho que o maior entrave é isso. Eu acho que esse seria assim, dos movimentos sociais que eu vejo, que os conselhos de saúde, às vezes, se tornam muito burocráticos. Eles não trabalham a questão da grupalidade, do associativismo, da associação, da importância das ideias de cada um para formar o todo. Não sei, eu vejo meio por aí (T1).

Van Stralen et al. (2006), ao pesquisarem a efetiva participação dos conselhos municipais de saúde no processo de formulação e gestão das políticas públicas em nove municípios dos Estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, apresentaram conclusões que se aproximam dos posicionamentos acima.

De acordo com os autores, a pesquisa indicou que alguns conselhos de saúde deixaram de se constituir enquanto arena política “(...) onde os diversos grupos de interesse se confrontam e negociam suas propostas e tende a se tornar um espaço onde, predominantemente, trabalhadores e usuários vocalizam suas demandas” (VAN STRALEN et al., 2006, p. 625).

Neste sentido, indicam, também, certa elitização dos conselhos, devido à predominância de representação de setores com maior qualificação e capacitação de organização, visto que certos conselheiros possuem maior grau de instrução do que a média dos usuários do SUS. “Esta elitização não se refere apenas ao grau de instrução,

mas se vincula também à profissionalização dos conselheiros, expressa pela baixa rotatividade dos conselheiros e pelo crescente distanciamento entre representados e representantes” (VAN STRALEN et al., 2006, p. 627).

Como conclusões do estudo, os autores sinalizam avanços e complicadores para o controle social. Assim como Goulart (2010), pontuam o processo de institucionalização, que restringe a participação direta dos cidadãos, afirmando que mesmo incluindo novos sujeitos sociais, excluem setores não organizados:

A restrição à participação direta nas conferências, a distância entre conferência e conselho de saúde e a redução a uma instância que vocaliza principalmente demandas de trabalhadores e usuários têm afastado os conselhos do seu projeto inicial, qual seja, o de se tornar um espaço de negociação e discussão entre grupos de interesse, com a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários (VAN STRALEN et al., 2006, p. 630-631).

Quanto aos avanços no processo de solidificação do controle social, os autores destacam que mesmo burocratizados, os conselhos não esgotam seu potencial de promover a participação em saúde, reafirmando os princípios do SUS: “Este potencial efetiva-se quando o conselho se encontra articulado com gestores que compartilham da proposta de democracia participativa e que procuram ativar a participação através de experiências inovadoras concretas, tais como a criação de fóruns permanentes” (VAN STRALEN et al., 2006, p. 631).

Entretanto, aqui a participação ainda depende da boa vontade de gestores que “compartilhem” dos ideais de uma gestão participativa e inclusiva. Ainda agoniza!

Outro grupo de pesquisadores produziu um estudo acerca da concepção de participação social na visão dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. Vásquez et al. (2003), assim como os demais autores acima citados, indicam que, embora tenhamos avançado em termos legais e constitucionais, ainda permanece um “nó crítico” em relação à participação da população, devido ao “(...) descompasso entre o avanço e as conquistas obtidas no plano legal e a prática cotidiana nos serviços de saúde, que é expressão dos resultados obtidos na implementação da política” (VÁSQUEZ et al., 2003, p. 580).

Ou seja, macro e micropolítica precisam se entender, precisam dialogar em sua mútua complementaridade.

Nisso o posicionamento de Goulart (2010) aproxima-se ao dos autores:

(...) parece ocorrer grande distância entre a realidade, e mais ainda, entre o que dizem as leis e o que se depreende das práticas participativas reais do país, de um lado e, de outro, o pensamento (ou o desejo) daqueles que estão imersos no cotidiano da participação social em saúde (GOULART, 2010, p. 27).

Os autores constataram que os conceitos e opiniões de usuários e líderes comunitários sobre participação social em saúde enfatizavam aspectos como o dever, a solidariedade e a colaboração com os serviços de saúde, refletindo, por um lado, “(...) a evolução histórica do Brasil com sucessivos governos autoritários e negação de direitos, mas também a atuação tradicional dos serviços de saúde que promoveram a participação como ajuda aos próprios programas” (VÁSQUEZ et al., 2003, p. 589).

O seguinte depoimento parece aproximar-se desse sentido de participação enquanto dever. Quando questionado sobre o que pensava acerca da possibilidade de participar das assembleias dos usuários do CAPS, esse usuário referiu-se da seguinte maneira:

Pra mim é bom, eu gosto de tudo. Eu gosto daquilo que faço, né. E pra nós é uma alegria que temos de poder cumprir com nosso dever, nosso trabalho e eles [trabalhadores do CAPS] ajudam muito nós e nós ajudamos eles (U3).

Embora ressalte a participação em diversas atividades promovidas pelo CAPS, o depoimento sugere, também, o risco de burocratização dessa participação, podendo incorrer naquilo que Barros (2003) e Pande & Amarante (2010) destacam enquanto a nova cronicidade dos CAPS.

Pesquisa mais recente, realizada por Damasceno et al. (2010), propôs trabalhar o tema do controle social em pequenos grupos de uma comunidade atendida por uma unidade saúde da família (USF) do município de João Pessoa, na Paraíba. Utilizando-se das casas dos usuários (denominadas pelas autoras de casas de apoio) para realizarem rodas de conversa sobre o tema, as autoras propuseram-se a “(...) identificar os fatores dificultadores para a efetivação da participação da população no controle das

atividades desenvolvidas pela USF local, visando à promoção da saúde” (DAMASCENO et al., 2010, p. 62).

A abordagem metodológica adotada pelas autoras, também atenta aos processos micropolíticos da participação, possibilitou incluir os usuários no fomento de processos de reflexão e construção coletiva do saber acerca das possibilidades de participação nas decisões e planejamento do serviço de saúde que lhes atende.

Como resultados, as autoras apontaram a insatisfação dos usuários com o serviço, o medo de manifestar opiniões e a falta de informação, enquanto principais dificultadores para a efetivação de uma melhor participação da comunidade no controle social local. Aqui cabe bem a figura do “lutador agoniado”! O protagonista, neste caso, é certamente o último a falar.

Contudo, para Vásquez et al. (2003), embora se encontre esse cenário, outros conceitos sinalizam mudanças nas concepções de participação social. Conceitos como mobilização da população, reivindicação de direitos e fiscalização da atuação dos serviços encontram-se mais próximos dos objetivos de participação idealizados pelo movimento sanitário:

Estes resultados parecem indicar que, se ainda persistem os conceitos tradicionais de participação, como adaptação aos serviços de saúde, paralelamente existem outros conceitos que supõem uma posição diferente e também um potencial sobre o qual se deve agir para ampliá-los (VÁSQUEZ et al., 2003, p. 589).

Bosi & Affonso (1998), ao pesquisarem a questão da cidadania e da participação sob a visão dos usuários de unidades de saúde do Rio de Janeiro, destacaram o papel estratégico das relações cotidianas no processo de construção de espaços de cidadania. Neste sentido, as autoras afirmam que:

(...) parece-nos estratégico, no caso do setor saúde, o espaço micro da participação representado por relações cotidianas, como as que se estabelecem nos serviços de saúde. O cotidiano enquanto experiência de vida torna-se fundamental à localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções, ao mesmo tempo em que representa um espaço de luta, de exercício de poder (...) (BOSI & AFFONSO, 1998, p. 356).

Próximo a essa discussão acerca do papel micropolítico das relações de força presente nos espaços de participação, Lacerda & Santiago (2007) apresentaram resultados que se aproximam dos potenciais da participação referidos por Vásquez et al. (2003).

Para Lacerda & Santiago (2007, p. 198), a questão da participação remete à temática da construção social do direito à saúde, como exercício de cidadania. Para os autores, “o processo de construção do direito à saúde insere-se, portanto, no espaço micro das relações entre usuários, profissionais e conselheiros de saúde, imersas nos significados que aí são reproduzidos e continuamente reinterpretados”.

Os autores pesquisaram a percepção dos conselheiros comunitários de saúde, profissionais e usuários de duas unidades básicas de saúde da família do município de Campina Grande, na Paraíba, acerca da participação social. Um dos objetivos da pesquisa foi identificar o nível de participação dos usuários nas ações desenvolvidas pelos grupos educativos das unidades de saúde.

Os resultados intrigam, visto que contrastam com os apresentados por Damasceno et al. (2010), também no Estado da Paraíba. De acordo com Lacerda & Santiago (2007), as atividades promovidas pelos grupos educativos nas unidades de saúde da família:

(...) agregam várias pessoas da comunidade com vistas ao enfrentamento do processo saúde-doença, configurando-se como espaços para o trabalho de promoção e prevenção da saúde, permitindo possibilidades de avanços na perspectiva de participação popular dos sujeitos que deles tomam parte, traduzindo-se na melhoria das ações desenvolvidas pela USF (LACERDA & SANTIAGO, 2007, p. 204).

Os autores defendem que o processo de participação na gestão local dos serviços de saúde vem sendo modificado nas duas localidades do município de Campina Grande, à medida que os comunitários ocupam os espaços de participação:

Os discursos dos entrevistados indicam que os grupos educativos são espaços onde os usuários conseguem expressar suas falas, atingindo uma dinâmica de discussão em torno de seus desejos e anseios e, ao mesmo tempo, compreendendo que o elemento da participação nas ações desenvolvidas pelo PSF é um caminho a ser trilhado, construído (LACERDA & SANTIAGO, 2007, p. 204).

Conforme é possível perceber, há experiências exitosas, que demonstram a importância da participação para a mudança de nossa sociedade, assim como a presença de velhos atavismos que insistem em permanecer. Isso indica tanto a referida ambiguidade inerente ao processo de institucionalização, quanto à perspectiva de que se encontrem “novas saídas” aos riscos de enrijecimento que aí se apresentam. Agonia de um movimento que, vale assinalar, mantém, ainda, algo do caráter de movimento.

É importante ressaltar as duas concepções de participação: uma que se resume ao plano molar (macropolítico) da formação de leis, daquilo que está instituído e formalizado socialmente, e outra que inclui o plano micropolítico, das relações de forças entre sujeitos desejantes, compondo formas de subjetivar mais ou menos participativas. Uma concepção no plano da cidadania (jurídico) e outra no plano das singularidades (subjetiva). São abordagens que diferem sem, contudo, divergirem e necessárias uma à outra.

Ou, dito de outra forma:

(...) os fóruns não existiriam não fosse a estrutura institucional que os criou e somente haverá participação se houver organização da sociedade civil. Em certos casos podem ocorrer resistências das autoridades municipais de saúde em relação à participação dos usuários e mesmo assim ela ocorrer em função da pressão dos movimentos sociais (CÔRTEZ, 2002, p. 38).

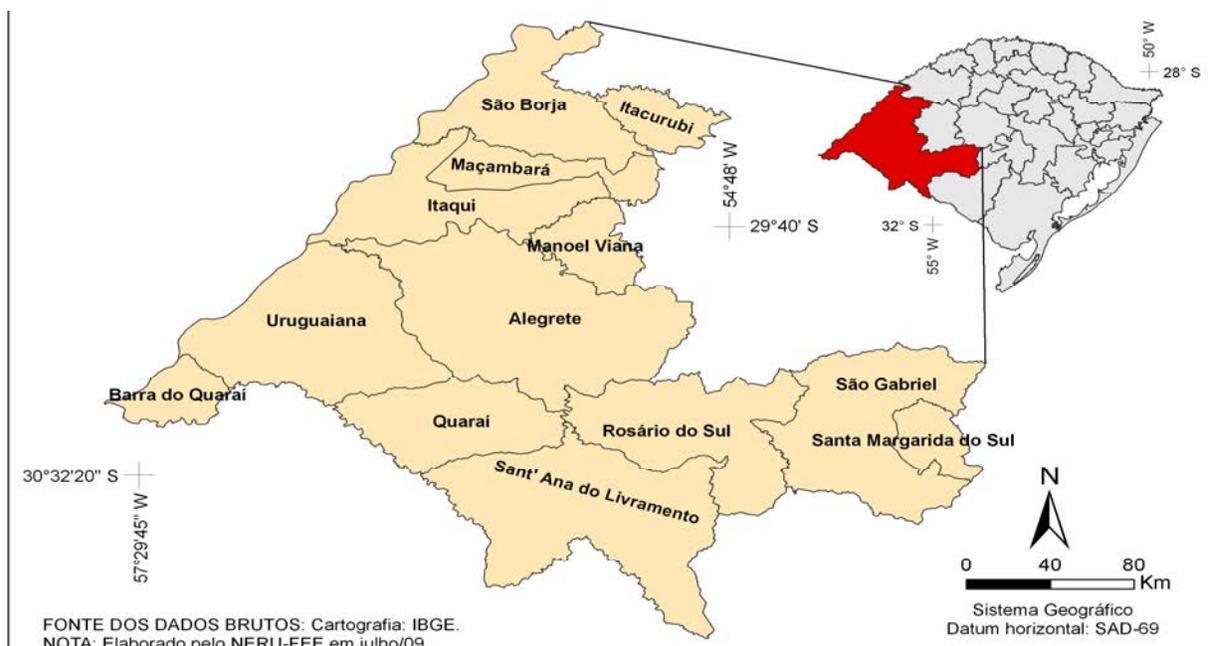
Essas discussões sugerem a necessidade de aprofundar a questão do processo micropolítico que envolve a participação em saúde, entendida enquanto processo de subjetivação.

Nesse sentido, concordamos com Guattari (2010) quando nos ensina que a “(...) produção molar de subjetividade é acompanhada necessariamente de uma negociação mínima de processos moleculares” e que “toda problemática micropolítica consistiria, exatamente, em tentar agenciar os processos de singularização no próprio nível de onde eles emergem” (GUATTARI & ROLNIK, 2010, p. 151-153).

1.3 Da agonia de um trabalhador, de uma usuária, de um município: que participação é essa?

Voltando, agora, nosso olhar menos ao conceito de participação e à forma genérica – plano molar – com que ele se apresenta na realidade da saúde brasileira e mais para o modo como ele é (ou não) encarnado pelos atores que corporificam a experiência de construção do SUS, o relato a seguir remete à vivência de uma experiência de participação do próprio pesquisador em uma conferência de saúde mental. O que segue refere-se aos “bastidores” da organização da conferência de saúde mental do município onde trabalho.

Trabalho no município de Manoel Viana, região da fronteira oeste do RS. Faz divisa com os municípios de Alegrete, Maçambará, Itaqui e São Francisco de Assis. O município foi emancipado no ano de 1992 e possui em torno de 8.000 habitantes. Assim como os demais municípios desta região do Estado, apresenta condições geográficas e ambientais favoráveis à agricultura, sendo banhado pelo Rio Ibicuí.





Vista da Ponte General Osório – Rio Ibicuí – Município de Manoel Viana.
Maiores informações em: www.manoelviana.rs.gov.br

O município encontra-se vinculado à 10ª. Coordenadoria Regional de Saúde (10ª. CRS), localizada no município de Alegrete, sendo referência em saúde mental para o município de Manoel Viana, que encaminha usuários para sua rede de serviços psicossociais, além de utilizar os leitos psiquiátricos do Hospital Santa Casa, quando necessário.

Como único psicólogo concursado do município, toda a demanda de atenção à saúde mental da cidade me é encaminhada, através da Secretaria de Saúde e Assistência Social em que sou lotado.

A rede de saúde de Manoel Viana conta com duas Estratégias Saúde da Família (ESF), um Pronto-Atendimento Municipal e um centro para atendimento a crianças com necessidades especiais, onde atua uma equipe multiprofissional: psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicopedagoga, equipe de limpeza e atendimento ao público. Esse serviço está atrelado à Secretaria Municipal de Educação. Como sou lotado na pasta da Saúde, não pertencço a esse serviço, desempenhando minhas atividades em conjunto com os serviços de saúde propriamente ditos.

Como mencionado na introdução, no ano de 2010 o Brasil retomou o processo de realização das conferências de saúde mental. Desse modo, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o apoio de alguns parceiros da Secretaria

da Saúde, foi possível organizar a conferência municipal e propiciar um espaço de apresentação e discussão de temas e propostas para a saúde mental do município.

No dia da conferência, uma cena em especial ilustra os tropeços que ainda enfrentamos quanto à relevância de um espaço aberto à comunidade e destinado, essencialmente, a pensar, discutir e propor alternativas para a melhoria da promoção à saúde.

No momento solene da abertura, como presidente da comissão organizadora, me é concedida a palavra, onde procuro destacar a importância da realização desta conferência para o município. Enfatizo que vivemos um momento de retomada das discussões sobre a saúde mental, congregando as etapas municipais e estaduais das conferências de saúde mental, até a realização da conferência nacional, em Brasília. Sigo concedendo a palavra a cada autoridade presente: o vice-prefeito, o secretário de governo, o presidente do CMS, representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES) e representantes da Câmara de Vereadores. Somente duas autoridades municipais não se fazem presentes por motivos de viagem: a prefeita e a secretária de saúde!

