



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

PSICOLOGIA

Laís Brito Moraes da Silva

Protagonismo em saúde mental e sofrimento psíquico

Brasília

2021

UNICEUB

Laís Brito Moraes da Silva

Protagonismo em saúde mental e sofrimento psíquico

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília UniCEUB como requisito parcial à conclusão do Curso de Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Brasília

Dezembro de 2021

Folha de Avaliação

Nome: Laís Brito Moraes da Silva

Título: Protagonismo em saúde mental e sofrimento psíquico

Banca Examinadora:

Professora Orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Professor: Dr. Daniel Magalhães Goulart

Professor: Me. Leonardo Cavalcante de Araújo Melo

Brasília – DF

Dezembro de 2021

*Dedico este trabalho a
todos aqueles que nutrem
em si o desejo de
mudança, mesmo que nas
condições mais precárias.*

Agradecimentos

Aos meus pais, Luciana e Heverton, que com amor me ensinaram o poder transformador da educação. Agradeço pelo afeto, cuidado e constante apoio para que eu chegasse até aqui. Vocês são minha fortaleza. Amo vocês incondicionalmente.

Aos meus avós e familiares. Vocês me inspiram a viver e me enchem de alegria.

Ao Tiago, meu amor, que com tanta ternura, carinho e curiosidade entrou no cotidiano para ficar e topor qualquer parada. Amo você!

À Mila, que ficou ao meu lado durante toda a produção desse trabalho.

Aos meus amigos Thamyris, Caio, Clara, Annabel, Katia, Carmen e Luiza, que perto ou longe se fazem presentes e potentes. Vocês são especiais demais!

A Caroline e Isabela, que compartilharam comigo as angústias e alegrias da saúde mental com muito afeto e parcerias. Vocês têm toda a minha admiração!

Agradeço também às meninas do “Deir” que foram e são meu espaço de ajuda mútua. Que alegria compartilhar a Psicologia com vocês!

Aos meus professores queridos do Uniceub por transmitirem tão bem essa profissão que escolhi para a vida. Vocês me incentivaram a pensar na Psicologia de forma ética e crítica, sem deixar faltar a delicadeza que o ser humano necessita. Além disso, me motivaram a sempre ir além. Deixo meu carinho especial para os professores Lucas, Leonardo, Mara, Morgana, Ana Flávia, Juliano, Daniel e Polyanna.

À minha orientadora e supervisora Tania, que mistura doçura e militância com elegância no seu fazer diário. Agradeço pela leitura minuciosa dessa pesquisa e pelo apoio durante todo o processo. Seu olhar para o outro me inspira de tantas formas!

À Anallú, por me escutar, acolher e tensionar. Obrigada por ser minha analista!

Ao PRISME, que me proporcionou espaço de convivência e muito aprendizado durante a minha formação.

À Inverso, onde aprendi sobre relações horizontais e me apaixonei pela loucura como modo de existência.

Aos usuários e profissionais do CAPS do Paranoá e de Samambaia. Que riqueza foi aprender a fazer saúde mental nesses espaços!

Aos participantes dessa pesquisa, que me emocionaram com suas trajetórias e me inspiram a luta!

Sumário

Introdução	12
Capítulo 1. Do manicômio às portas abertas	14
1.1. Paradigma manicomial	15
1.2. Paradigma psicossocial	16
Capítulo 2. Do empoderamento à participação social em saúde mental	22
2.1. O movimento <i>recovery</i> como possibilidade	23
2.2. Experiências de fortalecimento e construção de protagonismo	25
2.3. Gestão Autônoma da Medicação	26
2.4. Comunidade de Fala	28
2.5. Grupos de ajuda e suporte mútuo em saúde mental	30
Capítulo 3. Desafios atuais para a Política Nacional de Saúde Mental	35
Capítulo 4. Considerações Metodológicas	39
4.1. Participantes e local	40
4.2. Instrumentos	41
4.3. Procedimento para análise das informações qualitativas	41
Capítulo 5. Análise das Informações Qualitativas	45
5.1. Análise sócio-histórica	43
5.2. Análise formal	51
5.2.1. Narrativas pessoais	52

5.2.2. O cuidado e a retomada de si	63
5.2.2.1. A descentralização da medicação	66
5.2.2.2. A família	68
5.2.3. O percurso na militância e a ajuda mútua	70
5.2.4 O trabalho e a autonomia	72
5.3. Interpretação e reinterpretação	75
5.3.1. Racismo	75
5.3.2 A educação popular e a saúde mental	77
Considerações finais	81
Referências	84
Apêndices	95
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
APÊNDICE B - Entrevista Narrativa	98

Resumo

A presente pesquisa aborda o protagonismo de usuários no campo da saúde mental. Teve como objetivo investigar e compreender estratégias de produção de autonomia, empoderamento e *recovery* de facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuo em saúde mental e participantes de movimentos sociais em saúde mental no DF. Como objetivo específico foram analisadas estratégias de empoderamento de pessoas que vivenciaram ou vivenciam sofrimento psíquico. Para investigação foi utilizado método qualitativo e produção de informações qualitativas por meio de narrativas. A análise das informações qualitativas foi a partir da hermenêutica de profundidade baseada em Demo (2001). Para isso, foram realizadas 3 etapas: análise sócio-histórica, análise formal/discursiva e interpretação e reinterpretação. Nestas etapas, as análises foram organizadas em 3 constelações de sentido a partir da compreensão de uma trajetória: a retomada de si, o percurso na militância e a ajuda mútua, o trabalho e a autonomia. A partir destas, foi possível compreender que as estratégias de produção de autonomia, *recovery* e empoderamento são múltiplas. A reinterpretação possibilitou refletir acerca da relação do racismo na produção de sofrimento psíquico. Além disso, a educação popular surgiu como um espaço fundamental na desconstrução do estigma relacionado à loucura. Essas estratégias apresentam uma confluência e envolvem a necessidade de ampliação da RAPS para melhor alcance de pessoas em sofrimento psíquico no território.

Palavras-chave: autonomia, militância, protagonismo, narrativas pessoais, hermenêutica de profundidade.

“Eu acho que eu endoidei porque eu não me conformei, eu endoidei porque eu queria ser melhor. Queria um tratamento melhor, queria um monte de coisa de melhor. E foi uma forma de negar as frustrações, de negar os sofrimentos, uma forma de me exprimir, de uma expressão positiva. Pode ser que a gente chegue num momento que só enlouquecendo.”

Camila, participante desta pesquisa.

Vivemos em uma sociedade que apresenta em sua estrutura relacional a violência (Basaglia, 1991). Nesse cenário, as pessoas com sofrimento psíquico grave¹ foram historicamente alvo de estigmatização, agressão e enclausuramento em manicômios (Desviat, 2015). A Luta Antimanicomial possibilitou avanços para a transformação desse cenário e dos modos de concepção do sofrimento psíquico. Dentre esses, foi criada uma rede de cuidado de base comunitária em que envolve o usuário dos serviços como protagonista de seu processo de saúde. Entretanto, vivemos um período de resistência em que é necessário lutar, enquanto população, para que os serviços não sejam desfeitos. O atual contexto da Política Nacional de Saúde Mental apresenta retrocessos e estagnação dos investimentos em dispositivos de base comunitária (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

Nesse sentido, a participação social tem um papel fundamental de tensionamento político nas instituições. A organização de coletivos, grupos e movimentos favorece a discussão do status da loucura para além do meio científico e dos espaços nos quais a pessoa em sofrimento psíquico pouco é ouvida. Como menciona Eduardo de Araújo (2003, p.58), trata-se de "dar voz e vez ao louco em instituições que pretendem ser não-manicomiais". Esta atitude abre um espaço para que técnicos do "saber-poder" se permitam esquecer o aprendido para criar um "novo saber e uma nova técnica".

É a partir dessa luta que nasceu o meu interesse e mobilização pessoal para realização dessa monografia. Por meio das minhas experiências enquanto extensionista e estagiária no campo da saúde mental pude viver a relevância da voz e participação de usuários e frequentadores nas decisões institucionais, políticas e sociais.

¹ O termo "sofrimento psíquico grave" foi cunhado por Ileno Izídio Costa e será abordado na fundamentação teórica.

A coletividade proporciona um espaço de resistência e produção de singularidades (Guatari & Rolnik, 2013). O cenário brasileiro conta com ações de projetos de ajuda e suporte mútuo que viabilizam discussões que reivindicam direitos e o fim da segregação proposta pelo modo manicomial de conceber o sofrimento psíquico (Presotto, Silveira & Vasconcelos, 2013). Como ilustra Resende (2015), o horizonte da desinstitucionalização é a produção de práticas antimanicomiais por meio da interlocução, especialmente, com os usuários em saúde mental e com os profissionais. A partir desse pressuposto esta pesquisa se insere no cenário de construção de um novo olhar sobre o sofrimento psíquico através da reabilitação psicossocial.

O objetivo geral desta pesquisa foi investigar e compreender estratégias de produção de autonomia, empoderamento e *recovery* de facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuo em saúde mental e participantes de movimentos sociais em saúde mental no DF. Como objetivo específico foram analisadas estratégias de empoderamento de pessoas que vivenciaram ou vivenciam sofrimento psíquico intenso.

No capítulo 1, abordarei um percurso sobre os paradigmas manicomial e psicossocial, diferenciando-os. Este primeiro capítulo apresenta o tom e os pressupostos que baseiam esta monografia. O marco da mudança entre um paradigma e o outro é importante para situar as experiências que abordarei no capítulo 2, onde situarei o lugar da participação social na produção de empoderamento e autonomia dos usuários por meio de grupos. No capítulo 3, realizo uma contextualização do panorama da Política Nacional de Saúde Mental para melhor compreender o cenário que abordo nesta monografia.

O capítulo 4 é destinado a apresentação do método e procedimentos da pesquisa. No quinto capítulo, são apresentadas as análises das informações qualitativas, a partir da hermenêutica de profundidade (Demo, 2001). Por fim, são apresentadas as considerações finais.

Capítulo 1. Do manicômio às portas abertas

Antes de nos debruçarmos sobre as implicações e potências do atual paradigma psicossocial baseado em um cuidado em portas abertas, é importante discutir sobre o paradigma manicomial do qual buscamos o fim. Para tanto, destaco que o uso dos termos “loucura”, “doença mental”, “insanidade”, “paciente” e “alienado” são datados e revelam uma face do preconceito pela linguagem que acarretou a destituição dos espaços públicos e a institucionalização de sujeitos acometidos por sofrimento psíquico intenso (Vasconcelos, 2013).

Partindo do pressuposto de que mudanças sociais envolvem o uso linguagem adequada, a experiência de desinstitucionalização italiana nos apresenta que o sofrimento psíquico está relacionado com a relação do sujeito com o corpo social, como afirma Rotelli (1990). O autor menciona que compreender o fenômeno como “existência-sofrimento” e sua relação com o social implica na possibilidade de reconstrução de sentido e produção de valor a partir do reconhecimento das situações de sofrimento e opressão que os sujeitos vivenciam.

À luz deste conjunto de saberes e inspirada pelos escritos de Costa (2003), ao longo do texto me referirei à “existência-sofrimento” como “pessoa em sofrimento psíquico grave”. Costa (2003) realizou uma ampla defesa de que este constructo apresenta consistência para falar das crises como um sofrimento comum que carrega singularidades a partir do contexto dos indivíduos que a vivenciam (Costa & Ramos, 2018). Quando eu me referir à esta condição como transtorno mental, será para evidenciar a relação com as faces jurídicas da sociedade, especialmente no que diz respeito à lei nacional nº10.216/2001.

Neste sentido, indicarei o percurso do surgimento do paradigma manicomial ao surgimento do paradigma psicossocial para salientar a relevância do empoderamento, da

autonomia, do protagonismo e da participação social em Saúde Mental. Este trajeto indicará o papel dos grupos de ajuda e suporte mútuo neste campo.

1.1. Paradigma manicomial

Após o período da Revolução Francesa, as pessoas em sofrimento psíquico grave (Costa, 2003) passaram a ser tratadas em hospitais psiquiátricos por meio da instituição da loucura enquanto uma doença mental a partir da proposta de Philippe Pinel (Amarante e Torre, 2001). Em uma cultura marcada pela verdade científica enquanto majoritária, aparece a discussão de que para que o louco seja liberto, é necessário que ele seja curado de seu padecimento moral (ibid.). Nesse período, a burguesia preconizava que o louco era supostamente irresponsável pelos seus atos e havia a compreensão de que a psiquiatria clássica poderia fornecer tratamento para este tipo de sofrimento que alterava o status quo por meio do isolamento (Desviat, 2015). Assim é dado início ao paradigma manicomial.