Ratificando, ainda, o que o percorrido acima trabalhado destacou quanto à relação dos gestores com as instâncias formais de participação, após as formalidades, nenhum representante do Executivo permaneceu, restando a condução de toda a conferência, basicamente, aos profissionais e aos conselheiros de saúde.

Em artigo que discute a implantação da Política Nacional de Saúde Mental em dois municípios de pequeno e médio porte no Estado de São Paulo, a compreensão de Luzio & L'Abbate (2009) cabe, perfeitamente, à análise da condição “agonizante” da participação em Manoel Viana:

Mas se, de um lado, os municípios têm encontrado dificuldades para cumprir as suas atribuições, de outro, os gestores municipais nem sempre estão comprometidos suficientemente com a política nacional de saúde, de modo a implantar as propostas do Ministério da Saúde para consolidar o SUS (...). Mas, sem dúvida alguma, é imprescindível que os governos municipais rompam com um modelo de administração pública centrado na conservação e nas pequenas intervenções no espaço urbano, na construção de grandes obras, no fisiologismo político, assumindo um projeto de governo autônomo, centrado em políticas sociais e voltado para a melhoria de vida de toda a população (LUZIO & L'ABBATE, 2009, p. 113-115).

Os mesmos trabalhadores que organizaram a conferência, nos quais me incluo, solicitaram, então, uma reunião com a secretária, a fim de discutir as propostas contempladas no relatório, além de proporem um grupo de trabalho em saúde mental para planejar algumas ações sugeridas. A reunião foi realizada, porém, a organização do grupo e a continuação do trabalho permaneceram apenas no papel, sem apoio e incentivo por parte da gestão. Isso sugere o grau de valorização dos espaços de participação no município.

Fica aqui evidenciada minha posição desconforme, portanto nada neutra, tanto quanto dos demais atores que me acompanharam no episódio narrado, com o descaso atribuído pelos gestores à instância máxima de participação social nas políticas de saúde mental do município em questão. Cabe, por isso, destacar a importância do conceito de implicação associado à explicitação dessa cena analisadora, visto que, para a análise institucional, as relações entre objeto de pesquisa e pesquisador interferem-se mutuamente. Uma vez inserido no campo de pesquisa, o pesquisador torna-se um observador implicado, “(...) sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o”, devido à “(...) tudo o que lhe é dado por sua posição nas relações sociais” (ALTOÉ, 2004, p. 83-85). Ainda mais quando esse pesquisador aglutina a função de trabalhador da saúde no município onde empreende a análise.

Nisso as palavras de Lourau (ALTOÉ, 2004) tornam-se elucidativas:

(...) quando dizemos que o analisador deve substituir o analista – de qualquer modo, na realidade é sempre o analisador que dirige a análise –, queremos indicar, como regra fundamental, que o analista não deve procurar subtrair-se aos efeitos analisadores do dispositivo de intervenção (ALTOÉ, 2004, p. 84).

Ou seja, explicitar a rede institucional, onde me encontro vinculado, transforma-se em importante recurso analítico para o entendimento do objeto desta pesquisa. Possibilita, ao menos, tracejar algumas linhas sutis que compõe a análise da instituição participação em saúde mental, em suas relações entre o instituinte e o instituído, a fim de analisar seu processo de institucionalização. Ou como aponta Lourau (ALTOÉ, 2004, p. 73): “a alienação social significa a autonomização institucional, a dominação do instituído fundada no esquecimento de suas origens, na naturalização das instituições. Produzidas pela história, elas acabam por aparecer como fixas e eternas (...)”. Com

isso, o conceito de análise de implicação potencializa a desnaturalização desse processo institucional.

Neste sentido, a falta de autonomia, enclausurada em um modelo de gestão centralizado na figura das autoridades formais na hierarquia da saúde no município, retrata o processo de institucionalização da participação em Manoel Viana.

Quanto às relações entre autonomia e gestão, Onocko Campos & Campos (2008), ajudaram-me a pensar sobre isso:

(...) devemos ressaltar que as relações de gestão muitas vezes também escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, abaixadas, sobre equipes e gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resoluções de certa administração. Os espaços para a tomada coletiva de decisões continuam a ser escassos e pouco investidos. (...) Ainda existem, e tem grande capacidade de reprodução por facilitar a utilização partidária ou corporativa do sistema, modalidades de gestão com pouco controle social e qualificação técnica (ONOCKO CAMPOS & CAMPOS, 2008, p. 682).

Luzio & L'Abbate (2009) reforçam o posicionamento dos autores acima:

As conferências de saúde dessas cidades vêm sendo espaços importantes de participação popular e para deliberações, visando à construção de uma política local para os vários setores da saúde. No entanto, elas ainda não conseguem desempenhar seu papel de co-participante de fato no processo de construção da política local de saúde e da atenção psicossocial (LUZIO & L'ABBATE, 2009, p. 113).

Uma análise do que temos instituído em nossas práticas ajuda a pensar acerca dos fatores que podem contribuir para a manutenção dessa realidade, assim como pontuam Oliveira & Conciani (2009):

A idealização de municipalização presente no início da reforma sanitária mostrou logo suas fragilidades. Entre os fatores que contribuíram para isto estão: a) a realidade do processo de municipalização muitas vezes reduzida à instância de barganha política de grupos locais; b) a “prefeiturização” do sistema de saúde, quando o município reproduz a lógica da hierarquia anterior e a conseqüente desconcentração em lugar da descentralização (...) (OLIVEIRA & CONCIANI, 2009, p. 322).

Essa questão da “prefeiturização” me fez recordar um comentário de uma usuária durante a conferência.

Para iniciar a discussão sobre saúde mental, a palestrante convidada para a conferência trouxe algumas fotos de Manoel Viana e deteve-se, por mais tempo, em uma foto específica de uma estátua que se encontra na frente do prédio da prefeitura. Utilizou-a para abordar o que entende por saúde mental.

Na opinião da usuária, aquela era exatamente a expressão da situação da saúde no município: tudo girava em torno da prefeitura. A visão que as pessoas têm de saúde, para ela, é a oferta de atendimento médico e receita de medicamentos. Ou seja, fora da prefeitura, não haveria salvação!

Essa mesma usuária foi eleita delegada, representando o segmento usuários, para a etapa estadual da conferência de saúde mental. Simbolicamente, e, de alguma forma, referendando várias das conclusões a que as pesquisas sobre participação supracitadas encontraram no resto do país, essa usuária – que seria única representante do município nas etapas estadual e nacional⁶ - acabou não podendo ir à conferência estadual em virtude da falta de “recursos financeiros” da Secretaria de Saúde para subsidiar sua participação.

Outro detalhe elucidativo do que aqui se estuda: a estátua, a que ela se refere, é a de uma mãe com seu filho no colo!

⁶ Devido ao número de habitantes de Manoel Viana, a comissão organizadora da III Conferência Estadual de Saúde Mental (III CESH) destinou apenas uma vaga para delegado para municípios com até 10.000 habitantes, devendo ser destinada exclusivamente ao segmento usuários.



Fonte: arquivo do pesquisador

Retrato da “agonia” de uma lutadora. E por que não, também, de um lutador?

2. MICROPOLÍTICA DA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Fico triste de ver que muitos usuários não têm 'voz ativa' de verdade em assuntos pertinentes à saúde mental (...).

Em maio deste ano realizou-se, em um dos berços do movimento da Reforma Psiquiátrica do RS, a III Conferência Estadual de Saúde Mental (III CESM), em São Lourenço do Sul.

O Eixo 3 da conferência - “Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial” – foi aberto com a palestra ministrada pelo professor Eduardo Mourão Vasconcelos, que destacou toda uma série de questões fundamentais para o adequado processo de consolidação da reforma.

Reforçou que a saúde mental deve avançar enquanto movimento de transformação da sociedade e que a Reforma Psiquiátrica não se resume apenas à extinção dos hospitais psiquiátricos, mas, essencialmente, trata-se de um movimento social, que visa à construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Nesse sentido, Vasconcelos (2010) defendeu a intersectorialidade como ferramenta para a efetividade e resolutividade de muitas práticas, especialmente àquelas relacionadas à garantia dos direitos dos usuários.

O desafio atual, para Vasconcelos (2010), é pensar formas de como estimular, nos CAPS, maior poder contratual dos usuários, seja através de grupos de ajuda e suporte mútuos, seja de iniciativas como o “cartão crise”, ou mesmo a abertura de espaços de ouvidoria nos serviços de saúde mental.

Tal entendimento converge ao tema desta dissertação na medida em que se trata de potencializar certas formas de exercício de protagonismo dos usuários, visto que *não basta o usuário ser ouvido, mas também precisamos avaliar como sua voz repercute, como isso é visto, valorizado no serviço.*⁷

⁷ Diário de campo do pesquisador. Conversa com colega durante painel de apresentação do Eixo 3 da III Conferência Estadual de Saúde Mental. São Lourenço do Sul, 20 de maio de 2010.

No entanto, a fim de realmente viabilizar tais iniciativas, Vasconcelos (2010) pontuou também um dos principais paradoxos enfrentados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, quando adentramos no terreno dos direitos dos “loucos”.

Mesmo com os inegáveis avanços no campo da legislação e implantação de serviços substitutivos e construção de redes de atenção psicossocial pelo Brasil afora, ainda permanecem antigos fantasmas manicomiais: a incapacidade civil e a imputabilidade penal atribuídas aos sujeitos portadores de sofrimento psíquico.

De acordo com De Tilio (2007), a lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), apesar de todas as suas conquistas, não conseguiu modificar o status sócio-jurídico dos “loucos”:

(...) este é ainda definido pelos Códigos Penal e Civil brasileiros que podem para tais indivíduos fazer cessar no plano civil a capacidade contratual ao acometido (*interdição*) e/ou determinar se o mesmo em casos de atos ilícitos criminais deve ser internado em instituição de tratamento sem estabelecer previamente o tempo de internação (*medida de segurança*) devido à sua periculosidade. A lei 10.216/2001 atua sobre as possíveis consequências, garantindo direitos e tratamento digno, e não sobre as definições estatutárias dos portadores de transtornos mentais (DE TILIO, 2007, p. 196, grifos do autor).

Como a problemática desta pesquisa situa-se em torno dos direitos sociais e possibilidades de maior e melhor participação civil do portador de doença mental em seu território, as discussões se concentrarão neste aspecto do problema.

Desse modo, fazendo um breve recorrido histórico, o Código Civil Brasileiro de 1916 (BRASIL, 1916), em seu artigo 5º expressa a concepção de loucura vigente à época ao atribuir a incapacidade absoluta aos “loucos de todo gênero”. Naturaliza, assim, uma questão histórico-cultural construída sobre o entendimento de que os “loucos” são sujeitos completamente despossuídos das condições mínimas de convívio e adequação sociais. Ou seja, a todo e qualquer tipo de “louco” faltaria a capacidade de se responsabilizar por seus atos. O sujeito “louco” é, dessa forma, generalizado e reduzido à condição de alienado mental e, naturalmente, apartado da vida em sociedade.

Felizmente, o novo Código Civil (BRASIL, 2002) trouxe algumas mudanças na maneira reducionista que tratou a questão nas últimas décadas.

Em seu artigo 3º., Livro 1, Capítulo 1 – Da Personalidade e da Capacidade – redefine os critérios para a incapacidade absoluta para exercer os atos da vida civil. São considerados incapazes, portanto:

1. Os menores de dezesseis anos;
2. Os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
3. Os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Já em seu artigo 4º, define como incapazes, relativo a certos atos ou à forma de como exercê-los:

1. Os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
2. Os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
3. Os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
4. Os pródigos (BRASIL, 2002, p. 4).

Desse modo, esse tem sido um dos principais paradoxos para o avanço na mudança social desejada pelo movimento da reforma: o paradoxo da conquista de direitos sociais (garantidos através da Constituição de 1988 e com as leis do SUS) a par da noção de usuário da saúde mental / alienado / deficiente mental, portanto, incapacitado de pensar e compreender a realidade.

Sobre essa questão, Lancetti & Amarante (2008) são bastante claros ao destacarem, resumidamente, as origens filosóficas e históricas presentes nesse paradoxo:

(...) com a superação da estrutura monárquica e feudal, com o advento do Iluminismo e do Racionalismo, nomear alguém de alienado poderia significar dizer que ele estava incapaz de participar da sociedade. Na Idade da Razão, o conceito de alienação seria suficiente para excluir as pessoas identificadas como tais. Efetivamente, para Pinel, a alienação mental seria fruto, não de uma perda total da Razão, mas de um distúrbio na Razão. (...) Por outro lado, aventar a possibilidade de uma pessoa Sem-Razão, ou desprovida da Razão, em outras palavras, irracional, implica aproximá-la da ideia de animalidade que, de acordo com o senso comum, é sinônimo de irracionalidade (LANCETTI & AMARANTE, 2008, p. 619).

Amarante (1995), em texto em defesa da reforma nos seus primeiros anos de enfrentamento, afirma que a concepção de doença mental era sinônimo de erro da razão, logo, da possibilidade de livre-arbítrio. “Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão” (AMARANTE, 1995, p. 491).

Neste sentido, Oliveira & Alessi (2005), em artigo onde buscam analisar as possibilidades de efetivação dos direitos de cidadania dos usuários de saúde mental, pontuam certas considerações pertinentes:

A cidadania era então um atributo dos iguais – racionais, normais. Aos alienados – despossuídos de razão – não se cogitava a cidadania, essa entendida como cidadania política liberal, de participação nas decisões sociais. (...) Tal paradoxo se explicita na concepção de que a cidadania, fundada em princípios liberalizantes, pressupõe a liberdade e a igualdade como seus atributos básicos (...) (OLIVEIRA & ALESSI, 2005, p. 192 e 195).

Portanto, se cidadania corresponde à igualdade, à construção de formas de vida para “iguais”, jamais a loucura poderia fazer parte desta seara “democrática”! Ela não combina com isso e, naturalmente, os asilos e as casas de internação tornar-se-iam os espaços ideais para o depósito da diferença (FOUCAULT, 2000).

A esse impasse, Pelbart (1991, p. 133) atribui uma tentativa de “homogeneização do social”, visto compreender a desrazão (no lugar de loucura) enquanto “(...) uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além”.

Logo, ao “louco” caberia, a “incumbência” de carregar essa dimensão desarrazoada produzida por nossa cultura, enquanto fechamos os olhos ou fingimos não nos incomodar “(...) frente à estranheza, (...), a transgressão absoluta, a disrupção do humano – tudo isso que uma série de razões históricas tem sido o encargo simbólico dos loucos” (PELBART 1991, p. 134).

Na esteira desse raciocínio que problematiza as relações entre alteridade, cidadania e democracia, Rolnik (2009b, p. 4) afirma que “(...) torna-se impossível pensar a subjetividade sem o outro, já que o outro nos arranca permanentemente de nós mesmos”. Ou seja, para construirmos uma sociedade que se diga justa e

democrática, a exclusão do “devir-outro” deveria ser, no mínimo, repensada. A dimensão desarrazoada da subjetividade, nessa perspectiva, seria constitutiva do tecido social e, como tal, deveria não apenas não ser rejeitada, expelida da cena cotidiana, como justo seu contrário, ter outro lugar social.

Convergente a esta última compreensão, o presente capítulo buscará apresentar os dados produzidos no processo de pesquisa, visando compreender alguns aspectos micropolíticos da participação e os efeitos de subjetivação e produção de protagonismo deles decorrentes.

2.1 Percurso metodológico

Conforme mencionado na introdução, a pesquisa baseou-se no referencial da Análise Institucional, no método da cartografia e da pesquisa-intervenção. Segundo essa abordagem, a construção de um objeto de pesquisa encontra-se, fundamentalmente, indissociado de seu próprio percurso metodológico. Um caminhar conjunto entre pesquisador e objeto: um jogo mútuo de afetações e interferências que vão dando os contornos de um objeto nunca totalmente apreensível.

É apostar na potência do *hódos-meta* (PASSOS & BARROS, 2009), que propõe a inversão do método (*metá-hódos*), indicando que o percurso metodológico se faz conforme se processam os encontros e efeitos do pesquisar sobre o objeto e o pesquisador, sem traçar antecipadamente os possíveis caminhos e resultados para a pesquisa. A pesquisa adquire, desse modo, um caráter de intervenção, visto considerar a “(...) inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir: toda pesquisa é intervenção” (PASSOS & BARROS, 2009, p. 17).