O discurso médico, de acordo com Basaglia (1985) e Foucault (2004a), organiza e estabelece modos de racionalidade muitas vezes seguidos ao longo da história. No cenário da criação dos hospitais psiquiátricos, supunha-se que ao isolar o sujeito supostamente louco da sociedade, era possível tratar seu padecimento moral. No entanto, o isolamento provoca um processo doloroso de despersonalização e mortificação do eu do sujeito que sofre junto a uma retirada da história, subjetividade e rede relacional (Amarante & Torre, 2018; Goffman, 1961). O sujeito é impedido de realizar escolhas ou exercer sua liberdade. Este conjunto de práticas provoca a cronicidade do sofrimento e tem efeitos iatrogênicos (Illitch, 1975).

O processo descrito é chamado de institucionalização, onde a lógica hospitalocêntrica sequestra o sujeito, o fazendo crer que a “degeneração ou deterioração do sujeito é causada pela doença mental, sem nenhuma ligação com as formas de relação institucional que se estabelece com a loucura e o louco!” (Amarante & Torre, 2018, p.1094). Apenas os

indivíduos providos supostamente de razão passam a poder delegar o que eles podem ou não fazer, fazendo surgir a figura da tutela e desqualifica o sujeito em sofrimento enquanto interlocutor (Amarante & Torre, 2001; Campos, 2013).

Ao retirar a liberdade e possibilidade de escolhas, ocorre um silenciamento do sujeito que sofre por meio do preconceito relacionado à loucura. Atribuir limites e diminuir o acesso à cidade em função de determinado diagnóstico, além de nocivo à pessoa, restringe o exercício de cidadania (Amarante & Torre, 2018).

Outra problemática pertinente ao paradigma manicomial se refere a medicalização excessiva que, quando veiculada pelo discurso farmacêutico e por uma política liberal, pode ser muito danosa para o sujeito. Este conjunto faz da suposta doença mental um mercado profícuo que não recupera, mas produz mais sofrimento. Paranhos-Passos e Aires (2013) argumentam que mesmo com o uso dos fármacos, a apatia e o embotamento não desapareciam. Isto gerou questionamentos para a psiquiatria clássica, permitindo uma chave de virada para a mudança para o paradigma psicossocial, promovendo rupturas nos campos dos saberes psiquiátricos e psicológicos.

É pertinente salientar que diversos campos profissionais incorporaram o modelo manicomial, e ainda hoje atuam segundo ele. A psiquiatria e a psicologia, historicamente, são parte destes campos. Mas ainda vale ressaltar que a psiquiatria empreendeu diversas reformas psiquiátricas em vários países, propondo novos paradigmas. O tópico a seguir abordará as principais iniciativas que deram forma à criação de um novo paradigma no campo da saúde mental em oposição ao manicomial.

1.2 Paradigma psicossocial

A partir de meados do século XX iniciativas foram empreendidas com o objetivo de construir mudanças na forma de tratamento de pessoas que até então eram consideradas portadoras de doença mental (Faleiros, 2017). Uma delas foi a Psiquiatria Democrática Italiana que confrontava os pressupostos do conceito de doença mental, da institucionalização e do poder disciplinar atribuído a Medicina Psiquiátrica (Figueiró & Freire, 2014). Esta experiência inspirou a construção de uma nova ótica de cuidado no Brasil chamada de antimanicomial. Serão indicados alguns eventos que contribuíram para a construção desse paradigma no contexto brasileiro.

O movimento de mudanças para chegar ao paradigma atual foi organizado na literatura por três grandes períodos: as Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva e a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana (Amarante, 2007). Nesse sentido, abordarei brevemente o que caracterizou cada período para chegarmos à atual Reforma Psiquiátrica brasileira.

O primeiro ocorreu na década de 70 na Inglaterra e em algumas cidades dos Estados Unidos onde foram estabelecidas as comunidades terapêuticas² que visavam a maior horizontalidade nas relações dentro dos espaços que antes eram os hospitais psiquiátricos. Este período que teve como pressuposto que todos tinham direito à participação nas tomadas de decisões. O público maior das comunidades terapêuticas eram ex-combatentes da segunda guerra mundial e eram proporcionadas escuta em grupo e a implicação dos próprios usuários na direção do tratamento (Pacheco, 2009). Neste mesmo período, no Brasil, surgia Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que inicialmente pleiteava melhores condições de trabalho.

² Essas comunidades terapêuticas nada têm a ver com os locais intitulados pelo mesmo nome no Brasil. As comunidades terapêuticas brasileiras se aproximam de um funcionamento manicomial, em um sentido oposto às britânicas.

Concomitante a esses processos, na França, a Psicoterapia Institucional estava em curso. Partia-se do pressuposto de que a instituição estava doente e que precisava ser tratada. Objetivava a transformação do hospital psiquiátrico para um local mais democrático e humanizado (Pacheco, 2009). As experiências das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia institucional partiam de uma orientação de que os hospitais psiquiátricos precisavam de reorganização, mas não colocavam em questão a exclusão social da pessoa em sofrimento (Pacheco, 2009).

O segundo período foi marcado pela Psiquiatria de Setor, na França, e deslocou a centralidade do tratamento do hospital, abrindo espaço para o comunitário (Amarante, 2007). Semelhantemente, a psiquiatria preventiva nos EUA apresentou mais recursos para o tratamento do sujeito no território. A Psiquiatria Comunitária surgiu neste período e tinha como objetivo identificar pessoas que desviavam de uma suposta normalidade. Pacheco (2009) comenta que apesar da comunidade como lugar de cuidado, o hospital seguiu como objeto central de isolamento do sujeito em crise, não subvertendo radicalmente a lógica hospitalocêntrica.

O terceiro período contou com o Movimento da Antipsiquiatria e objetivou denunciar crimes cometidos nos manicômios com a proposta de extinção do tratamento manicomial (Zgiet, 2010). O discurso médico e o papel da loucura na sociedade passaram a ser questionados por Foucault. A Lei Franco Basaglia foi criada nos anos 70 e revolucionou o tratamento das pessoas com transtorno mental, reivindicando o fim dos manicômios. Nesta mesma década, tivemos a visita de Basaglia ao Brasil, que denunciou o Hospital Colônia de Barbacena.

Além disso, a Antipsiquiatria trouxe a visão de que a experiência da loucura não se encontra dentro das pessoas, mas sim entre elas (Pacheco, 2009). Deste modo, a ideia de diagnóstico, como era atribuído pela psiquiatria tradicional, foi colocada em questão para ser compreendida por uma perspectiva relacional. Este cenário compõe o espírito da época que, associado ao pós-ditadura e a onda democratizante brasileira dos anos 80, contribuiu para a realização de denúncias aos manicômios (Zgiet, 2010). Este movimento em direção à mudança ganhou força com o movimento sanitarista e de implantação do Sistema Nacional de Saúde.

A Reforma Psiquiátrica (RP) Brasileira emerge com a luta por direitos e cidadania, questionando instituições asilares em direção ao afastamento do exercício de poder sobre os corpos que caracteriza o manicômio (Figueiró & Freire, 2014). Esta reforma foi empreendida inicialmente por parte de psiquiatras que repensaram sua atuação e buscaram um deslocamento da figura de poder ocupado pela classe. A política de Saúde Mental, que nasce dessa orientação ético-política, com o apoio de diferentes profissionais de saúde mental objetiva uma construção de rede de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos de modo a construir uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Conselho Federal de Psicologia, 2013; Figueiró & Freire, 2014).

Nos anos 80 a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) foi realizada e o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi erguido, na cidade de São Paulo. O final desta década é marcado pelo projeto de Lei nº 3657/89 de Paulo Delgado, que previa a extinção dos manicômios e a criação progressiva de uma rede de saúde mental em substituição deles. Os anos 90 foram caracterizados pela criação de diversos movimentos protagonizados por familiares e usuários dos serviços de saúde mental.

A II CNSM ocorreu em 1992 e teve como pauta a discussão a Rede de Atenção Psicossocial, a organização de trabalhadores de saúde e revisão de direitos e legislação dos usuários. A III CNSM ocorreu em 2001 com os seguintes eixos temáticos: reorientação do modelo assistencial em saúde mental, a distribuição de recursos financeiros, a acessibilidade, direitos e cidadania e controle social (Rammingier & Nardi, 2007). A mais recente CNSM foi a quarta em 2010, que destacou a intersetorialidade como elemento fundamental da constituição das redes de cuidado (Costa & Paulon, 2012). A próxima CNSM já foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e ocorrerá em 2022 com o tema “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS” (Conselho Nacional de Saúde, 2021).

No paradigma psicossocial ocorreu a mudança de lugar do frequentador do serviço de saúde em que a fala do sujeito ganhou um lugar privilegiado caracterizado por reestabelecer a voz e o poder de escolha (Lobosque, 2001). A equipe, neste paradigma, concentra seus esforços no cuidado deste sujeito, ainda que momentaneamente ele não consiga assentir a alguma intervenção em momento de grave crise (Lobosque, 2001). Neste caso, a palavra, mesmo que virtualmente, garantirá a possibilidade de interlocução do sujeito e ou acompanhante com a equipe de cuidado (Lobosque 2001). Aqui, observamos o descentramento da figura do psiquiatra para um cuidado, a partir da perspectiva psicossocial, organizado coletivamente por uma equipe interdisciplinar.

A perspectiva antimanicomial visa entrelaçar as dimensões subjetivas e sociais do sujeito de forma a superar uma visão individualizante e assistencial (Soalheiro & Martins, 2017). Este modelo tem como horizonte e ética a desinstitucionalização a partir da desconstrução dos saberes fundantes do paradigma manicomial a fim de transformar o lugar social da loucura. Isto perpassa pela produção do protagonismo do sujeito em sofrimento

(Amarante & Torre, 2018). Além disso, preconiza que uma nova política seja construída com a participação e mobilização de pessoas interessadas no fim dos manicômios e dos hospitais psiquiátricos (Figueiró & Freire, 2014; Lobosque, 1997). Em consonância com esta discussão, no ano 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216/01, no Brasil, que indica os parâmetros para a operação desse modo de cuidado.

Posteriormente foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por espaços propiciem o convívio comunitário, a sociabilidade e ferramentas para que o cuidado seja humanizado tendo como espaço o território do indivíduo (Brasil, 2004; Conselho Federal de Psicologia, 2013). A RAPS será abordada com mais detalhes no capítulo 3. A seguir, abordarei a temática da participação social, empoderamento e autonomia do usuário.

Capítulo 2. Do empoderamento à participação social em saúde mental

A desinstitucionalização, no Brasil, carrega a luta pela inclusão social das pessoas que fogem a um padrão de racionalidade dominante. Isto é feito na direção da emancipação e do empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico. Uma das diretrizes constitutivas do SUS, no que tange à formulação e controle de políticas públicas, é a participação social da sociedade civil (Constituição Federal, 1988). A lei nº 8.142/90 propõem que os atores sociais devem participar dos processos em que são levadas a cabo decisões sobre a organização de políticas públicas de saúde, tais como conferências, plenárias, reuniões, assembleias, entre outros.

A participação social envolve a afirmação de singularidades (Costa & Paulon, 2012) que infelizmente é dificultada em função da burocratização dos eventos supracitados. Nesse sentido, os autores mencionados retomam o significado de protagonismo:

Para a dramaturgia grega, ser o protagonista sinalizava ser o primeiro a entrar em cena. Por isso, ainda hoje, a etimologia da palavra protagonista guarda algo dessa disputa, pois ‘proto’ significa primeiro, principal, e ‘agón’ significa luta, disputa, discussão. O primeiro a falar na ‘ágora’ grega, portanto, o ‘protoagonista’, é justamente aquele que anuncia o que se irá discutir, o primeiro a pôr aquilo que está em disputa, em discussão, em cena. Não será mesmo isso – aquilo que não pode calar – que o usuário da saúde mental anuncia em sua demanda/agonia participativa? O que ‘precisa’ ser posto na roda? (Costa & Paulon, 2012, p.577)

Esta visão marca a mudança paradigmática que deixa de compreender o usuário de saúde mental enquanto “o de sujeito limitado” para compreendê-lo enquanto “sujeito crítico/político” (Vasconcelos, 2013, p.60). Propõe a construção coletiva da destituição de um "usuário-objeto" (Amarante & Torre, 2018, p.1098) para um "usuário-ator" (ibid.). Na prática isso demanda uma reinvenção da cidadania em que ela é exercida por todos. Isto envolve associações de usuários e familiares, cooperativas sociais, grupos de economia solidária, projetos de arte e cultura e encontros do movimento antimanicomial (ibid.). Trata-se, dessa forma, de uma participação que nasceu para realização de um projeto político-social de

abandono de rótulos para assumir o papel de pessoas que protagonizam as próprias vidas e transformam a realidade (Faleiros, 2017).