Também Rocha & Aguiar (2003) definem alguns dos pressupostos que nortearam a condução desta pesquisa:

(...) mudança de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, acentuando-se o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto, questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises do nível

psicológico ao microssocial – deslocamento estratégico do lugar que historicamente foi destinado ao psicólogo, ênfase na análise da implicação, acentuando-se que, para além dos vínculos afetivos, profissionais ou políticos, a análise se realiza com as instituições que atravessam o processo de formação (ROCHA & AGUIAR, 2003, p. 71).

Outro elemento importante para a realização das análises aqui empreitadas foi o conceito de implicação, que possibilitou melhor identificar e compreender os analisadores e instituições que se atravessaram durante o processo de pesquisa. Esse conceito propõe-se, exatamente, a problematizar o lugar ocupado pelo pesquisador/analista no jogo de forças presente no campo de pesquisa.

Assim como aponta Hess (ALTOÉ, 2004, p. 23), este conceito pressupõe o pesquisador “(...) como alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra”. E foi exatamente assim que me senti em diversos momentos durante o transcórre da pesquisa. As forças em disputa, os discursos e jogos de poder, a dinâmica instituído-instituente perpassaram meu corpo, não apenas as ideias. A “agonia” do protagonista também pôde ser sentida por mim algumas vezes. Assim como também as possibilidades de participar e o sentimento de “mero expectador” frente situações já naturalizadas.

Desse modo, é esclarecedor como Lourau (ALTOÉ, 2004) vai problematizando e ampliando o conceito:

Pois não é a implicação, cada vez mais claramente, o objeto de análise das relações que temos com a *instituição* e, antes de tudo, com nossa instituição de pertencimento mais próxima, aquela que possibilita nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação e de pesquisa? (...) a análise apreende outras relações: com nosso *campo de análise* e nosso *campo de intervenção*; com a *encomenda* e as *demandas* de tal ou qual população; com nosso *paradigma*, pouco ou muito afirmado; com os modos de difusão dos resultados, de *restituição* do ato de pesquisa (ALTOÉ, 2004, p. 239, grifos do original).

Já o conceito de analisador, que para Lourau evidencia a dinâmica invisível de forças perpassada nas instituições, pôde ser identificado através de algumas cenas e situações vivenciadas durante o processo de pesquisa. Tais cenas buscam indicar o tensionamento do jogo instituído-instituente, visto sinalizarem a possibilidade ou não de ocuparem determinadas posições sociais.

A ferramenta do diário de campo foi outro elemento utilizado em todos os momentos da pesquisa, tanto nos espaços de campo propriamente dito, quanto durante as conferências de saúde mental que participei, nos encontros e discussões do grupo de pesquisa na UFRGS, revelando-se um instrumento importante para acompanhar os sutis processos de composição e realização de uma pesquisa.

Durante todo o processo de escrita da dissertação as cenas registradas, as observações e estranhamentos que me causaram, as falas de alguns usuários, os sentimentos que despertaram serviram de fio condutor para escrever.

Nesse sentido, concordo com Alvarez & Passos (2009) quando afirmam que:

A pesquisa cartográfica é menos a descrição de estados de coisas do que o acompanhamento de processos. A instalação da pesquisa cartográfica sempre pressupõe a habitação de um território, o que exige um processo de aprendizado do próprio cartógrafo. (...) Aprendizado no duplo sentido de processo e de transformação qualitativa nesse processo. Movimento em transformação (ALVAREZ & PASSOS, 2009, p. 135).

Além do diário de campo, outra ferramenta utilizada foi a aplicação do Questionário dos Incidentes Críticos junto à Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete. Esse questionário foi aplicado somente com os usuários membros da associação.

Essa técnica foi primeiramente desenvolvida pelo psicólogo americano John Flanagan (1973), que a caracterizou da seguinte maneira:

(...) a técnica do incidente crítico é essencialmente um procedimento para reunir certos fatos importantes relacionados com o comportamento em situações definidas. Deve-se dar ênfase ao fato de que a técnica do incidente crítico não consiste em um único conjunto rígido de normas que governam tal coleta de dados. De preferência, deve-se considerá-la como um conjunto flexível de princípios, os quais devem ser modificados e adaptados para cada situação específica (FLANAGAN, 1973, p. 109).

Para Flanagan (1973), uma das principais aplicações dessa técnica destina-se ao estudo de procedimentos de operações: “Dados completos detalhados a respeito de sucessos e fracassos que podem ser sistematicamente analisados são de grande importância para a eficácia e rendimento das operações. Tal informação pode ser

eficientemente coletada por meio da técnica do incidente crítico” (FLANAGAN, 1973, p. 133).

De acordo com Andraus et al. (2007, p. 575), “Incidentes críticos são situações relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo ser positivos ou negativos em função de suas consequências. Para cada incidente crítico identificam-se situações, comportamentos e consequências”.

Algumas pesquisas na área da saúde (GALERA & TEIXEIRA, 1997; GUANAES & JAPUR, 2001; MARTINS & CARVALHO, 2008; RIBAS et al., 2008) têm evidenciado o uso dessa técnica enquanto ferramenta capaz de fornecer ao pesquisador uma caracterização geral do campo de pesquisa.

Sendo assim, em determinado encontro da associação, apliquei o questionário, que consistiu em solicitar aos usuários que descrevessem uma situação em que se sentiram mais e menos participativos da rede de cuidados em saúde mental do município.

Solicitei que ampliassem o máximo possível a descrição dessa situação, buscando ressaltar como se sentiram, o que pensaram, se estavam acompanhados ou não. Enfim, todos os elementos que pudessem enriquecer a descrição da cena. Após a aplicação do instrumento, participei de outro encontro da associação, a fim de realizar a devolução com algumas análises prévias, e possibilitar a ampliação e discussão dos resultados. Além do questionário, realizei algumas entrevistas semi-estruturadas⁸ com trabalhadores, gestores e usuários.

A seguinte tabela propõe-se a apresentar as etapas da pesquisa de campo na associação e na assembleia dos usuários:

⁸ Confira, em anexo, os roteiros das entrevistas.

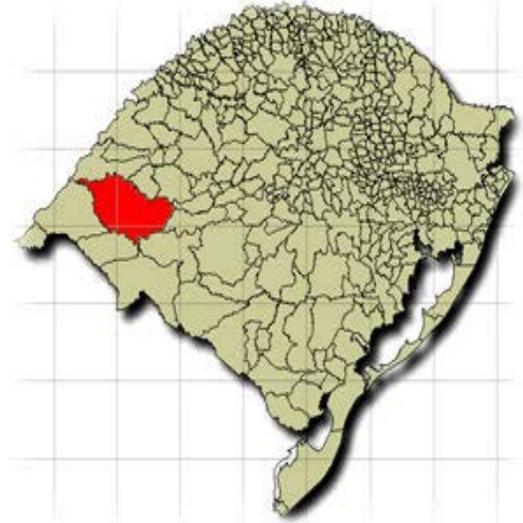
ENTREVISTAS	REUNIÕES ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS	QUESTIONÁRIO INCIDENTES CRÍTICOS ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS
3 usuários (2 da associação e 1 da assembleia)	Participação em 6 reuniões 2 reuniões foram canceladas	Aplicação de 9 questionários
3 trabalhadores de saúde mental	REUNIÕES ASSEMBLEIA DOS USUÁRIOS	1 encontro para devolução e discussão dos resultados
2 gestores: coordenação do CAPS II e coordenação geral do Sistema de Saúde Mental do município	2 reuniões 1 roda de conversa com os usuários	

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Psicologia da UFRGS, de acordo com a Resolução n°. 196/96 e Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia.

Todos os participantes da pesquisa preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido, que consta no anexo, sendo informados dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos e etapas da produção dos dados e da preservação de sua privacidade.

2.2 Não me perguntes onde fica o Alegrete...: caracterização do campo de pesquisa

Esses versos compõem uma das mais tradicionais canções gaúchas: *Canto Alegretense*⁹, emblema de um dos mais tradicionais municípios do Rio Grande do Sul. Município de gente acolhedora, sensível e guerreira. Lutadores que contribuíram para a construção da história de nosso Estado e promovem, já há 21 anos, uma verdadeira revolução. Uma revolução que resiste ao fantasma manicomial, à exclusão da loucura e ao aprisionamento da subjetividade.



Essa revolução indica que os ideais da Reforma Psiquiátrica são capazes de produzir mudanças nas vidas de milhares de pessoas, assegurando o cuidado com respeito, liberdade e atenção à singularidade dos sujeitos. São capazes de mudar uma cidade!

O movimento da saúde mental de Alegrete tem guiado e inspirado militantes em todo o Estado e servido de referência nacional, devido aos resultados obtidos através do desenvolvido dos pressupostos da reforma.

O município foi homenageado com a menção de reconhecimento de experiências exitosas em saúde mental, concedida pelo Ministério da Saúde no ano de 2009 a municípios de pequeno porte, que apresentaram rede de atenção psicossocial consolidada, com integralidade e efetividade. Essa menção teve como objetivo “dar visibilidade às práticas em atenção psicossocial que vem, nos últimos anos, obtendo êxito na constituição de redes de promoção, cuidado, reabilitação psicossocial e de cidadania (...)” (BRASIL, 2010a).

⁹ *Canto Alegretense*, versos de Antônio Augusto Fagundes e Bagre Fagundes. Disponível em: <http://www.alegrete.rs.gov.br> . Acesso em 18 mar. 2010.

Portanto, este fato reforçou as intenções de conduzir a pesquisa nesse território, focalizando a temática da participação dos usuários na constituição dessas possibilidades de existência psicossocial, que pretendo apresentar a seguir.

2.2.1 O território psicossocial de Alegrete

O município de Alegrete¹⁰ situa-se na região oeste do Estado do Rio Grande do Sul e tem uma população estimada em torno de 87.000 habitantes. É considerado, também, o maior município em extensão territorial do Estado, abrangendo 7.804 km² em campos próprios para a agricultura e pecuária.

Além de grande em território é vasto em história, datando suas origens a partir do ano de 1626, fruto das missões jesuíticas espanholas. Adquire autonomia política a partir de 1831, tornando-se ponto estratégico para o escoamento de produtos primários para os portos de Buenos Aires e Montevideú.

Entretanto, é com a Revolução Farroupilha que Alegrete se destaca na história do país e, especialmente, do Estado, tornando-se a terceira capital farroupilha da República Rio-Grandense (1842-1845). Com isso, a vila de Alegrete foi elevada à condição de cidade em 22 de janeiro de 1857.

Alegrete produziu, também, outra grande revolução. Revolução de sentidos, significados, abordagens de cuidar e entender a loucura.

O movimento de implantação do processo de Reforma Psiquiátrica em Alegrete iniciou no final da década de 80, através da mobilização de algumas pessoas interessadas em estudar as reformulações do sistema de saúde que culminou no SUS.

O depoimento de uma trabalhadora que protagonizou esta história esclarece o percurso inicial desse processo:

¹⁰ Informações disponíveis em: <http://www.alegrete.rs.gov.br> . Acesso em 03 fev. 2010.

Nós começamos com um grupo de estudos. Ele acontecia todas às terças-feiras e nesse grupo de estudos a gente estudava o SUS. Eu sei que foi em torno assim de um ano, um ano e pouco. A gente reunia pessoas que trabalhavam na saúde pública, que não trabalhavam na saúde pública, que trabalhavam na educação, enfim, era um grupo muito grande. Eram pessoas que gostavam de discutir sobre temas e nós fizemos este grupo de estudos, não sei nem da onde que surgiu. Depois de uma certa etapa, meio que dentro do grupo, houve umas correntes políticas, então os políticos ficaram na política e os técnicos ficaram como técnicos e alguns ficaram na política e na técnica. (...) eu lembro que na época, não sei se concomitante, mas teve o primeiro concurso público, onde foram contratadas 2 psicólogas. Aí nós montamos o serviço de saúde mental com um ambulatório de saúde mental na 10ª. CRS [Coordenadoria Regional de Saúde] e durante esse período a gente fez todo um estudo, um levantamento, nós fomos à Porto Alegre, lá tinha um seminário com a Sandra Fagundes pra exatamente tratar do movimento da luta antimanicomial e aí a gente começou a interferir no processo. Nesse período a gente continuou no estudo, no movimento, mas sempre participando da Conferência. Em 1992 teve a Conferência Nacional de Saúde Mental, nós fizemos a primeira conferência municipal, aí também foram discutidas muitas coisas, sempre trabalhando essa questão da integração da saúde com a educação, com a justiça. Eu acho que a saúde mental sempre manteve esse foco ampliado e depois, assim, o pessoal continuou sempre na luta antimanicomial. Depois começaram a haver os encontros em Porto Alegre e assim sempre foi desenvolvendo essa coisa de muita luta pra poder tá incluindo o doente mental, pra poder não tá internando (...) (T1).

Desse movimento inicial surgiram as primeiras alianças e negociações com a Coordenação da Política de Saúde Mental do Estado e com a intensa militância na Luta Antimanicomial, através da constituição do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (ALEGRETE, 2007).

Sintonizado com o movimento sanitário, Alegrete foi o primeiro município da fronteira oeste do RS a municipalizar os serviços de saúde, constituindo sua rede própria de atenção à saúde, no ano de 1992. E o movimento da saúde mental manteve-se, desde o início, afinado com essa história.

Dessa forma, segundo o plano municipal de saúde mental de Alegrete (2007), em julho de 1989 nasce o Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental de Alegrete – *SAISMental* –, naquela época como ambulatório para doentes mentais:

Desde o início da saúde mental apareceram os princípios da descentralização, formação, participação e integralidade como parte do fazer em saúde mental. Os primeiros Planos Municipais de Saúde Mental já traziam suas propostas estruturadas a partir das diretrizes do Sistema Único de Saúde (ALEGRETE, 2007, p. 8).

Após esses primeiros anos de cursos, capacitações e participação dos profissionais de saúde mental em eventos e fóruns, foi conquistada a aprovação do projeto de lei municipal regulamentando a Política de Saúde Mental, através da Lei nº. 2662, sancionada no dia 16 de maio de 1996. O plano de saúde mental do município reforça, também, que foi fundamental “(...) a importância da participação da sociedade no processo de transformação da atenção em saúde mental, apresentando o município como lugar potente para essa transformação” (ALEGRETE, 2007, p. 8).

Assim, esboçam-se os primeiros movimentos em torno da construção de uma rede de atenção integral à saúde mental. O *SAISMental*, portanto, orienta-se pelos princípios que norteiam as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, dentre eles:

- a. Saúde como direito de todos e dever do Estado;
- b. Universalidade de acesso e equidade na oferta de serviços de saúde;
- c. Integralidade;
- d. Participação como democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização para o efetivo controle social na gestão do sistema;
- e. Criatividade como elemento para a produção de novos sentidos da subjetividade e do pensamento autônomo;
- f. Acolhimento, ambiência, vínculo, clínica ampliada;

- g. Trabalho em equipe interdisciplinar, intersetorial, humana, resolutiva com capacidade de investigação, pesquisa e avaliação continuada (ALEGRETE, 2007, p. 15-16).

O *SAISMental*, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), recebe como demanda: usuários com todo tipo de psicopatologia; usuários necessitando de avaliação para Benefício de Prestação Continuada (BPC); usuários com demandas judiciais; crianças e adolescentes encaminhados pelo Conselho Tutelar; familiares na sua relação com o usuário; equipes de saúde mental de outros municípios da região, solicitando apoio técnico, entre demais atendimentos (ALEGRETE, 2007).

A atual rede de atenção à saúde mental do município é composta pelos seguintes serviços:

1. Centros de Atenção Psicossocial: CAPS II, CAPS i, CAPS ad;
2. Serviço Residencial Terapêutico e Moradias Assistidas: Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2003);
3. Hospital Santa Casa de Caridade e Política de Saúde Mental / *SAIS da Casa*: 13 leitos de atenção à saúde mental e 4 leitos para usuários dependentes de álcool e outras drogas. Equipe mínima de psicólogo, assistente social, acompanhantes terapêuticos.

Além dessa rede de serviços estruturados, outras iniciativas tentam dar conta da dinamicidade e complexidade da atenção à saúde mental. No que se refere às crises e urgências psiquiátricas, há articulação, junto ao Pronto Socorro Municipal e ao Pronto Atendimento Infante-Juvenil, de ações que acolhem e prestam os primeiros atendimentos até serem acionadas as equipes dos CAPS ou mesma a internação na Santa Casa.

Destacam-se também o Núcleo Alegretense do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e a Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete, que será melhor apresentada a seguir. Todos esses espaços integram o *SAISMental*, definido como um:

Conjunto de espaços amorosos, articulados em redes, compostos por um somatório de iniciativas e intercâmbios, com intervenções nos diferentes espaços de construção da subjetividade e da cidadania, buscando conectar alianças que deem sentido e sejam capazes de transcender o sofrimento psíquico (ALEGRETE, 2007, p. 15).