O conceito de protagonismo está inserido no campo das discussões sobre empoderamento, pensado pela produção de autonomia (Alves, Oliveira & Vasconcelos, 2013). Esta concepção parte do marco de que este é um sujeito de direitos e deveres que deve ter responsabilidade pelos seus atos a partir da singularidade de cada situação (Lobosque, 1997). Vasconcelos (2003) descreve empoderamento como “o 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” (p.55). No entanto, o conceito de empoderamento pode servir para fins conservadores ou emancipatórios. Dessa maneira, ele deve ser utilizado em conjunto com estratégias que envolvem: cuidado de si, ajuda e suporte mútuo, defesa dos direitos, luta contra discriminação e estigma, participação, controle social e militância.

Neste cenário, Silveira et al. (2017) indicam que ao longo das décadas de implementação da RP foram feitos avanços no reconhecimento e exercício da cidadania, valorização de movimento social e busca da contratualidade social. No entanto, a construção de autonomia ainda está muito atrelada à ressignificação do sofrimento nos serviços da RAPS. E a inclusão no trabalho, na arte e na cultura ainda apresentam escassez quando falamos do âmbito nacional.

Deste modo, os autores indicam que políticas de ingresso no trabalho e projetos voltados para geração de renda que sejam voltadas especificamente para a população com transtorno mental severo são poucos e merecem ser desenvolvidos, tendo em vista os pressupostos da atenção psicossocial apresentada por Amarante (2007). Assim, o movimento

do *Recovery* é apresentado como uma das possibilidades de promover a RP em sua radicalidade.

2.1: O movimento *recovery* como possibilidade

As estratégias de reabilitação psicossocial apresentadas por Vasconcelos (2017) foram amplamente investigadas e implementadas, desde os anos 70, nos países de língua inglesa e outros (Vasconcelos, 2017). Autores como Marius Romme, Ron Coleman, Larry Davidson, Richard Weingarten e Judy Chamberlin compuseram discussões importantes sobre esta temática. Elas fazem parte de uma perspectiva psicossocial que sugere a reabilitação social como uma via de operar o cuidado e de organização de políticas públicas no campo da saúde mental.

A implementação e adoção das políticas de reabilitação psicossocial são fomentadas pela Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana pelo mundo todo. No entanto, a reabilitação psicossocial envolve também a construção do protagonismo e da autonomia dos usuários. Nesse sentido o movimento *recovery* é trazido para o Brasil como uma possibilidade de catalisar e gerar reflexões para o avanço nesses aspectos da RP que já estão preestabelecidos pela Política Nacional de Saúde Mental. É um importante mecanismo político para usuários em saúde mental.

Vasconcelos (2013) assinala que o termo *recovery* é de difícil tradução e advém do campo das deficiências físicas. Por vezes o termo é traduzido por recuperação, outras por reestabelecimento ou fortalecimento. Trata-se de um conceito resgatado para o campo da saúde mental que envolve o processo de melhora/recuperação de pessoas que vivenciam transtornos mentais. Ele é compreendido a partir do funcionamento social, da qualidade de vida e do nível de independência experienciados pelo sujeito. Este não significa que a

limitação do sujeito foi removida, mas que a depender do suporte social e mudanças ambientais e culturais, ele obtém vida relativamente ativa (Vasconcelos, 2013). Eduardo Vasconcelos afirma:

Uma pessoa com uma deficiência contínua, ainda que mantenha integralmente sua limitação física ou sensorial, ou mesmo que os sintomas não tenham sido removidos, pode conquistar uma qualidade razoável de vida, plena de significados e ser ativa, dependendo muito mais do suporte que receba e de mudanças sociais, ambientais e culturais que lhe permita o acesso a direitos e serviços, a oportunidades educacionais, de trabalho, moradia, a se integrar na vida social, bem como de atividades de estímulo a seu empowerment (empoderamento). (Vasconcelos, 2017, p.32)

O processo de *recovery* não é linear (Davidson & Roe, 2007). Elementos como: relações interpessoais, atividades (hobbies, exercícios, conversar, fazer planos, entre outros), emoções, espiritualidade, relação com o eu (estima, confiança, aceitação, entre outros) e necessidades físicas são dispostos singularmente no *recovery* de cada sujeito. Isto indica que não há um parâmetro pré-estabelecido de cura (Coleman & Taylor, 2013).

Para Vasconcelos (2017) pessoas que participam de programas de reabilitação social tendem a demonstrar mais autossuficiência e avanços na trajetória pessoal de vida convivendo com o sofrimento psíquico. Dessa maneira, deve-se valorizar a participação ativa de lideranças em processo avançado de *recovery*, de modo que possam ser construídos exemplos vivos para gerar esperança em outros usuários de acordo com a narrativa de experiência de vida de cada um (Vasconcelos et. al., 2013; Vasconcelos 2017).

Tendo em vista os pressupostos principais pertinentes ao que será abordado nesta monografia, vale a pena mencionar algumas atividades decorrentes do movimento *Recovery* que destacam a experiência do protagonismo e da participação popular em saúde mental.

2.2. Experiências de fortalecimento e construção de protagonismo

Como já foi mencionado anteriormente, trabalhar os processos de autonomia pode exigir algumas estratégias e recursos comunitários. Dentre elas, serão destacadas aqui o trabalho de suporte de pares, o guia da Gestão Autônoma de Medicação, a Comunidade de Fala e os grupos de ajuda e suporte mútuo. Estes programas foram escolhidos por valorizarem o fortalecimento/construção de protagonismo, autonomia e participação popular:

O trabalho de suporte de pares é uma atividade evidenciada por pesquisas em países anglo-saxões (Vasconcelos, 2017) como espaço de oportunização de construção e de redes relacionais que servem de apoio para pessoas em processos de sofrimento psíquico (Davidson & Guy, 2012). Acerca das relações, Kinoshita (1996) defende que as trocas sociais são realizadas a partir de um valor pressuposto para cada indivíduo. Socialmente as pessoas em sofrimento psíquico apresentam um valor contratual reduzido. Elas dispõem de menos trocas de bens, mensagens e afetos. O autor defende que a reabilitação psicossocial dessas pessoas consiste no aumento do poder contratual. Isto deve partir da criação de condições de possibilidades e dispositivos em que o sujeito possa ampliar sua autonomia.