2.2.2 Os espaços instituídos de participação: associação e assembleia dos usuários

A associação de Alegrete foi fundada no dia 20 de novembro de 1998 enquanto “órgão representante dos interesses dos usuários, familiares e militantes da Saúde Mental” (ALEGRETE, 1998, s/p).

As reuniões da associação são semanais – toda sexta-feira à tarde – e contam com, aproximadamente, 10 participantes mais assíduos, embora haja um número maior de sócios, envolvendo 3 categorias de associados: usuários, familiares e militantes.

Atualmente, a associação está sendo coordenada por uma trabalhadora de saúde mental. Porém, durante vários mandatos quem presidiu a associação foi um familiar, a mãe de um usuário do CAPS, representando a associação inclusive em eventos nacionais de luta antimanicomial. Devido ao seu falecimento e outras dificuldades, no momento a intenção é instituir um colegiado gestor para assumir a função de coordenação da associação.

Os primeiros contatos foram realizados em abril de 2010, época da realização das conferências municipais de saúde mental. A coordenadora me relatou toda uma série de propostas e discussões que a associação estaria encaminhando para a Conferência Municipal de Saúde Mental de Alegrete, realizada dia 12 de abril.

Aguardei passar essa fase e agendei uma primeira visita para o início do mês de maio. Contudo, esse primeiro encontro foi cancelado pela coordenadora, visto que estaria envolvida, juntamente com a associação, em um protesto contra o antigo secretário estadual de saúde, que fazia visita ao município.

Com isso, perguntei se poderia transferir o encontro para a próxima sexta-feira, sendo que, também, foi cancelado por compromissos da coordenadora, tendo ficado agendado para o final do mês de maio, após a conferência estadual de saúde mental.

Esse episódio, de certa forma, levou-me a um primeiro estranhamento: uma possível interdependência entre a manutenção da associação e a figura do trabalhador de saúde mental, posto que me questionei se não haveria algum outro associado que pudesse fazer esta primeira acolhida ou mesmo a apresentação da associação sem a necessidade da presença da coordenadora. Aqui começou a se delinear as possibilidades de protagonismo e participação através da associação.

Sendo assim, aguardei a chegada do dia combinado quando fui muito bem recebido na primeira reunião que participei, com direito a bolo e chá. Inclusive, cabe ressaltar aqui o acolhimento e a disponibilidade dos associados e da coordenadora em participar do processo de pesquisa.

Nesse primeiro encontro estavam presentes 5 associados, além da coordenadora, discutindo algumas propostas apresentadas na conferência estadual de saúde mental.

Nesse dia, a coordenadora apresentou a história do movimento da saúde mental de Alegrete e da criação da associação. Começou contando das viagens, dos encontros de saúde mental e do início da luta antimanicomial. Relatou a evolução do processo de estruturação da rede de atenção psicossocial do município, através de algumas fotos que atestam o percurso dessa caminhada.

Quanto a isso, o depoimento abaixo ilustra o trabalho empreitado pela associação à época de sua fundação:

A associação surgiu deste grupo de pessoas que entenderam que era importante a cidade discutir saúde mental e não doença mental. Então este discurso de dizer o que é saúde mental, a gente foi trabalhar nas rádios, nos jornais e nas salas de aula. (...) A associação dos usuários conseguiu romper muitos preconceitos na cidade, porque a associação fez um compromisso de dar visibilidade para os ditos loucos, para o trabalho em saúde mental, porque a gente via os ditos loucos em todos os espaços que

a cidade construía, por exemplo, feira da saúde, lá tava a barraquinha da saúde mental, lá tava o trabalho dos portadores de sofrimento psíquico. Essa exposição era pra mostrar que a pessoa portadora de sofrimento psíquico tem capacidade de conviver, de conversar contigo, de produzir arte, de fazer música, de dançar capoeira, de conviver em casa (...). Então, a associação fez isso: uma ruptura no processo de normalidade na cidade. A gente começou a dizer pras pessoas que elas não nascem loucas, as pessoas enlouquecem pelas condições que a própria sociedade produz e esse debate foi muito legal e a associação se criou a partir daí (T2).

Acerca desse papel das associações de usuários de saúde mental, Souza (2001, p. 935), ressalta que se percebe na ação política dos movimentos de usuários “(...) a crítica ao conceito de doença mental e a adoção de teorias de origem não biológicas na explicação do adoecer mental”.

O autor afirma que:

Usuários e familiares protagonizam o processo reivindicatório por novas formas de cuidado para a “existência sofrimento” dos doentes mentais. (...) O protagonismo do cidadão, ao participar efetivamente dos problemas do seu mal-estar psíquico, parece propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema (SOUZA, 2001, p. 935).

Semelhante composição é encontrada na constituição das primeiras associações de usuários e familiares surgidas a partir da década de 80, decorrente das mobilizações do movimento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica (SOUZA, 2001).

As primeiras associações surgidas no final da década de 70 – a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho e a Associação de Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira – foram fundadas por familiares indignados com o estado deplorável de seus familiares (RODRIGUES, BROGNOLI, SPRICIGO, 2006; VASCONCELOS, 2008).

Essa questão da defesa dos direitos dos usuários pôde ser acompanhada por mim em praticamente todas as reuniões da associação em que participei. Já no segundo encontro da associação, iniciamos a reunião discutindo o encaminhamento de um ofício à Secretaria de Saúde acerca de algumas dificuldades encontradas por um usuário para marcar consulta médica.

Pelo que pude perceber, o envio de ofícios, carregando o nome da associação, é uma das formas de reivindicação de defesa dos direitos dos usuários que, pelo visto, tem obtido retorno favorável. Aparenta ser uma ferramenta de controle social, demonstrando certa força política, enquanto entidade representativa dos interesses dos usuários de saúde mental.

Conforme Vasconcelos (2008), a defesa de direitos é um dos elementos associados à prática de empoderamento no campo da saúde mental. Por empoderamento o autor entende todo “(...) aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (VASCONCELOS, 2003, p. 20).

A prática da defesa dos direitos pode se informal ou formal/profissionalizante. As iniciativas informais seriam:

1. Autodefesa: capacita-se o usuário ou familiar para defender seus direitos por si próprio;
2. Entre pares: companheiros usuários e/ou familiares são chamados a intervir nas situações concretas, como ajudar o outro a conseguir um benefício ou a resolver problemas na vizinhança ou comunidade;

Já a defesa de direitos a nível formal:

1. Serviços com profissionais de saúde mental e advogados, para defender os direitos civis, políticos e sociais dos usuários e familiares;
2. Elaboração de cartas de direitos e normas de serviços, bem como a proposição de peças legislativas municipais, estaduais e federais, que busquem consagrar os direitos dos usuários e familiares (VASCONCELOS, 2008, p. 68-69).

Nesse sentido, a fala da atual coordenadora expressa um dos principais objetivos da associação: (...) *poder problematizar esses problemas, poder discutir as demandas dos usuários e procurar alternativas e soluções.*

Um dos usuários, que frequenta a associação, também se refere à importância da defesa dos direitos, no seguinte depoimento:

(...) a gente faz um documento, encaminha pedindo pra averiguar tal coisa. Nós tivemos notícia que teve maus-tratos com um paciente psiquiátrico, nós vamos ver. Se tá dando problema com os medicamentos, então vamos mandar pra secretária. Isso é muito bom, tu participa, eu vou lá, entrego pra secretária. (...) a participação que a gente tem na associação é muito legal. Eu acho que é o contraponto que existe assim entre o serviço, o usuário e a direção, né, os profissionais assim. É um certo contraponto (U2).

Em outra entrevista, ao ser questionada sobre como percebia a possibilidade de participar das decisões sobre o serviço de saúde mental, a usuária refere-se da seguinte forma:

Através da associação é bem mais fácil, porque nós somos uma entidade, né, porque a gente tem autonomia pra participar com ideias (...). Por exemplo, quando tu queria marcar uma consulta com o psiquiatra, tu tinha que vir de madrugada, tinha filas imensas e tal. Aí a gente deu uma ideia, da gente marcar, agendar. A hora que tu chega aqui, tendo alguém pra te atender, tu agenda uma hora. Pode demorar um mês ou 2, mas tu não precisa ficar numa fila, de madrugada, vir de noite, frio, chuva, né?! Então isso foi através da associação. (...) Outros casos, também, por exemplo se falta medicação a gente quer saber por quê. Se vem gratuito, por que tá em falta? Ver se tem queixas de maus-tratos de algum companheiro usuário, a gente procurar saber. Eles mesmos vêm falar, vêm nos procurar. A gente pede pra ser averiguado (U1).

Além dessas iniciativas, a associação desenvolve a oficina de documentos perdidos. Os documentos são encaminhados para a associação que faz todo o trabalho de tentar localizar as pessoas que os perderam. É uma oficina ainda recente, porém que tem possibilitado certa visibilidade à associação, visto que não se restringe à perda de documentos nos serviços de saúde mental, mas, também, abrange o município.

Quanto a isso, o depoimento abaixo completa a proposta da oficina:

(...) a associação é bem atuante, inclusive a gente pode fazer um destaque em relação à oficina de documentos perdidos né, que é uma oficina que tem um destaque bem

importante na comunidade, inclusive é destacado nos meios de comunicação, na própria delegacia. Os documentos perdidos que chegam lá são encaminhados pra cá, pro CAPS, mais especificamente pra associação dos usuários. Eles fazem esse recebimento, fazem um cadastro desses documentos. Acho que é um trabalho bem importante. (...) eles estão sempre atuando numa ponta ou noutra, que necessite, vamos dizer assim, de uma maior pressão pra que se conquiste um espaço relacionado aos usuários. Eu acho bem importante a participação deles! (G1).

A associação de Alegrete, segundo a pesquisa de Vasconcelos (2008, p. 112), estaria classificada na categoria “associações e grupos de usuários, familiares, trabalhadores e amigos ligados a serviços de saúde mental, particularmente aos CAPS”. O autor afirma que esse é o padrão mais frequente de associações no Brasil. São dispositivos atrelados aos CAPS e cujo funcionamento depende do apoio desse serviço.

Entretanto, o autor também adverte que “as associações ligadas a CAPS têm mais condições de manter atividades regulares e plantão para atendimento aos interessados, mas ficam mais dependentes dos técnicos” (VASCONCELOS, 2009, s/p).

Essa questão também foi destacada pela coordenadora da associação em sua entrevista:

Nem as reuniões da associação eu queria fazer aqui dentro, eu não consegui foi outro local, mas eu acho que a gente tem que sair do CAPS até mesmo pras pessoas enxergarem a cidade. Esse é um grande desafio (T3).

Além da associação, o CAPS II possui outro espaço de participação dos usuários, denominado Assembleia dos Usuários, realizada todas às segundas-feiras pela manhã. Caracteriza-se por ser um espaço onde todos os usuários são convidados a participar, podendo opinar e contribuir com sugestões acerca do cotidiano do serviço e demais atividades de saúde mental realizadas.

Os usuários que mais participam das assembleias são os intensivos, ou seja, aqueles que frequentam o CAPS todos os dias, chegando pela manhã e permanecendo durante todo o dia. Tomam café da manhã, participam das oficinas, grupos e turmas de

alfabetização, almoçam, tomam o café da tarde e vão embora. Caracterizam-se por apresentarem patologias mais graves e/ou crônicas, associadas a um precário nível sócio-econômico e familiar.

Participam em torno de 20 a 30 usuários. As reuniões são coordenadas, geralmente, por 2 trabalhadores do CAPS, onde um fica responsável pelo registro em ata do que será discutido na assembleia.

Desse modo, esses são os espaços instituídos para a participação do usuário no CAPS. O próximo item busca discutir o processo de institucionalização da participação no CAPS entrelaçado com a discussão da construção do entendimento de protagonismo, que será a tônica do capítulo 3.

2.3 Processo de institucionalização: resistências e capturas

No dia combinado, antes de iniciar a reunião, fiquei aguardando, juntamente com alguns associados, o término de uma atividade em grupo, realizada pela coordenadora da associação.

Partilhei da conversa entre eles e chamou-me a atenção um sócio em especial. Era um senhor sério e introspectivo, que quase não participou de nossa breve conversa. Entretanto, esse mesmo usuário, já na fase de aplicação do questionário dos incidentes críticos, foi o único a questionar acerca da necessidade de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e se, caso desejasse, poderia retirar seu consentimento, conforme mencionava no termo.

Seu questionamento, inicialmente, pegou-me de surpresa, porém fez-me pensar, justamente, nesse ato de mantermos os “pacientes” em sua passividade frente às atividades e tratamentos que envolvem o trabalho em saúde.

Quanto a essa designação de “paciente”, a adoção dos termos “usuário de saúde mental” ou “pessoa em sofrimento psíquico” (BRASIL, 2010b) tem sido adotada na

tentativa de romper exatamente com essa visão estigmatizante e reducionista há muito utilizada na nomenclatura em saúde (VASCONCELOS, 2008).

Próxima à ideia de protagonista, Côrtes (2009, p. 23) defende o uso do termo “ator”, visto considerar que usuário remete, assim como consumidor, à noção de indivíduos que “(...) usam bens ou serviços que são oferecidos por diferentes vendedores e prestadores”. Para a autora, o conceito de ator social remete à noção de indivíduos que exercem influência através de sua participação em associações e movimentos sociais.

Desse modo, o questionamento daquele usuário, ao causar aquele estranhamento frente a uma situação já naturalizada de preenchimento de termos de consentimento, levou-me a pensar no sentido de protagonista que almejava pesquisar.

Penso ser pertinente apresentar esses primeiros esboços ao leitor, visto que vão delineando por onde o entendimento do objeto de estudo desta pesquisa foi se configurando, especialmente quando nos debruçamos sobre o terreno da possibilidade de exercício da autonomia em saúde mental, já que por tanto tempo os “protagonistas” da Reforma Psiquiátrica foram destinados à alienação e ao isolamento.

Sendo assim, ao iniciarmos as atividades daquele encontro, fui surpreendido com o número de pessoas que estavam presentes para a reunião: o maior número de usuários até então. Havia em torno de 9 no total. Todos conversando e dando risada.

Comecei a escrever os nomes dos presentes no diário, enquanto aguardava que o alvoroço diminuísse, e comecei a perguntar o nome de alguns que não conhecia. Nesse momento, uma usuária percebeu e logo disse *quem tá querendo saber meu nome?!*. Então iniciamos a conversar e logo acabei me apresentando para aqueles que ainda não me conheciam, explicando os objetivos da pesquisa e como seria a aplicação do questionário.

Descrever esse cenário me parece fundamental para situar as sutis nuances que envolvem a questão da participação em saúde mental, visto que este capítulo objetiva discutir a micropolítica da participação e os efeitos de subjetivação e protagonismo.

Portanto, essa contextualização evidencia que tipo de participação e protagonismo fui me deparando durante a fase de pesquisa na associação. Ao agruparmos os “loucos” para a aplicação de um questionário, a questão da diversidade e da singularidade tornaram-se evidentes e as falas e cenas ocorridas durante esse encontro tornaram-se dados significativos para a pesquisa, como a abordagem daquela usuária já de início e, a todo o momento, querendo que esclarecesse (...) *de que mesmo se trata essa pesquisa sobre a participação do usuário?*

Isso me fez lembrar uma frase de Guattari quando afirma que “o desejo só pode ser vivido em vetores de singularidade” (GUATTARI & ROLNIK, 2010, p. 56), indicando a importância do que chama processos de singularização, capazes de (...) conduzir à afirmação de valores num regime particular, independentemente das escalas de valor que nos cercam e espreitam de todos os lados”.

Aqui chamo a atenção para a constituição desse grupo de usuários e para o que o autor afirma enquanto função de autonomização num grupo, correspondendo (...) à capacidade de operar seu próprio trabalho de semiotização, de cartografia, de se inserir em níveis de força local, de fazer e desfazer alianças” (GUATTARI & ROLNIK, 2010, p. 55), ou seja, do quanto consegue potencializar ou não o protagonismo e a participação.

Passada a fase de explicações de como seria a aplicação do questionário, distribuí as folhas e alguns já começaram a escrever. Durante a aplicação, alguns usuários me chamavam para eu ver se *tá bom assim?* ou *é isso aqui mesmo?*.

Além disso, 2 outros sócios não quiseram preencher o questionário: um porque estava sem óculos e dizia ser apenas familiar e outro, que até ficou com a folha por algum tempo, mas depois disse que não sabia o que escrever. Ao falar isso, logo foi incentivado por uma trabalhadora (sócia assídua da associação desde sua fundação) que, prontamente, lhe dava sugestões do que poderia escrever em seu questionário.

No entanto, esse usuário insistiu não “saber” o que escrever (ou simplesmente desejava não participar!) e entregou-me a folha. Disse-lhe que não havia problema algum e que, se quisesse, poderíamos conversar posteriormente, sendo que logo concordou, permanecendo na sala durante todo o exercício.

Outro usuário, ao receber a folha, apenas comentou: *ah não, tem que escrever!*. Outros já queriam escrever mais de uma situação, sendo que, nesse caso, a solicitação era que escolhessem, dentre as situações lembradas, a melhor e a pior. Quanto a isso, esclareci que poderiam comentar tais situações no encontro de devolução e discussão preliminar dos questionários, que seria a próxima etapa deste instrumento. Esse foi o transcorrer da aplicação do questionário.

Acerca desse processo cartográfico, Rolnik (2009a, s/p) afirma que uma das tarefas do cartógrafo é, justamente, “(...) dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias”. O cartógrafo, portanto, se torna um antropófago!

Em outras palavras, Barros & Kastrup (2009, p. 57) esclarecem que “o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado (...). Para isso é preciso, num certo nível, se deixar levar por esse campo coletivo de forças”.

A partir dessas impressões e após a análise dos 9 questionários preenchidos, foi possível visualizar alguns sentidos associados à noção de participação para os usuários da associação, sendo que os apresentarei a seguir.

De acordo com Vásquez et al. (2003), ao pesquisarem os conceitos de participação social em dois municípios nordestinos, os autores constataram a predominância das noções de dever, realização de atividades e utilização dos serviços de saúde.

Essa visão é reforçada, também, pelo fragmento de uma entrevista com um usuário que frequenta as assembleias dos usuários. Quando solicitado a falar sobre o que já participou da saúde mental do município, devolve a pergunta com a seguinte dúvida: *Várias coisas, mas o senhor quer saber do meu trabalho, o que eu faço aqui, né?* (U3).

Confirmo sua pergunta e ele completa a resposta:

Ah!!! Oficinas, eu faço tapete, faço pintura e me trato aqui né?! Almoço, tomo o lanche da tarde, tem oficina da tarde, das duas às quatro, daí depois eu tomo meu lanche e vou-me embora pra minha casa. Mas, principalmente, eu faço meu trabalho né! (U3).

Seguindo a argumentação dos autores, eles afirmam que:

(...) uma parte dos usuários relacionou o conceito com a ideia de responsabilidade e de compromisso (...). A participação em saúde assume a conotação, tanto do dever cívico, como do compromisso moral configurado na noção de solidariedade. As expressões refletiam a ideia de que cada indivíduo participa cooperando com outros mais necessitados, quer seja com ajudas econômicas ou com o próprio trabalho (VÁSQUEZ et al., 2003, p. 583).

Essa noção aproxima-se de outro fragmento de entrevista de um usuário membro da associação:

(...) dentro da associação a gente participava de regata ecológica, dos fóruns, todos os fóruns que tinham relação com a saúde em Alegrete. Ah... da semana da mulher, a gente participou. Tudo em função da minha vinda pra saúde né?! Se não fosse a associação, poderia até ter vindo, mas não seria tão ativa assim. Eu aprendi meu valor, porque alguém me disse: "olha, tu serve, tu tem utilidade!". Hoje eu não ganho nada, eu não ganho um centavo, mas eu sei que eu sirvo pra ajudar alguém. Pra me ajudar em primeiro lugar, mas eu sirvo pra ajudar os outros (U1).

Além dessas concepções, apresento abaixo os itens de melhores situações de participação na rede de saúde mental do município de Alegrete, conforme o questionário de incidentes críticos:

1. CLÍNICA

1. Participação em oficinas terapêuticas, atendimentos psicológico e psiquiátrico;
2. Incentivo ao aumento da autonomia do usuário, através da valorização de suas capacidades pessoais (convite para dar aulas de pintura). Sentimento de poder ser útil, mesmo com transtorno mental (voto de confiança de ser indicado para Presidente da Associação);
3. Apoio/acolhimento por parte dos profissionais do CAPS. Cuidado e atenção;
4. Destaque para as oficinas, profissionais e funcionários (bom tratamento e atendimento).

2. ATUAÇÃO/PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA REDE DE SAÚDE MENTAL

- 1.Participação como trabalhador de saúde mental por 13 anos. Cuidador dos usuários do Serviço Residencial Terapêutico por 2 anos;
- 2.Participação em viagens de encontros e congressos de usuários de saúde mental; participação nas reuniões e atividades da associação (luta por inclusão de todos os usuários de saúde mental);
- 3.Participação em programa de rádio, juntamente com o grupo de flauta doce que participa;
- 4.Inauguração do Salão de Atos Lígia Falcão: 1ª. Presidente da Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete. Identificação com Dona Lígia e seu trabalho na associação;
- 5.Inserção na associação como familiar;
- 6.Presidente da associação e participação em programas de rádio, feiras da saúde mental.

Assim como mencionado nos questionários, alguns trechos de entrevistas também apontam esse reconhecimento ao ambiente acolhedor e ao bom atendimento encontrados no CAPS e na associação:

Eu tenho liberdade de ir e vir. Tu percebe que existe aqui uns laços de grande afetividade, respeito, um excelente trabalho nas oficinas, de integração né, de relação interpessoal (U2).

Eu nem imagino sair daqui (...) eu digo que se me derem alta eu surto de novo! Tu pode até achar assim que é um tipo de dependência, mas aqui é muito resgate da tua vida, sabe, e eu sei que se tu perguntar pra todo mundo, todo mundo vai te dizer a mesma coisa (U1).

Pra mim, eu não sei meus colegas né, mas pra mim, desde que eu entrei aqui, sou bem tratado, pra mim tudo é bom. Tudo é bom! Não tem o que dizer de ruim. Eu acho, na minha esperança, que eu tô com 60 anos né, porque eu posso amanhã ou depois não tá aqui, mas eu pretendo, enquanto não me derem alta daqui, eu pretendo ficar aqui. Isso aqui é minha família! Eu piso aqui e me sinto bem! (U3).

Nesse sentido, Oliveira & Conciani (2009, p. 324) defendem a coexistência de duas concepções de participação:

1. A participação como integração do indivíduo no processo terapêutico, enquanto exercício de liberdade e de autonomia;
2. A indissociabilidade da participação como processo de construção democrática do SUS, enquanto exercício de cidadania.

Para as autoras e retomando o gancho dos depoimentos acima:

A relação indissociável entre as experiências de sofrimento psíquico e a condição socioeconômica da população, seja no processo de adoecimento, seja na organização interna e externa dos serviços de atenção de modo a que sejam resolutivos, leva-nos a considerar que a participação comunitária, que inclui a participação instituída no SUS, se constitua, por si, numa experiência socioterapêutica (OLIVEIRA & CONCIANI, 2009, p. 325).

Em outras palavras, as autoras compartilham do posicionamento de Deleuze & Guattari (2007), ao afirmarem as relações entre a macro e a micropolítica, assim como o jogo instituído-instituinte (ALTOÉ, 2004), presente nas instâncias de participação social.

Penso que é necessário atentarmos para isso, visto que manter canais de participação por si só, não garante a efetiva participação. Podemos criar armadilhas travestidas em boas práticas e continuarmos a designar, antecipadamente, o “adequado” lugar social para a expressão da loucura e da diferença.

Ou conforme afirma Guattari: “Há sempre algo de precário, de frágil nos processos de singularização. Eles estão sempre correndo o risco de serem recuperados, tanto por uma institucionalização, quanto por um devir-grupelho” (GUATTARI & ROLNIK, 2010, p. 62).

Quanto às piores vivências de participação em saúde mental, os usuários destacaram as seguintes situações:

1. ATUAÇÃO/ PARTICIPAÇÃO ATIVIDADES DA REDE DE SAÚDE MENTAL

1. Participação como trabalhador no Centro de Atendimento de Dependência Química (CADQ): atuação restrita à vigilante, *ficar só de guarda é que eu não gosto*;
2. Participação em curso de capacitação em saúde mental. Havia poucos usuários e sócios da associação. Não tinha com quem deixar seus filhos, que acabaram indo junto. Recebeu críticas por relatar sua história de vida (tentativas de suicídio) na frente das

crianças: (...) ficaram indignados, pois havia crianças, sendo essas minhas filhas e sabedoras de toda a minha vida. Não fui em nenhuma outra.

2.FORMA DE ATENDIMENTO/ GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

1.Forma de recepção e atendimento de alguns funcionários: indiferença, gritando com usuários, mandando ficar sentados, *um tipo de agressão*;

2.Tratamento discriminatório e humilhante por parte dos peritos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS);

3.Decepção de alguns usuários não terem o direito de elegerem os coordenadores dos serviços de saúde mental: *Isso é uma grande frustração, porque é de nossa saúde mental e do CAPS que eles vão cuidar.*

3.POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE ALEGRETE

1.Participação e apresentação de propostas através da associação, onde algumas não foram contempladas.

4.CLÍNICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

1.Os usuários com sofrimento psíquico não são (...) *levados totalmente a sério. Por isso, também não participo mais*;

2.Com relação à internação: *É muito preocupante, nos momentos de grande agonia mental, não dispor de leito hospitalar. Usuário refere-se à luta contra a ideia de suicídio e a necessidade de (...) praticar algo sério contra nós, quando então nos levam para uma internação.*

Lamentavelmente, ainda encontramos relatos de extrema restrição de direitos sociais, como ressaltado pela forma degradante de alguns atendimentos de perícia médica. Essa questão é apontada por Oliveira & Alessi (2005), quando afirmam que a história de vida do usuário acaba sendo reduzida àquilo que chamam de “medicalização do problema”:

O complexo problema físico, emocional e social do “paciente” (ausência de vínculo familiar/relacional/afetivo, exploração sistemática da força de trabalho sem nenhuma garantia de seguridade social, provável deficiência mental, provável doença cardíaca), que resultou em uma “alteração” do comportamento – antes dócil e obediente para o atual insubmisso e “indolente” – é visto na perspectiva de que antes era “normal”, agora é “anormal”. (...) Todas as expressões de dificuldades nas condições de vida são convertidas em sinais de uma doença. Não se tem aqui nenhuma problematização da condição de cidadania desse usuário (OLIVEIRA & ALESSI, 2005, p. 197-198).

De Tilio (2007) também se refere a isso, quando compara os papéis assumidos, no decorrer do século XIX, pelos médicos alienistas e, atualmente, pelos psiquiatras e peritos:

Devia o perito decidir sobre a sorte futura do acometido aferindo seu grau de *responsabilidade civil* (poderia entender e exercer os atos contratuais fundamentais ao bem viver?, poderia saber da necessidade de repará-los?) e *penal* (estaria cômico de suas ações delituosas ou não?) nas ações efetivadas e sua *periculosidade* (poderia repetir o ato considerado imoral perigoso ao ordenamento social?, haveria esperança em tratá-lo?). Como se pode depreender, o elemento intelectual (a inteligência) não deixou de figurar na definição da loucura, sendo somado e definido pelo moral (DE TILIO, 2007, p. 201, grifos do original).

Com isso, o paradoxo do usuário/alienado/desarrazoado aparece em seu antagonismo, reforçando a ideia proposta aqui do protagonista que “luta e agoniza”, conforme ilustra o seguinte depoimento:

Fico triste de ver que muitos usuários não têm ‘voz ativa’ de verdade em assuntos pertinentes à saúde mental (...). É como se uma pessoa depressiva, bipolar, esquizofrênica estivesse ali mentindo para estes médicos, que nem formação psiquiátrica, psicológica possuem (U2).

Ou então, em outro relato:

(...) sim sou paciente do CAPS, do Dr. Paulo¹¹ e isso não significa que pra reivindicar as coisas e participar dos eventos eu preciso andar mal vestida, escabelada, toda depressiva só porque tenho diagnóstico de depressão (U1).

E essa agonia acaba, muitas vezes, desnecessariamente capturada pela internação hospitalar e pelo maciço incentivo midiático ao consumo de psicofármacos, como destacam as autoras: “A uma situação de carência de direitos sociais será acrescida a internação psiquiátrica, para a qual concorrerá, provavelmente, o *status* de periculosidade e estigma próprios dos “doentes mentais” que, devido ao grau de risco social, necessitam ser internados” (OLIVEIRA & ALESSI, 2005, p. 198).

Após a aplicação dos questionários, propus uma roda de conversa com os usuários a fim de discutir os principais temas do questionário e ampliar a discussão.

¹¹ Nome fictício.

Entrei novamente em contato com a coordenadora para agendar a devolução. No entanto, em virtude da festa de comemoração dos 21 anos da saúde mental no município, esse encontro foi cancelado pela coordenadora, pois os usuários estariam envolvidos com a festa e não haveria reunião.

Remarcamos, então, para a próxima semana. Compareceram apenas 5 sócios para a devolução. Ressaltei que o objetivo era trazer um pouco das situações relatadas e aproveitar para conversarmos mais sobre tais experiências, até mesmo porque esse instrumento incluía uma fase de discussão e ampliação das respostas.

Sendo assim, esclareci como organizei os temas em categorias e passei a relatar as situações de melhor participação. Após apresentar os temas da categoria clínica e abrir para discussão, fui tomado de surpresa pela forma como a coordenadora encaminhou a sequência da devolução.

Ela pediu para ver a folha que estava lendo e começou a comentar alguns dos temas de pior experiência em participação, antecipando essa etapa e, conseqüentemente, diminuindo o espaço para os parques usuários discutirem os temas anteriormente mencionados.

A devolução, que tinha por objetivo discutir tais experiências com os usuários e ampliar suas respostas, acabou centralizada nas discussões e opiniões da coordenadora, embora uma das usuárias presentes tentasse “acompanhar”, colocando seu ponto de vista sempre que possível.

Em determinados momentos, solicitava a palavra novamente e retomava a apresentação dos itens do questionário, procurando incentivar que os usuários presentes também dessem sua opinião. Contudo, volta e meia, a discussão era, novamente, retomada pelas ideias e posicionamentos da coordenadora.

Essa cena tornou-se um importante analisador para a pesquisa, visto que fez saltar aos olhos “(...) de um só golpe, a instituição “invisível” ” (LOURAU, 1993, p. 35) e promover o efeito revelador típico dos analisadores.

Tal cena indica certo processo de institucionalização da associação, visto que a instituição “hierarquia” – onde o trabalhador destaca-se frente o usuário de saúde

mental – aponta para o risco de que a força mais instituinte do movimento da Reforma Psiquiátrica (a participação do usuário) seja capturada pelo instituído, perdendo, assim, sua potência de transformação.

Esse analisador contribuiu para pensar que protagonismo seria possível desenvolver na associação. Aqui me parece mesmo um protagonista “lutador agoniado”, conforme a imagem da usuária tentando argumentar junto com a coordenadora.

Cabe aqui uma ressalva, entretanto. Não apresento essas questões com o intuito de “demonizar” o trabalhador/militante da saúde mental, muito pelo contrário. As discussões aqui apresentadas visam contribuir para a melhoria dos processos de cuidado e atenção aos usuários, visto que, facilmente, caímos nas armadilhas de nossa própria institucionalização.

Acerca disso, Vasconcelos (2009, s/p) esclarece que “(...) o padrão hegemônico de organização das associações de usuários e familiares é muito dependente dos serviços e dos profissionais”.

Portanto, o autor adverte que:

(...) o padrão típico de militância de lideranças individuais de usuários e familiares apresenta uma enorme fragilidade, por diversas razões específicas. Em primeiro lugar, a militância social e política direta por si só, com seus conflitos, relações de poder e formas de cooptação por cima, sem os demais níveis de organização, participação e controle pela base, gera um perigoso descolamento das lideranças de suas bases e de uma sociabilidade mais cotidiana e espontânea. (...) Assim, a meu ver, estamos na verdade trabalhando com uma noção muito restrita e politicista de participação, sustentada em porta-vozes individualizados, com foco exclusivo nos conselhos de controle social e/ou na militância direta, sem uma ligação orgânica com o conjunto dos demais usuários e familiares e de suas organizações de base (VASCONCELOS, 2009, s/p).

Recordo que durante a entrevista realizada com a coordenadora, em praticamente todas as respostas, ela respondeu na terceira pessoa do plural ou usando a expressão “a gente”. Esse “nós” chamou-me a atenção e acabei perguntando-lhe a quem ela se referia quando usava o “nós”. Ela respondeu que o “nós” referia-se aos demais companheiros e militantes da associação. No entanto, a associação que me foi apresentada ao longo da pesquisa mostrava-se enfraquecida, desvinculada da base do

movimento (VASCONCELOS, 2009), com poucos sócios e muito centralizada em um pequeno grupo, quando não apenas nos posicionamentos da coordenadora.

Em pesquisa acerca do papel dos CAPS no empoderamento dos usuários, Figueiró & Dimenstein (2010) também se depararam com essa questão. Relatam que uma usuária perguntou para um técnico por que haviam feito mudanças nas oficinas e esse respondeu que eles (técnicos) tinham pensado propor algumas coisas novas, de acordo com a concepção “deles”.