Kinoshita (1996) entende autonomia “como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência” (p.57). Ou seja, é sobre não depender excessivamente de poucas relações ou instituições, mas sim de depender de quantas mais coisas possíveis, pois isto amplia a “capacidade de um indivíduo gerar normas” (p.57). Nesse sentido, a restituição do poder contratual pode ocorrer primeiramente nas relações estabelecidas entre usuários e profissionais. A partir desta prerrogativa, a Gestão Autônoma da Medicação foi criada para convocar o sujeito a se implicar no seu processo de *recovery* a partir de seu poder de realizar escolhas.

2.3. Gestão Autônoma da Medicação

No escopo das terapêuticas em saúde mental, o uso de psicofármacos são, em grande medida, indicados. Em muitos casos acredita-se erroneamente que apenas a medicação pode surtir efeitos de cura de sintomas e comportamentos atrelados ao sofrimento psíquico. Assim sendo, sabemos que este uso pode ser prejudicial quando realizado de maneira acrítica e sem considerar os efeitos adversos para quem usa. Desconsiderar os saberes culturais e pessoais de cada um pode reduzir o efeito positivo da medicação. Isto envolve, para além dos sintomas físicos, aspectos simbólicos acerca do sofrimento psíquico vivenciado pelo sujeito (Gonçalves & Onocko, 2017).

O uso histórico dos psicofármacos vem acompanhado de, muitas vezes, um silenciamento da voz do sujeito, fazendo-se passivo. Neste sentido, este tratamento pode ganhar diferentes contornos e sentidos para cada pessoa (ibid.). Os autores salientam que a participação cidadã, uma diretriz do SUS, apresenta poucos avanços no que tange à decisão sobre o próprio tratamento. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma abordagem que nasceu no Canadá, na década de 90, com o intuito de aproximar e colocar o usuário no centro da gestão da medicação. Segundo Gonçalves e Onocko (2017), a GAM “objetiva a criação de espaços de expressão e de decisão acerca do tratamento e da qualidade de vida, favorecendo uma relação ativa e não mais passiva com o tratamento medicamentoso” (p.3).

No Canadá o GAM foi uma política que nasceu com movimentos sociais de usuários para ampliar o acesso à informação, de modo que os usuários em saúde mental pudessem refletir e agir melhor acerca do papel da medicação, do tratamento e reivindicar direitos. Após a implementação inicial, esta estratégia ganhou outros contornos, abrindo espaços de trocas sobre experiências de vida entre os beneficiados.

A GAM passou pela fase de estudo no Brasil e adaptação inicial pelo Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM-BR) em três locais (Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Novo Hamburgo-RS) para identificar as possíveis adaptações necessárias para o nosso contexto. O pressuposto é que usuários são protagonistas e corresponsáveis na gestão de seu tratamento medicamentoso. Deste modo, fortalece o usuário e o implica no processo decisório de como e quando tomar a medicação, de acordo com os próprios desejos e opiniões. Estas decisões devem ser realizadas horizontalmente aos saberes médicos. Este processo é perpassado pela disponibilização de informações acerca das implicações dos medicamentos como efeitos colaterais e direitos dos usuários, por exemplo. No Brasil, entende-se que o cuidado pela equipe de referência no CAPS parte de uma cogestão, não se restringindo apenas à figura do médico.

No Brasil o GAM foi inserido por meio de pesquisas associadas às universidades. Foi utilizado o guia impresso do GAM Canadá com adaptações. A realização desse guia envolve um convite para que a pessoa reflita e faça um balanço sobre o que pode fazer para ter melhor qualidade de vida. Além disso, envolve uma dinâmica grupal com foco na ajuda mútua, troca de experiências e estímulos a busca de informações (Onocko et al., 2013). Arelada à proposta de participação social do SUS, a GAM no Brasil, como uma experiência pontual, apresentou mais um espaço de abertura de discussões sobre a luta por direitos dos usuários em saúde mental e uma ampliação do fomento à busca por informações e a gestão compartilhada do tratamento (ibid.).

A pesquisa com a GAM no Brasil desvelou a necessidade de valorizar mais a experiência do usuário no próprio tratamento, estimular a autonomia na busca e descoberta dos próprios desejos e interesses (ibid.). Com relação à defesa de direitos, deve-se tomar como referência a vivência dessas pessoas.

2.4. Comunidade de Fala

Outro programa relevante no cenário brasileiro é o Comunidade de Fala (CdF). Ele promove o protagonismo dos usuários em saúde mental por meio de narrativas pessoais. O CdF é uma adaptação de um programa norte-americano chamado “In Our Own Voice” (Nossa Própria Voz) e publiciza histórias de pessoas que sofreram com transtornos mentais (Weingarten et al., 2021). O objetivo é promover o empoderamento de pessoas em sofrimento psíquico (Assis et al., 2020).

Quando trazido para o Brasil, o programa foi realizado em São Paulo, no Rio de Janeiro, Santa Maria, Ouro Preto e em Salvador em conjunto com a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE), o departamento de saúde coletiva da UNICAMP e outras ONGs (Assis et al., 2020; Weintgarden et al., 2021). Apresentou a importância dos usuários em saúde mental no espaço político de reivindicação e participação de políticas públicas. Neste programa foram realizadas capacitações de usuários com sofrimento psíquico para falar em público em palestras educativas em saúde mental.

O projeto teve como orientação metodológica os pressupostos do *recovery* e foi idealizado a partir de discussões acerca do impacto e aplicabilidade deste campo no Brasil. Após a capacitação de 10 usuários, a apresentação seguiu na seguinte ordem “1. Dias difíceis; 2. Aceitação; 3. Tratamento; 4. Lidando com problemas de saúde mental; 5. Sujeito de minha própria história; e 6. Sucessos, esperanças e sonhos” (Villares, 2015, p.123). O foco é apresentar a vida e protagonismo do sujeito para além do diagnóstico ou da experiência de sofrimento psíquico. O formato das apresentações abria espaço para compartilhamento da plateia e espaços para diálogos.