Os autores analisam que o uso da terceira pessoa do plural, naquele caso, referia-se apenas à equipe técnica. “Isso mostra de onde partiram as mudanças, bem como torna visível algumas linhas de força que colaboram para a manutenção de determinadas práticas, que se atualizam, muitas vezes, bem distantes das posições dos usuários” (FIGUEIRÓ & DIMENSTEIN, 2010, p. 435).

Também Almeida, Dimenstein & Severo (2010, p. 584), em pesquisa semelhante, relataram achados próximos dos aqui encontrados:

1. Enrijecimento do modo de atuação, refletido pelo constante direcionamento das pautas para assuntos de cunho burocrático;
2. Dificuldades da associação em reunir e manter as pessoas;
3. Enrijecimento da sua ação política e, conseqüentemente, uma passividade dos usuários e familiares perante esse dispositivo, implicando em um empoderamento ainda bastante tímido.

Quanto ao que as autoras indicam, recorde de uma discussão em uma das reuniões que participei. Logo nos primeiros encontros, um dos assuntos em pauta era sobre o caso de um rapaz esquizofrênico, vizinho de um casal de associados.

Conforme discutiam como melhor conduzir a situação, perguntei se a associação não poderia convidar a família desse rapaz para frequentar as reuniões e trabalhar algumas questões que dificultavam a vinculação do usuário ao CAPS.

Entretanto, a coordenadora afirmou que preferia não os convidar para a associação, visto que alguns associados não gostariam da presença do pai daquele

rapaz, visto ser muito “polêmico”, podendo afastar os poucos sócios que ainda frequentam assiduamente as reuniões.

Esse desfecho não é incomum nesses serviços e encontra ressonância na pesquisa de Almeida, Dimenstein & Severo (2010) quando analisam os lugares do trabalhador e do usuário na dinâmica da associação:

Tanto os técnicos quanto os usuários precisam destituir-se das representações da loucura como incapacidade, inferioridade e doença mental, afirmando-a como diferença. Ao tomar para si o poder de decisão – por mais que haja usuários no corpo diretório – e a incumbência de manejar a pauta, o técnico corrobora com a tutela, com a hierarquização das relações e, conseqüentemente, reforça a desarticulação da associação. Os usuários, por sua vez, destituindo-se da responsabilidade de co-gerir a associação, reiteram e naturalizam o caráter de incapacidade atrelado à loucura – reificando a identidade de doente mental, justificam a passividade perante as decisões do grupo (ALMEIDA, DIMENSTEIN & SEVERO, 2010, p. 585-586).

Acerca disso, Vasconcelos (2009, 2008) nos adverte quanto ao perigo da centralização da direção dos dispositivos associativos na figura do técnico. Sugere atentarmos às possíveis insurgências de entrecosques de interesses, ocasionando uma assimetria de poder dentro da associação. Também Almeida, Dimenstein & Severo (2010, p. 585), reforçam que “(...) depende de como os técnicos vão operar na associação de modo a favorecer ou entravar o processo de empoderamento dos usuários”.

Isso retoma um antigo fantasma manicomial: o lugar social que designamos à loucura. Concordo com Figueiró & Dimenstein (2010) quando ressaltam a importância de atentarmos para o jogo de forças instituído/instituente:

Tal processo de invalidação de um saber/discurso, de um modo de ser e de inventar o cotidiano se dá não de uma forma declarada, por meio das instituições, leis e políticas que norteiam os CAPS, mas micropoliticamente, nos discursos, olhares, nas brechas do cotidiano, enfim, pequenos acontecimentos (cotidianos, muitas vezes) que servem de analisadores de um conflito de forças (FIGUEIRÓ & DIMENSTEIN, 2010, p. 435).

Esse é o fantasma da captura pelo instituído. Contudo, pude também perceber movimentos de resistência e novos contornos para o protagonista “agoniado”.

A assembleia dos usuários é outro espaço ilustrativo desse exercício institucionalizado de participação que vimos examinando nesta e em pesquisas correlatas. No caso deste CAPS, as assembleias são realizadas no pátio. Há árvores, canto de pássaros, uma horta ao fundo e um campo de futebol, além de churrasqueira e salas de oficinas.

A impressão inicial já contribui para retomar a construção do entendimento acerca do protagonismo e da participação. Um grupo em torno de 20 a 25 usuários intensivos: uns sentados ouvindo e participando, outros de pé fumando, outros rindo e conversando alto, intrometendo-se na fala daqueles que estavam com a palavra. Um gostinho de caos e anarquia sentia-se no ar, além de toda uma atmosfera espontânea e natural.

Os assuntos da reunião giravam em torno de queixas cotidianas, voltadas ao comportamento uns dos outros e das atividades desenvolvidas no CAPS: reclamações, fofocas, acusações, solicitações de tomadas de providência frente a essas questões.

O depoimento abaixo busca ilustrar isso:

As demandas deles são essas: são do chimarrão, da oficina, de suas casas, do relacionamento com o vizinho (...). A gente sempre convidou todos os usuários do CAPS, mas quem sempre participa e faz questão de vir nas segundas-feiras são os intensivos. A gente praticamente não tem semi-intensivos participando das assembleias, talvez se tivesse as demandas seriam outras. Tu viu que eles acabam falando mais do funcionamento diário do CAPS, da comida, das oficinas, do relacionamento entre eles e fora daqui, né?! (G2).

Relataram histórias de vida antes e depois de começarem a frequentar o CAPS. Histórias de abandono, violência, internações em hospitais psiquiátricos por aí fora. Hoje, dentro do CAPS, consideram-se seres humanos respeitados, coisa que na sociedade são tidos como “loucos”: *Me sinto feliz aqui. É minha segunda casa! Sem a saúde mental, hoje nós não tinha ninguém.*

Antes de terminar a assembleia, solicitei um momento para me apresentar e pedir licença para participar das reuniões, a fim de conduzir a pesquisa entre eles. Expliquei o tema da pesquisa, o objetivo e como se daria minha inserção nas reuniões.

Logo em seguida fui conversar e explicar melhor a proposta da pesquisa para os estagiários, que, naquele dia, coordenavam a reunião. Enquanto conversávamos, me relataram acerca de uma determinada usuária que vem “dando trabalho” para eles, sendo que um deles disse assim: *A Márcia¹² adora dizer que eu tinha que pagar para ela, porque eu só mando ela fazer desenho.* Terminou de falar e riu.

Sai da assembleia com a imagem dos dois encontros – com os usuários e com os trabalhadores - e, novamente, a noção de protagonismo me causou estranhamento. Esse episódio somou-se às demais impressões sobre os aspectos micropolíticos da participação, onde os riscos da manutenção de antigas concepções manicomiais, sorrateiramente, misturam-se às práticas reformadoras de sua atenção, como o comentário do estagiário acima.

Na segunda assembleia que participei, ao chegar ao CAPS, os usuários estavam assistindo ao filme *As Crônicas de Nárnia*, na sala de TV. Logo que me reconheceram, muitos me cumprimentaram animadamente. Pontualmente às 10h30min, interrompemos o filme e nos dirigimos para o mesmo lugar onde participei da primeira reunião.

Hoje havia em torno de 20 usuários. O funcionamento foi o mesmo: uma das trabalhadoras coordenava a reunião, enquanto a outra escrevia a ata. Uma delas foi logo perguntando *Quem tem assunto?* e já inscrevia quem gostaria de falar.

Nesse encontro tomei nota de alguns dos assuntos discutidos: desfile e festa em comemoração ao Dia do Gaúcho (7 de setembro); um dos usuários estava feliz, porque haveria o Intercaps (jogos entre usuários de outros CAPS da região); outra usuária gostaria de dividir com o grupo sua felicidade, porque a filha viria visitá-la no feriado do Dia do Gaúcho.

¹² Nome fictício, meramente ilustrativo.

Com isso, percebi que formam um grupo bem unido. Muitos usuários se conhecem há bastante tempo, se divertem, implicam e caçoam uns dos outros, mas também se apóiam mutuamente. Constatei que formam um grupo de ajuda mútua, conforme Vasconcelos (2008, 2003) vem apontando enquanto um dos sentidos de empoderamento grupal.

Para o autor, “o trabalho em grupo tem um enorme potencial para prover suporte emocional e real para os indivíduos, reduzir o risco de isolamento, estimular a troca de experiências, oferecer oportunidades para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (...)” (VASCONCELOS, 2003, p. 270).

Contudo, além desses dados oriundos das assembleias, o depoimento e o fragmento da entrevista abaixo me ajudaram a repensar a questão do grupo terapêutico, enquanto elemento por si só capaz de potencializar a participação e o protagonismo do usuário.

(...) dentro da associação existe assim... um grupo de pessoas que eu já conheço há mais tempo, então tudo isso ajuda muito, porque quando eu entrei na associação... bah pessoas que, quando eu olho, tu não te sente assim... sufocado. É diferente de fazer uma terapia de grupo, que eu fui fazer uma vez e não deu certo (U2).

Diogo: O senhor se sente, participando das assembleias e das atividades aqui do CAPS, mais independente, conseguindo pensar melhor sobre sua vida, participando aqui?

Usuário: Sim. De certeza, por causa que eu gosto daqui! Cada assembleia ali é bom pra mim. E tem outra coisa que eu quero lhe dizer né, pra nós sempre tem um divertimento aqui. Sempre tem uma festinha, um churrasquinho, sempre tem Natal. Nós viemos pra cá e ficamos no meio dos amigos né, aí isso já faz um meio da gente ficar feliz e se unir mais, né?!

Um grupo de pessoas que eu conheço há mais tempo... Ficamos no meio dos amigos... Tu não te sente assim... sufocado.

Esses depoimentos me fizeram lembrar do choro inicial de Juliana pela ausência de seu grupo de iguais.

Um choro por pertencimento, pela presença de um coletivo que ultrapassa as dimensões de apenas um grupo ou reunião de usuários: a importância de uma vinculação afetiva que se estabelece enquanto processo e efeito de subjetivação.

Esses fragmentos me ajudaram a pensar que o exercício da autonomia, da capacidade de se autogovernar, de pensar e decidir sobre sua trajetória singular de vida, passaria, necessariamente, pela constituição de um território subjetivo. Um espaço onde o protagonista poderia ser o primeiro a experimentar, genuinamente, essa criação existencial. Aí parece residir, agora com mais nitidez, o entendimento de protagonismo que passo a defender no próximo capítulo.

3. PARTICIPAÇÃO E PROTAGONISMO: A INSURGÊNCIA DE UM COLETIVO

*Isso aqui é nossa segunda família,
quando um tem problema, a gente procura solucionar.
Isso ajuda a ficar mais liberto, a saber as coisas!*

A epígrafe que abre este capítulo resultou da roda de conversa na assembleia dos usuários, quando propus discutirmos as relações entre a participação nas reuniões e a possibilidade de se sentirem mais independentes e capazes de melhor “comandarem” suas vidas. Ou seja, queria ouvi-los acerca da relação entre a participação em espaços instituídos e a produção de autonomia a partir dessa mesma participação.

Esse depoimento não foi dito apenas por um usuário, mas produzido por várias vozes durante a conversa, uma voz misturando-se a outras, entremeada pela minha e pela da trabalhadora que coordenou a assembleia aquele dia.

A assembleia é pra gente botar os pingos nos “is”, como a gente diz, né?!

A gente passa sábado e domingo em casa, às vezes sozinho, fica na rua, então de segunda à sexta... isso aqui não tem como explicar!

Essas frases foram ditas logo que iniciamos a conversar sobre o que pensavam acerca da participação nas assembleias até chegarmos ao tema da autonomia.

Autonomia é saber as coisas assim né? É saber se virar!

A partir disso, histórias de conquista de benefícios sociais, melhoria nas condições básicas de sobrevivência, resgate da autoestima e de como a participação e a inserção em diversas atividades na sociedade ajudou a promover certo rompimento com o estigma de doente mental.

Mencionaram atividades como a participação nas feiras do livro, da saúde e mateadas¹³ no município; apresentações de capoeira¹⁴ e jogos no Intercaps; atividades

¹³ Atividade típica dos gaúchos, que se reúnem para tomar chimarrão, geralmente aos domingos ou feriados, em alguma praça ou parque da cidade. As mateadas são iniciativas, muitas vezes, organizadas pelas prefeituras em virtude de alguma comemoração ou evento, acompanhadas de alguma

em projetos de educação; participação na oficina de documentos perdidos, mantida através da associação dos usuários, além das oficinas realizadas pelo CAPS.

Essa relação entre a participação em diversas atividades e inserções sociais é apontada por Alves & Guljor (2008) enquanto uma das premissas para o cuidado em saúde mental. A autonomia, para os autores, refere-se à possibilidade de aumento de trocas sociais, isto é, a ampliação das relações com o território.

O posicionamento dos autores concorda com o que Soares & Camargo Júnior (2007, p. 67) discutem acerca da autonomia enquanto valor para a saúde. Ancorados no pensamento de Canguilhem, que toma a vida associada ao conceito de norma, “(...) fazendo com que vida e norma se tornem um binômio indissociável”, detêm-se em discutir o conceito de autonomia vista como potência auto-recuperadora do organismo humano.

Destacam que, para Canguilhem, “(...) curar é criar para si novas normas de vida” (SOARES & CAMARGO JÚNIOR, 2007, p. 68), o que se aproxima do entendimento de autonomia proposto por Onocko Campos & Campos (2008) como “(...) a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências. (...) um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos (...)”:

Portanto, a definição de autonomia que propomos a torna sempre uma forma relativa, em gradientes, passíveis de terem seus limites sempre tencionados, mudados. O seu exercício, assim, se aproxima de uma ética, pois deverá sempre se colocar em situação e envolverá algum juízo de valor. Não haveria uma autonomia pronta *a priori* para todos, nem para qualquer situação (ONOCKO CAMPOS & CAMPOS, 2008, p. 674).

Essa definição de autonomia, todavia, levou-me a outro estranhamento. Conforme participava das assembleias, um certo confronto de concepções de participação começou a se delinear para mim: uma participação “desejável”, enquanto trabalhador/pesquisador em saúde mental, e uma participação possível ou realizável nesse espaço.

apresentação tradicionalista. O chimarrão, por sua vez, é a bebida característica dos gaúchos, preparada a base de erva mate e água quente.

¹⁴ O coordenador do CAPS II, além de suas funções de gestor, também é instrutor de capoeira.

Chamava-me a atenção essa dissociação, reforçada pela maneira como os usuários participavam e se vinculavam às assembleias. Percebi que a formação desse grupo tinha algo de diferente. A união entre eles, reforçada pelos vínculos de convivência há tempo estabelecidos, possibilitava que se ajudassem mutuamente.

Quando um relatava determinada situação, os outros, muitas vezes, participavam dando orientações de como deveria agir ou, simplesmente, compartilhando sua experiência em situação semelhante. Aqui, para mim, começava a surgir a possibilidade do protagonista efetivamente protagonizar.

Nesse território, a formulação de “novas regras de vida” – a própria produção de autonomia - era engendrada através de uma forma de participação diferente e singular, que, de início, causou-me muito estranhamento. No entanto, fundamental para sinalizar a emergência de um espaço diferente de participação.

Talvez as palavras de Pelbart (2003) ajudem-me a evidenciar esse espaço:

(...) a subjetividade é uma força viva, até mesmo uma potência política. Pois as forças vivas presentes na rede social, com sua inventividade intrínseca, criam valores próprios, e manifestam sua potência própria. É o que alguns chamam de potência de vida do coletivo, sua biopotência. É um misto de inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laço (PELBART, 2003, p. 73).

Desse modo, o entendimento do conceito de autonomia, enquanto capacidade do sujeito de agir sobre si mesmo, começou a ser repensado. Isso em virtude de perceber que, para gerar novas normas de vida em relação com seu território, o usuário, na maioria das vezes, é inserido em atividades mediadas pelos trabalhadores, sendo conduzido por eles, o que pode acarretar certos riscos, conforme apontam algumas pesquisas (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006; AMORIM & DIMENSTEIN, 2009; PAULON ET AL., 2007; ROMAGNOLI et al., 2009).

Parece-me que o depoimento seguinte ilustra tais riscos:

Eu acho que as oficinas terapêuticas, as atividades culturais, que é uma coisa forte que a gente tem no CAPS, por exemplo, ginástica, capoeira, dança, todas essas atividades a gente procura levar pra comunidade, mostrar pra comunidade que o nosso doente mental é capaz. Então, a gente procura transmitir pra eles, fazer com que eles tenham

essa autonomia, mostrando que eles podem ser atores de sua própria vida, de sua própria história, de fazer qualquer atividade como qualquer pessoa da comunidade dita normal (...). Eu acho que a gente tem conseguido um espaço legal dentro dos bairros, com as associações de bairro. Sempre que a gente tem um encontro ou outro da saúde mental, a gente procura trazer a associação de bairro pra poder passar pra eles como lidar com nosso doente mental lá na comunidade, mostrar pra eles que o nosso doente mental é um cidadão comum como qualquer outro mesmo tendo suas limitações, né?! (G1).

Mostra-se, dá-se autonomia? Especialmente dito por um gestor, evidencia os riscos de que o trabalho com a desinstitucionalização da loucura revista-se de um tom militante-professoral, apontando certa pedagogização ou especialismos nada incomuns neste campo. Por refletir outro risco significativo aos rumos que o processo de reforma do modelo de assistência em saúde mental tem tomado no Brasil, este ponto tem sido estudado por alguns pesquisadores da Reforma Psiquiátrica:

(...) o perigo de uma modulação da relação de tutela operada pelo antigo manicômio para o controle cronificado dos serviços ditos “abertos”. Existem sinais visíveis de modulação da série: doença mental – tutela – manicômio para outra que pode constituir outros perigos: doença mental – controle – serviços abertos. (...) por um lado, se há uma intensa luta pelo esvaziamento processual dos manicômios e a conseqüente implantação dos serviços ‘abertos’, por outro é justamente pela existência de ‘muros invisíveis’ nesses serviços que pode estar sendo constituída uma nova forma de captura que o contemporâneo nos impõe. O movimento pela autonomia dos usuários dos serviços substitutivos pode coincidir com o momento de sua captura (OLIVEIRA, 2006, p. 86-87).

Questionada sobre seu entendimento acerca de autonomia em saúde mental, outra antiga trabalhadora e ex-gestora da rede do Alegrete reforça tal risco de sobreimplicação:

Por exemplo, com pessoas que têm sofrimento psíquico grave, nós conseguimos que elas cuidassem de suas vidas, que elas tomassem conta do seu dinheiro, que elas brigassem por aquilo que quisessem, que elas morassem sozinhas. Então, uma série de coisas que eu acho que, mesmo as pessoas que a gente jamais imaginava que pudessem ter autonomia, elas começaram a ter. (...) ajudamos as pessoas a conseguir um benefício, porque se tu não tem a coisa básica, tu não consegue nada né?! Mas o

importante é que as pessoas tão conseguindo organizar suas vidas. Ah... teve uma época que a gente começou a se dar conta que as pessoas tinham que ter alta, porque tava tão bom na saúde mental, tão confortável assim, a gente era uma família tão legal pra eles [risos]... e isso foi difícil, né, daí a gente teve que começar a dizer: “não, o lugar de vocês, a vida de vocês é lá, vocês já estão bem. Se vocês ficarem doentes de novo, voltem, a gente vai tá aqui!”. Então, começamos a trabalhar essa questão de poder ter autonomia lá no território deles, porque aqui eles já tinham. Às vezes, a gente tinha que mostrar pra eles que era possível eles terem lá, só que daí a sociedade não ajuda muito, o posto de saúde não ajuda, porque entende que não é responsabilidade deles cuidar e é responsabilidade deles cuidar. Então, até a gente mudar isso...

Penso que esses depoimentos dão visibilidade à questão da importância do protagonismo, pois indica o quanto muitos de nós, trabalhadores/militantes da saúde mental, ainda tomamos como nossa a tarefa “dar autonomia” ao usuário, o que, inevitavelmente, produz certa tutela e a produção de uma cidadania “concedida”. Nesse sentido, vejo diminuídas as potencialidades do *lutador agoniado* traçar suas batalhas singulares, ainda que num movimento titubeante frente à luta para construir outros modos de relação com a loucura.

Talvez por isso, Costa-Rosa (2000, p. 155), ao analisar a Estratégia Atenção Psicossocial (EAPS), postule a importância do “reposicionamento do sujeito” para se pensar o cuidado em saúde mental. Em texto em parceria com Yasui, reforça que “(...) para esse novo paradigma, produção de saúde e produção de subjetividade estão entrelaçadas e são indissociáveis”:

É necessário reconhecer, e não esquecer, que somos atores de uma prática social, que tem a potencialidade, por meio dos encontros que ensejamos no cotidiano de nossa práxis, de produzir novos processos de subjetivação, de produzir **modos mais autônomos de viver** e de fazer a diferença (YASSUI & COSTA-ROSA, 2008, p. 35, grifo nosso).

Desse modo, assim como antecipo no capítulo 2, a autonomia, enquanto capacidade de se autogovernar, de criar *auto* (próprio) e *nomos* (leis e normas), adquire uma conotação diferente do protagonismo, enquanto condição daquele que “luta e agoniza” por/em um lugar primeiro no confronto coletivo – condição heróica no *ágon*.

Assim como os gregos entendiam, era a luta dramatizada em espaços coletivos, nas assembleias e reuniões dos helênicos, que os empoderava, que transformava simples homens em heróis e lhes outorgava outra condição subjetiva, outro *status* social. Parece-me que o exercício de protagonizar, assim visto, amplia e potencializa as possibilidades de criação das próprias normas de vida, pois prepara para tal empreendimento. Para que a participação no espaço coletivo resulte, portanto, em experiência de um lutador heróico – primeiro no confronto agonístico - o coletivo de que se trata aqui não pode ser apreendido em seu sentido mais naturalizado – reunião de pessoas. É preciso, ainda, delimitar melhor a concepção de coletivo que sustenta a forma de participação que estamos defendendo, como faz a autora abaixo:

(...) um conceito de coletivo cuja definição não se dá por oposição ao indivíduo, pois não se confunde nem com um social totalizado nem com a interação entre seres já individuados. Trata-se de um coletivo a ser apreendido a partir de dois planos distintos, porém inseparáveis. Planos que se cruzam desfazendo as binaridades: o plano das formas e o plano das forças. O plano das formas é o plano de organização e desenvolvimento das formas (Deleuze, Parnet, 1998), plano do instituído (Lourau, 1995) e da Lei, e concerne às formas já constituídas – individuais ou coletivas. (...) O plano das forças é o plano de constituição/criação das formas – individuais e sociais. Também definido como plano de imanência (Deleuze, Parnet, 1998), plano do instituinte (Lourau, 1995) ou plano de relações (Veyne, 1982) (ESCÓSSIA, 2009, p. 690).

Coletivo esse visto como plano relacional, *entre* indivíduo e sociedade, de agenciamento e, portanto, produtor de subjetividade. Espaço fértil para a experimentação de maneiras outras de viver a vida, especialmente importante quando se trata desses radicalmente diferentes: os ditos “loucos”:

Se ele for um espaço verdadeiro, no qual eu possa divergir, opinar, divergindo ou concordando, acho que isso realmente contribui. Pelo menos dentro da associação e em alguns setores existe. Eu acho de extrema importância pra qualquer pessoa poder participar. Nós temos colegas dentro da associação que são, assim, extremamente difíceis de lidar, mas estão ali participando... (U2).

Esse depoimento afirma o caráter terapêutico que um coletivo pode propiciar, evidenciando a interface clínica e política, proposta por Passos & Benevides (2004):

(...) aí nos encontramos com modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação

da realidade, modos de criação de si e do mundo (...). Entendemos a experiência clínica como a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano da produção que é plano do coletivo. O coletivo, aqui, bem entendido, não pode ser reduzido a uma soma de indivíduos ou ao resultado de um contrato que os indivíduos fazem entre si. Coletivo diz respeito a este plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. (...) No coletivo não há, portanto, propriedade particular, personalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas (PASSOS & BENEVIDES, 2004, p. 165-166).

Dessa forma, a insurgência desse coletivo, seja evidenciado nas assembleias dos usuários ou no choro de Juliana pela ausência de seus “iguais”, afirma-o como mecanismo participativo propício ao exercício de protagonismo. Um espaço fértil, ainda que mediado de certa forma, porém capaz de favorecer um tipo de participação, mais genuíno e singular, principalmente quando se refere à participação dos “alienados mentais”.

A fim de problematizar essa concepção de coletivo, apresento outra cena, a partir das entrevistas com os gestores do Sistema de Saúde Mental de Alegrete.

O *SAISMental* promove as “Rodas do Saber”. São encontros onde todos os serviços da rede de saúde mental – CAPS II, CAPS I, CAPS ad, Serviço Residencial Terapêutico, Hospital Santa Casa – reúnem-se para pensar, avaliar e discutir as demandas e novas propostas para a saúde mental do município.

Nesses encontros, busca-se reunir os diversos setores da sociedade a fim de comporem forças e tecerem um trabalho em conjunto. Foi assim que as aproximações com o Poder Judiciário e com o Ministério Público permitiram um melhor entendimento do trabalho desenvolvido nos CAPS, repercutindo, por exemplo, na forma como resolviam questões de internação judicial, interdições, drogadição e abuso de álcool, além dos constantes encaminhamentos para a rede.

Entretanto, quanto à possibilidade de construção em conjunto com os usuários, um dos gestores referiu-se da seguinte maneira:

Aí fica mais centrado nos trabalhadores, né! Mas, então, as tomadas de decisões, geralmente, a gente leva pra assembleia dos usuários também. A gente tá decidindo isso, isso, isso e leva pra discussão na assembleia dos usuários e aí a gente recebe a

opinião deles, né, do que eles acham de alguma decisão tomada pelo sistema de saúde mental (G1).

No entanto, me parece que as decisões já se encontram tomadas. Por que não inserir o usuário para decidir junto? Já que se trata de um encontro para estreitar laços ou construir novas parcerias, onde entra o usuário nessa tessitura de rede?

No mês de agosto de 2010 foi realizado um desses encontros com o objetivo dos trabalhadores discutirem questões do cotidiano dos serviços. Ao conversar com outro gestor, foi destacado que um dos pontos fortes relatado pelos trabalhadores foi a parceria entre os serviços e os usuários, conforme consta no depoimento abaixo:

Foi destacada essa parceria que há entre o serviço e o usuário, no sentido de escutar, de acompanhar, entender, de auxiliar, de construir junto com ele até o próprio projeto terapêutico, sabe?! Acredito que a gente precisa evoluir, precisa amadurecer mais pra ter reuniões do colegiado gestor, que incluam usuários e familiares, enfim, eu acho que a gente precisa amadurecer, discutir um pouco mais isso e estruturar. Acho que é importante, acho que a gente vai acabar chegando nisso (...). Assim como uma reunião de equipe, que tem um momento mais administrativo, que são das questões do dia-a-dia, enfim administrativa mesmo, de funcionamento, tem questões que são do processo de trabalho, que é discutido entre os trabalhadores. Acho que pode ter um momento que se escute a demanda que venha dos usuários, que eles possam até opinar e dar sugestões, né! (...) Mas acho importante ter um espaço de interlocução com os usuários (G2).

“Que se escute a demanda...”, apenas isso?

Quando os trabalhadores destacam que veem parceria entre os serviços e os usuários, fico a me perguntar se os usuários também veem isso da mesma forma. Qual o entendimento deles acerca dessa parceria? Cadê o usuário/analizador da rede? Como protagonizar mediante decisões previamente decididas? Aqui me parece ser um espaço coletivo interessante para o exercício participativo, que poderia ser melhor potencializado, à medida que fosse levada em conta sua dimensão de transformação e espaço de experimentação aos usuários. À medida que o confronto público de idéias

pudesse ser efetivamente experimentado, forçando a instituição participação às linhas de fuga de um desejo de falar em primeiro lugar – *proto-agonizar!*

Concordo com o depoimento da gestora acima acerca da importância de se instituir espaços de reunião e deliberação sobre o processo de trabalho e composição da rede de saúde mental, no entanto, penso que a ausência de maior participação do usuário nessa construção poderia ser repensada. Inclusive a própria constituição desse coletivo, da importância de pensá-lo enquanto força propulsora de um exercício de protagonismo do usuário. Ou corremos o risco de cair na mesma cilada, conforme alerta Escóssia (2009):

(...) toda e qualquer prática dita coletiva, no âmbito da Saúde Pública, tem tido a potência de ativar esse plano pré-individual e molecular do coletivo, permitindo o movimento de criação e transformação das formas? Ou será que determinadas práticas têm obstruído o acesso a esse plano de criação, trabalhando a favor da permanência e cristalização de determinadas formas instituídas? (ESCÓSSIA, 2009, p. 691).

PALAVRAS FINAIS (ou seriam novos começos?)

*Não façam nada pra nós, sem nós!*¹⁵

Essa exigência de finalização trata da tentativa de apresentar resultados parciais de um processo pontual de pesquisa de um objeto complexo e em permanente movimentação. Trata-se de enunciar a “fala” institucional, que, para Lourau (1993), na maioria das vezes, é deixada às sombras. Tarefa das mais árduas (e agoniadas!), pois esse esforço final propõe-se a sintetizar as mais diversas vozes que construíram essa dissertação.

Falar disso torna-se essencial para anunciar o “fora” dos espaços instituídos para a pesquisa, onde o registro dos bastidores dos encontros, nos intervalos e conversas informais – aquilo que no institucionalismo designamos por extra-texto da mesma – ganha força e é enunciado através da escrita do diário de campo.

Essas “falas” podem irromper como a do usuário acima ou, também, timidamente, como a descrição de uma das situações de melhor participação, escolhida como incidente crítico por uma usuária, ao ser convidada a participar de um programa de rádio junto com seu grupo de flauta doce, todos usuários do CAPS.

Havia vários representantes de segmentos da sociedade e todos ficaram impactados com a apresentação que fizemos, mesmo com o grau de dificuldade de muitos de nós. Pude até expressar opiniões no ar!

Resgatar essas situações de melhor vivência de participação, seja nas oficinas, encontros ou demais inserções na comunidade, indicou que a vinculação a um “grupo de iguais”, ou seja, uma experiência coletiva, tinha algo a ver com a possibilidade de interferir na própria vida, algo a ver com uma vivência *agonística*– “até poder expressar opiniões”.

¹⁵ Comentário de usuário durante discussão de propostas na III Conferência Estadual de Saúde Mental. Diário de campo do pesquisador. São Lourenço do Sul, 21 de maio de 2010.

Quando conheci minha professora de pintura e todas as minhas colegas com o mesmo problema que eu, eu tremia tanto que era impossível tentar pintar alguma coisa, mas todas me ajudaram e eu fui pintando, pintando, pintando. Hoje sou mais respeitada e sinto que faço parte e que sou uma pessoa útil (...).

Essa experimentação de intervir sobre sua própria vida, em meio a um coletivo, parece indicar aquele “algo mais” que Juliana reclamava em seu choro, um sinal de abertura para a possibilidade singular de falar/pensar/sentir primeiro e por si só.

Isso nos indicou, ainda que sutilmente, uma diferença entre os termos autonomia e protagonismo, visto que, usualmente, entende-se por autonomia a capacidade, parece que pronta e imediata, de saber se autodeterminar, de, ativamente, traçar formatos e projetos de vida. Porém, esta compreensão mais rasa da autonomia desconsidera, muitas vezes, que esse projeto de “autogoverno” está colado em processos de subjetivação muito próximos das amarras de que justamente pretende se libertar: da solidão individualista. Nessa perspectiva, o tão promulgado fomento à autonomia pode se tornar muito mais uma bandeira de luta de movimentos políticos instituídos para estes fins do que propriamente um exercício de pensar sobre si mesmo, de (re)criar regras e modos de vida compatíveis com os sonhos singulares de cada um.

Em contrapartida, o conceito de protagonismo – tal como trabalhado ao longo deste estudo - emergiu em muitas das situações promovidas pela pesquisa como muito próximo àquilo que os atores da Reforma Psiquiátrica escutados referiam como efeito experimentado em suas boas experiências de participação. *Me sentir fazendo parte... aprender meu valor... poder ser útil para outros... resgatar a própria vida...* foram algumas das expressões utilizadas que referiam a dimensão coletiva da experiência participativa. Daí o termo que remete aos primeiros a enunciarem as adversidades da existência no *agón* parecer mais apropriado para sustentar o tipo de participação que parece demandada pelos atores do atual estágio do processo de reforma em curso no país. Ou, ao menos, para referir à relação de um segmento que reconhecidamente¹⁶

¹⁶ Faço aqui nova referência à menção concedida pelo Ministério da Saúde em 2009 ao município de Alegrete pelas práticas inovadoras na rede de saúde mental da região.

tem *protagonizado* um capítulo importante da história de mudança do modelo de atenção à saúde mental brasileira.

Desse modo, partimos do problema acerca de quais formas ou mecanismos de participação em saúde mental potencializariam o protagonismo dos usuários. Lancei-me ao desafio de cartografar o processo micropolítico da participação, tomando por base as reais possibilidades desses espaços instituídos – formas assembleias, conferências, associações - abrirem-se aos movimentos instituintes e cederem espaço às forças divergentes, às forças que pedem transformação, outro lugar social.