Deste modo, a publicação de narrativas de vida dos usuários ampliou o espectro de informações acerca da temática no Brasil, deixando de lado o foco no diagnóstico psiquiátrico e abrindo possibilidades para apresentação dos aspectos de superação da vida dessas pessoas. Esta atuação favoreceu um espaço de desconstrução de estigmas relacionados ao sofrimento psíquico e a possibilidade de desenvolver uma vida mais ativa, bem como a ampliação e apropriação dos sujeitos na cidade, além de dar lugar à realização de projetos de vida (Villares, 2015).

Saliento que a reabilitação psicossocial deve ser compreendida a partir da ótica de que não há uma suposta volta à realidade perdida (Paranhos & Passos, 2013). Cedraz e Dimenstein (2005) indicam que ela parte do pressuposto de que o sujeito em sofrimento psíquico obteve perdas em diversos âmbitos da vida em sociedade em decorrência deste modo de existência. Isto tem a ver com o *recovery* da pessoa como cidadã. Em complementariedade, Santos et al (2000), citando Leal (1994 p.153), afirmam que a produção de autonomia para pessoas que convivem com sofrimento psíquico grave (Costa, 2003) pode ser compreendida pelo “abandono da expectativa de resolutividade e eficácia a partir da comparação com o nosso desempenho” (Leal, 1994, p.153) e pela “criação de outras possibilidades de vida” (ibid.) partindo da inclusão de um outro modo possível de vida e de singularidade. Nesse sentido, abordarei a seguir os grupos de ajuda e suporte mútuo como espaço de criação de vínculos e empoderamento de usuários em saúde mental.

2.5. Grupos de ajuda e suporte mútuo em saúde mental

Para fins de contextualização da chegada dos grupos de ajuda e suporte mútuo no Brasil, realizarei um panorama de movimentos que inspiraram a criação desses tipos de grupos. Em um trabalho cuidadoso e atento sobre a experiência de pessoas que escutam

vozes, Romme e Escher (1989) realizaram trabalho com essas pessoas a fim de delinear outras possibilidades de tratamento que não fossem patologizantes. Para tanto o *coping* de escutadores de vozes foi investigado. A partir disso, atribuiu-se que não se deve patologizar essa experiência, visto que não é produtivo para o *recovery*. A partir desse projeto foi criado o *Hearing Voices Movement* (HVM) que possibilitou maior difusão dos achados desse estudo e partiu de uma organização de familiares e ouvidores de vozes como espaço de compartilhamento dessas experiências pessoais. Esse movimento teve início na Holanda, sendo difundido em seguida para o Reino Unido e o resto do mundo.

Outro movimento importante nesse cenário teve início nos Estados Unidos após o período da guerra civil em que Clifford Beers realizou diversas denúncias sobre o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Com relatos pessoais, veiculou essas informações por meio do livro “A Mind That Found Itself” em 1923 (Frese, 1997). Este feito foi a mola propulsora para organização do chamado Movimento de Usuários em Saúde Mental nos Estados Unidos em que pacientes psiquiátricos passaram a refletir acerca de suas condições e a reivindicar direitos negados e o lugar de estigma ao qual estavam submetidos. Além disso, outros profissionais passaram a reconhecer o movimento e começaram a mobilizar novas práticas e formação de abordagens conceituais (Weingarten et al., 2021).

Desde a instituição da lei nº 10.216/2001, juntamente com os princípios organizativos do SUS, diversas iniciativas foram empreendidas com o objetivo de desinstitucionalização. Vasconcelos (2013) afirma que a partir da própria vivência sofrida na crise mental é possível criar novos caminhos de cuidado e saúde que sejam coletivos. Dentre eles, o autor apresenta a via dos grupos de ajuda e suporte mútuo.

Os grupos de ajuda mútua se destinam à acolhida, troca de experiências e apoio emocional entre os frequentadores dos grupos. Eles são facilitados, preferivelmente, por

peessoas em sofrimento psíquico ou por familiares, não necessitando de um técnico de saúde. É importante frisar que são tipos de grupos distintos. O grupo de ajuda mútua promove acolhimento e apoio emocional entre usuários de modo a realizar troca de experiências comuns. Esses grupos são facilitados por pessoas que vivenciaram ou vivenciam esta condição e recebem apoio indireto, principalmente em forma de supervisão, de profissionais da saúde.

A proposta é de que os usuários que ocupem um local de destaque em um processo já avançado de *recovery* possam passar por formação para atuar como trabalhadores de suporte de pares. Este movimento envolve a troca de experiências, promoção de esperança sobre o desenvolvimento da condição de cada um, apoio emocional, solidariedade na luta contra o estigma e o preconceito, entre outros (Vasconcelos, 2017). Considera-se que quando uma pessoa passa a proporcionar esse tipo de experiência para outras, ela pode ser contratada por ONGs, programas em locais públicos, trabalhadores do SUS ou até universidades, como na experiência da Universidade de Yale (Vasconcelos, 2017).

Este tipo de suporte, além de oportunizar um status de trabalho, promove a busca de novos recursos mentais e sociais para dar conta das atividades nas quais se propõe. Vasconcelos (2017) defende que o programa do *recovery* pode ser considerado como organizador mental e social. Grupos relacionados a pessoas com problemas no uso abusivo de drogas também são beneficiados pelo trabalho em pares, especialmente no que tange aos programas de redução de danos. O suporte de pares proporciona espaço para reivindicação e promoção de lutas em saúde mental de modo a defender o direito de usuários e familiares. Trata-se de reivindicar não só a saúde mental, mas articular outras políticas sociais de moradia, saneamento, trabalho, cultura, assistência social, saúde, etc.

A outra modalidade se refere aos grupos de suporte mútuo que apresentam organização semelhante aos de ajuda mútua, mas que o objetivo é realizar juntos atividades comunitárias como: esporte, lazer, artísticas, culturais. Estes grupos são espaços de desenvolvimento de projetos de geração de renda, economia solidária e moradia. O suporte mútuo emerge como espaço de desenvolvimento de “iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana” (Vasconcelos, 2003, p.29). Todas essas atividades visam a produção de um modo de vida mais autônomo a partir da condição de *recovery* de pessoas em sofrimento psíquico.

Os facilitadores do grupo são nomeados de “guardião e incentivador”. O guardião assegura que o contrato e o bom funcionamento do grupo sejam preservados sem que ocorram monopolização de falas, para que ocorra no tempo combinado, entre outros. Quando ele estiver nessa função, deve evitar falar de si. Já o incentivador é aquele que pode falar da própria experiência e assume um papel ativo em estimular outros participantes (Vasconcelos, 2013). Os facilitadores recebem apoio de profissionais externos aos grupos de modo a garantir o andamento e gestão do projeto. Esses profissionais eventualmente podem ocupar o papel de facilitadores, no entanto deverão incentivar a liderança para que os participantes possam assumir este espaço.