A questão, portanto, era buscar problematizar que tipo de composição participativa permitiria o fomento à autonomia e protagonismo de um usuário, que é, justamente “usuário da saúde mental”, pelo fato de ver reduzida sua capacidade de gerir sua própria vida. Logo, aquele segmento de pessoas que, por definição, são tidas como incapazes mentalmente, conseqüentemente, desprovidas de qualquer capacidade de autonomia, quem dirá de “falar em primeiro lugar” sobre qualquer coisa, mesmo que sobre a própria vida.

Sendo assim, discutir que participação efetivamente temos construído na saúde mental coletiva indica a necessidade de mais pesquisas e debates em torno da “participação possível” a ser construída nesse segmento do SUS. Mas indica, também, a urgência do debate em torno da “participação desejável”, já que temos garantido espaços de participação social que não, necessariamente, resultaram em experiências de incremento à capacidade das pessoas interferirem nos rumos da própria vida.

Exemplo disso, vê-se no relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (BRASIL, 2010) que ratifica o quanto essa é uma questão problemática para o campo das políticas públicas de saúde mental do país. Nas 210 páginas que sistematizam as 1.021 propostas aprovadas em plenária e 38 moções, cerca de 27 referem-se especificamente ao eixo da participação social. Sempre apontando no sentido de incremento, ampliação, aprofundamento dos canais de participação. O termo protagonismo foi 15 vezes referenciado especificamente, e a autonomia dos usuários outras 18 vezes.

Algumas das propostas aprovadas no eixo 3, sub-eixo 3.7 – Organização e mobilização de usuários e familiares em saúde mental – reforçam as discussões, elaboradas nesta dissertação, quando propõem por exemplo:

1. Garantir e estimular em todo o país a participação dos usuários, familiares e sociedade civil na formulação, planejamento e fiscalização das políticas sociais e das políticas de formação dos profissionais intersetoriais, em co-gestão com os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e saúde mental. De modo especial, exige fomentar o protagonismo dos usuários, cuidadores e familiares nas instâncias de controle social, na política local, estadual e nacional de saúde mental do SUS;
2. É preciso garantir que as equipes dos CAPS e outras unidades de saúde e saúde mental sustentem um diálogo ativo e permanente com os usuários, familiares e cuidadores, fortalecendo os dispositivos internos de participação (assembleias, oficinas, grupos de trabalho, conselho gestor, etc.) e regulamentando os espaços próprios de sua organização, dotados de autonomia e condições próprias de funcionamento;
3. Garantir financiamento público para bolsas de incentivo à formação de lideranças de familiares e usuários de saúde mental, de modo a estimular projetos de produção de autonomia e de protagonismo, desde que em concordância com os princípios da reforma psiquiátrica;
4. Implantar, nos serviços de saúde mental, metodologias específicas de grupos, empoderamento, psicoeducação, conhecimento do uso de medicamentos, grupos de ajuda e suporte mútuos, e plano/cartão de crise para os usuários, valorizando sempre os usuários, sua autonomia e autoestima, e objetivando de forma ampla a conquista dos direitos de cidadania;
5. Fortalecer as associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com assessoria escolhida pelas mesmas, de modo a ampliar suas ações (BRASIL, 2010b, propostas 891, 894, 897, 898, 901, p. 141-143).

Essas propostas evidenciam quão caro é para o movimento da Reforma Psiquiátrica a possibilidade de resgate e incentivo às possibilidades da pessoa em sofrimento psíquico “se compreender e agir sobre si mesma”, como já enunciado por Onocko Campos & Campos (2008), ou de “*saber se virar*”, como tão singelamente explicado por um dos usuários entrevistados.

A construção de espaços participativos potentes para isso vincula-se à principal tese aqui defendida: o entendimento de que o fomento ao protagonismo em saúde mental dependeria da garantia de exercícios efetivamente coletivos de confronto livre de ideias, espaços em que as forças instituintes se debatam com as formas instituídas de participação social. Com isso estamos dizendo que o resgate da dimensão heróica de pronunciar-se em um confronto público - que o termo protagonismo guarda - requer a constituição de espaços em que os usuários possam experimentar a capacidade de pensar, sentir e decidir sobre suas vidas singulares em meio ao coletivo que constituem e que os constituem subjetivamente. Estamos, pois, falando de uma costura micropolítica do processo participativo, que não se dá *a priori* nos espaços instituídos para que ele aconteça, mas pode se dar, inclusive, neles.

Evidenciar as potencialidades desse coletivo, formado pela reunião informal e afetiva dos usuários, indica que a gestão do CAPS e do Sistema de Saúde Mental de Alegrete possam investir mais na valorização desse território, na tessitura desse processo de subjetivação.

Os primeiros encontros nas assembleias dos usuários evocaram uma sensação de caos, de ruptura de uma ordem e de um tipo de participação que, idealmente, acreditava dever encontrar nesses espaços. Conforme participava dos encontros essa configuração participativa foi se delineando enquanto um coletivo que potencializava momentos de singularização, onde o protagonista parecia, realmente, entrar em cena.

Também quando solicitei o encontro para a aplicação do questionário das situações críticas na associação, senti a mesma sensação caótica ao reunir um número maior de usuários. Percebi novamente a formação desse coletivo, pois esse encontro diferiu, genuinamente, das demais reuniões de que participei. Os usuários foram convidados a explicitamente “participar” da pesquisa e, a partir disso, dissolveu-se a

centralidade das discussões na figura do trabalhador/militante e dali emergiram os principais momentos de protagonismo que presenciei na associação.

Com isso não estou desconsiderando a importância da associação enquanto espaço de participação, apenas retomando o alerta discutido no capítulo 2 quanto à vinculação da coordenação ao trabalhador de saúde mental, visto poder desvitalizar o caráter instituinte dessa configuração, acarretando em riscos de institucionalização, relações hierarquizadas de saber/poder, perpetuando antigos fantasmas tutelares e manicomiais.

Para finalizar, brincando novamente com a etimologia, a palavra assembleia¹⁷ deriva do latim *assimulare*, que significa “tornar parecido, semelhante”, antes de mudar para o sentido atual de “reunir, agrupar”. Parece realmente uma confluência de sentidos, onde o *proto-agonista*, aquele que primeiro sofre – mas que também pelega e insiste – precisaria, para primeiro falar, da presença do semelhante, da constituição de um ambiente onde a diferença coexista com a singularidade.

Todos os rostos, vozes, imagens e sentimentos que sorvi durante o período da pesquisa povoam este escrito final: através do choro de Juliana, dos relatos e histórias de vida e luta por respeito e inclusão, no esforço para romper com a clausura de um estigma ainda marcante.

Mesmo sem ter sido “a primeira a falar” desse debatido tema da participação social na saúde mental, esta pesquisa teve a pretensão de enunciar publicamente – ao menos trocar entre semelhantes de meu espaço acadêmico e profissional – as agonias e os desejos de um psicólogo em seu cotidiano na rede de saúde mental em que atua. Que ela sirva para ampliar o debate acerca das atuais exigências que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira impõe a todos seus atores. Mas, principalmente, que ao problematizar a temática das formas e forças contidas nos espaços participativos da saúde mental, que seja mais um dispositivo para que os usuários da saúde mental se façam mais protagonistas, sejam menos silenciados e alienados de sua força e potência. Que o “*nada mais para nós, sem nós!*” deixe de ser um pedido isolado de um

¹⁷ Disponível em: <http://origemdapalavra.com.br/palavras/assembleia>. Acesso dia: 25 fev. 2011.

usuário escutado em uma pesquisa em saúde mental e se torne um imperativo ético para toda política pública de nosso país. Que o usuário possa, realmente e cada vez mais, ser o ator principal, capaz de criar caminhos para si e, com isso, impulsionar a revolução de sentidos que se pretende alcançar com o movimento de nossa Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEGRETE. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental – SAISMental. **Plano Municipal de Saúde Mental**, 2007.

_____. **Estatuto da Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete**, 1998.

ALMEIDA, Kamila Siqueira de; DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 577-589, jul.-set., 2010.

ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; DA ESCÓSSIA, Liliana (orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ / ABRASCO, 2008.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul.-set., 1995.

AMORIM, Ana Karenina Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Loucura e Cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 319-336, mai.-ago., 2009.

ANDRAUS, Lourdes Maria Silva et al. Incidentes críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas. **Revista de Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 574-579, out./dez., 2007.

BARROS, Regina Benevides de. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). **Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes**. 1ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 196-206, 2003.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; DA ESCÓSSIA, Liliana (orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; AFFONSO, Kátia de Carvalho. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr.-jun. 1998.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega volume III**. 12ª. Edição. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Menção de Reconhecimento de Experiências Exitosas de Saúde Mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 17 jan. 2010a.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b, 210p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 13ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 12ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Novo Código Civil**. Lei n°. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 9ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1992.

_____. Congresso. **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 intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Gabinete do Ministro, 1986.

_____. **Código Civil**. Lei n°. 3.071, de 01 de janeiro de 1916. Diário Oficial da União, 1916.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Airton José; TURINI, Bárbara. Controle Social em Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; JUNIOR, Luiz Cordoní (orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL / NESCO / ABRASCO, 2001.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009.

_____ (org.). **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan.-jun. 2002.

COSTA-ROSA, Abílio. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). **ENSAIOS: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DAMASCENO, Simone Soares; BRITO, Karen Krystine; MONTEIRO, Cristine Hirsch. Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 59-66, jan.-mar. 2010.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Micropolítica e segmentaridade. In: _____. **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. Vol. 3**. São Paulo: Editora 34, 2007.

DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, v. 17, n. 37, p. 195-206, 2007.

ESCÓSSIA, Liliana. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 689-694, 2009.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 431-446, mai.-ago., 2010.

FLANAGAN, John. A técnica do Incidente Crítico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, abr./jun., 1973.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, sup. 2, p. 2115-2122, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. 6ª. Ed. São Paulo: Perspectiva S.A., 2000.

GALERA, Sueli Aparecida; TEIXEIRA, Marina. Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 69-75, maio 1997.

GOULART, Flávio. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 18-32, jan.-mar., 2010.

GUANAES, Carla; JAPUR, Marisa. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 134-140, 2001.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 10ª. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

GUIZARDI, Francini Lube et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HESS, Remi. O movimento da obra de René Lourau (1933-2000). In: ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LACERDA, William Almeida; SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 197-205, jul.-dez. 2007.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008

LOURAU, René. **A Análise Institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MARTINS, Fernanda; CARVALHO, Emilia. A percepção do paciente referente a ser portador de um cateter de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 526-531, 2008.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; CONCIANI, Marta Ester. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 319-331, 2009.

OLIVEIRA, Joana Angélica. **O Processo de Desinstitucionalização da Loucura em Serviços de Saúde Mental no Estado de Sergipe**: um problema clínico-político. Niterói: UFF, 2006. Dissertação (Mestrado em Produção de Subjetividade). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, 2006.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo. Desafios para os CAPS como serviços substitutivos – a nova cronicidade em questão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (no prelo), 2010.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; DA ESCÓSSIA, Liliana (orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; DA ESCÓSSIA, Liliana (orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 159-171, jan.-jun., 2004.

PAULON, Simone Mainieri et al. Das múltiplas formas de habitar uma morada: a produção do cuidado em um Serviço Residencial Terapêutico. **Revista Vivência (UFRN)**, v. 32, p. 119-137, 2007.

PELBART, Peter Pál . Da função política do tédio e da alegria. In: FONSENCA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes. **Cartografias e Devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

_____. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: GUATTARI, Félix et al. (orgs.). **SaúdeLoucura 2**. 3ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

RIBAS, Camila Rezende Pimentel et al. Incidentes críticos no processo de ensino-aprendizagem em diabetes na perspectiva da equipe multiprofissional de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 747-755, 2008.

ROCHA, Marisa Lopes; AGUIAR, Katia Faria. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria; SPRICIGO, Jonas Salomão. Associação dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: desvelando sua significação. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 240-245, abr.-jun., 2006.

ROLNIK, Suely. **CARTOGRAFIA ou de como pensar com o corpo vibrátil**. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensarvibratil.pdf>. Acesso dia 07 out. 2009a.

_____. **À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia**. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/homemetica.pdf> Acesso dia 07 out. 2009b.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 199-207, jul.-set., 2009.

SANTOS, Núbia Schaper et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2000. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org> . Acesso dia 19 nov. 2010.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 65-78, jan.-abr., 2007.

SOUZA, Waldir da Silva. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.933-939, jul.-ago., 2001.

SPOSATI, Adaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out.-dez. 1992.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; RODRIGUES, Jeferson. **Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil: uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/organizacaoeduardojeferson.pdf> . Acesso em 21 out. 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Palestra de apresentação do Eixo 3: Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial. **III Conferência Estadual de Saúde Mental**. São Lourenço do Sul, RS, 20, 21 e 22 de maio de 2010.

_____. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan.-abr., 2009 (CD-ROM).

_____ (org.). **Abordagens psicossociais, volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares.** São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo: Paulus, 2003.

VÁSQUEZ, María Luisa et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar.-abr., 2003.

YASSUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan.-dez., 2008.

ANEXOS

ANEXO 1

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ declaro, para os devidos fins, estar participando voluntariamente da pesquisa **“E eu com isso?” PROTAGONISMO E PRODUÇÃO DE SAÚDE MENTAL**, que será realizada pelo mestrando Diogo Faria Corrêa da Costa, sob a orientação da Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Fui informado (a) de que esta pesquisa objetiva “identificar as formas/mecanismos de participação do usuário, na rede de saúde mental do município de Alegrete, que potencializem efeitos de protagonismo e autonomia” e que minha participação se dará através do preenchimento de um questionário, grupo de discussão e entrevistas gravadas. Tenho clareza de que tal trabalho servirá de subsídios para a elaboração da Dissertação de Mestrado do pesquisador. Declaro que autorizo o mesmo a gravar as entrevistas que realizar, relatar em seu diário de campo suas observações e utilizar os dados provenientes do preenchimento do instrumento para a realização deste estudo.

Estou disposto (a) a participar da pesquisa e ciente de que não corro qualquer tipo de risco, dano ou desconforto dela decorrente. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar outros esclarecimentos, a qualquer momento, bem como terei liberdade de retirar meu consentimento de participação sem necessidade de justificar tal decisão, sem acarretar qualquer tipo de prejuízo.

Os dados obtidos através da pesquisa não serão divulgados de forma a possibilitar minha identificação, garantindo o sigilo da participação. Os mesmos ficarão sob o controle do pesquisador e terei livre acesso aos resultados da pesquisa, após sua conclusão.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Diogo Faria Corrêa da Costa
Instituto de Psicologia – UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2600 / CEP: 90035-003 - Porto Alegre
Cel. (55) 9961-5561

Participante

ANEXO 2**ROTEIRO ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS****Trabalhadores e Gestores**

1. Fale sobre a constituição do movimento da saúde mental de Alegrete.
2. O que é necessário para manter “vivo” esse movimento?
3. Há participação dos usuários? Quais os espaços organizados de participação?
4. Fale sobre como se deu a organização da Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete. [Somente se o participante se referir à associação, senão a pergunta é outra: Conheces alguma associação de usuários? Qual? O que sabes dela?]
5. Em sua opinião, o que é participação social?
6. E quanto à participação do usuário na constituição dos serviços de saúde mental?
7. O que você entende por autonomia?
8. Isso que definiste como autonomia existe em saúde mental? Onde? Como? De que formas?
9. O que é necessário para desenvolver ou incentivar processos de autonomia?
10. Tu vêes relação entre participação social e autonomia em saúde mental? De que maneira, em que espaços, quais experiências?

ANEXO 3**ROTEIRO ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS****Usuários**

1. Quando foi a primeira vez que você procurou o serviço de saúde mental? Por quê?
2. Em que outros momentos você procurou a saúde mental?
3. O que você poderia falar sobre o que já participou da rede de saúde mental? Você sente que faz parte dessa rede?
4. O que faz parte dessa rede pra você? Como você a entende, o que ela significa para você?
5. Como você percebe a possibilidade de participar das decisões sobre o serviço de saúde mental? Dê exemplos, situações vividas.
6. Você já se sentiu mais autônomo vindo nas reuniões da associação ou nas assembleias do CAPS? Participar destas atividades ajuda nisso?
7. A associação ou o CAPS ajuda a se sentir mais _____? [usar as palavras que o usuário tenha se referido para definir autonomia e participação] Por quê? De que forma? Não? O que poderia ser diferente, o que poderia ajudar para que isso mudasse?
8. Você acha que estes espaços de participação incentivam ou fortalecem sua autonomia? Como? De que maneiras?

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO DE INCIDENTES CRÍTICOS

<p>Descreva aqui a situação em que você se sentiu MAIS PARTICIPATIVO da rede de cuidados em saúde mental em que você está inserido.</p>	<p>Descreva aqui a situação em que você se sentiu MENOS PARTICIPATIVO da rede de cuidados em saúde mental em que você está inserido.</p>
--	---