Esses grupos ganham potência quando também se estendem por meio da internet. É interessante mencionar a articulação realizada pela Rede *Recovery* Brasil³, que durante o período pandêmico vem ganhando popularidade via redes sociais. O cuidado informal que esses grupos proporcionam favorecem o desenvolvimento de competências e estratégias compartilhadas de cuidado muito veiculados por meio do relato de pessoas em processo de *recovery* mais avançado. Costa et.al (2020) indicam que, apesar da potência do contato

³ Para ter acesso ao grupo, é possível acessar a página “Rede *Recovery* Brasil” no *facebook* <https://www.facebook.com/rederecoverybrasil/>

virtual, é necessário construir novas abordagens em saúde mental específicas para este modelo. Além disso, os autores também salientam que o alcance por meio dos Grupos de Apoio e Suporte On-line necessitam de dispositivos adequados e de acesso à internet para os que participam. Na falta deste suporte material por parte da democracia digital, é necessário pensar em outras vias de se chegar aos que não conseguem acesso, como por exemplo por meio de programas de rádio, como propuseram os autores ao realizar a Rádio Cuidativa na cidade de Pelotas (Costa et al., 2020).

Estas estratégias são complementares e não são feitas para substituir os serviços institucionais da RAPS, mas que devem compor a rede intersetorial de cuidado. Vasconcelos (2013) defende que progressivamente os facilitadores dos grupos devem ser empregados pelos serviços de saúde de modo que o seu saber-fazer seja valorizado enquanto trabalho. Há de se tomar muito cuidado para que não ocorra um desmonte da política de saúde mental em função da sobrecarga do voluntariado desses tipos de atividades. Neste sentido, é necessário discutir acerca da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil.

Capítulo 3. Desafios atuais para a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil

A atenção em saúde mental brasileira passou por mudanças e avanços nas últimas três décadas a partir da RP, como a criação dos serviços abertos, a instituição de centros de convivência, fechamento de hospitais psiquiátricos, entre outros. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental juntamente ao Movimento pela Reforma Sanitária na década de 80 iniciaram discussões importantes que acarretaram na promulgação da lei n.10.216/2001. Esta lei dispõe sobre a progressiva desinstitucionalização, proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais e garantia de direitos (Delgado, 2011; Reboli & Kruger, 2013).

A primeira Conferência de Saúde Mental realizada em 1987 (Brasil, 1988) proporcionou o início do processo de organização da lei nº10.216/2001. Esta lei foi uma conquista dos movimentos realizados pela Luta Antimanicomial ao longo desses anos e apresenta-se como modo de prestar garantia jurídica ao novo modo revolucionário de desinstitucionalização, organizado pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), baseado em práticas comunitárias de cuidado no lugar de um cuidado manicomial e hospitalocêntrico (Ribeiro & Holanda, 2017).

A RAPS é uma rede composta por pontos de atenção para pessoas com transtornos mentais e sofrimentos psíquicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ela é composta por Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III, IIIad e infanto-juvenil), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais. Além disso, A RAPS promove a interligação do cuidado por meio das Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, na atenção de urgência e emergência como nas UPAS, SAMU e pronto socorro, nos hospitais e

especialmente nas estratégias de reabilitação psicossocial por meio da geração de trabalho e renda e com cooperativas sociais.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) realizaram um estudo acerca dos retrocessos sofridos pela PNSM desde 2016 até 2019. Nesse estudo, a investigação de documentos normativos publicados pelo Governo Federal e pelo Ministério da Saúde apontam para um crescente movimento de retrocessos, marcado por incentivos à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas. Os retrocessos, chamados de “contrarreforma” por Lima (2019), são caracterizados, por exemplo, por ações proibicionistas no que tange ao uso de álcool e outras drogas. Enquanto ações de cunho manicomial voltam a surgir, ocorre simultaneamente, a estagnação da implementação dos serviços de base comunitária que compõem a RAPS, tais como CAPS e SRT.

Guimarães e Rosa (2019) destacam que no ano de 2011 ocorreu uma “crise” em que a RAPS foi alvo de enfraquecimento com a incorporação das Comunidades Terapêuticas (CT) por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 como “componente de atenção residencial de caráter transitório” (Barbosa & Barreto, 2020, p. 275). Esta medida evidencia uma das diversas ações de enfraquecimento da RAPS, tendo em vista que muitas Comunidades Terapêuticas apresentam um caráter manicomial e higienista⁴(Guimarães & Rosa, 2019). As autoras salientam que nesses espaços “há uma reatualização do coronelismo, em que o proprietário da CT, no geral associado a um líder religioso, figurará como o ‘salvador’ a quem se deve gratidão, ou seja, o usuário é destituído da condição de cidadão, sujeito de direitos” (p.122). Esta inclusão, conforme salientam Barbosa e Barreto (2020),

⁴ No ano de 2017 foram realizadas inspeções nas Comunidades Terapêuticas pelo Ministério Público, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) em conjunto com o Conselho Federal de Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. (2018). Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas-2017.

apresenta o financiamento de um tipo de cuidado que não está alinhado aos princípios da RP. Carvalho (2018) menciona que esse tipo de financiamento não rompe com uma lógica de sociabilidade de uma organização capitalista, em última instância.

Antes do início formal das alterações na política de saúde mental, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revista pela portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, na qual estabeleceu uma revisão das diretrizes pela organização da AB em que a ESF passa a funcionar com poucos Agentes Comunitários juntamente com o enfraquecimento do já precário processo de matriciamento e formação continuada de profissionais da RAPS. Estas medidas enfraquecem os serviços que são fundamentais para a integralidade de um cuidado de base comunitário (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020). Este enfraquecimento implica na majoração de um modelo que valoriza os ambulatórios especializados, aumentando a quantidade de encaminhamentos para hospitais psiquiátricos, mesmo que eles não sejam reconhecidos como rede pela RAPS (Lima & Guimarães, 2019). A ‘nova política’, que fere a lei nacional 10.216/2001, conta com estratégias que visam a recentralização em um modelo hospitalar e asilar (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

Quando em 2018 a assistência a pessoas usuárias de álcool e outras drogas deixou de ser pauta do Ministério da Saúde para ser gerida pelo Ministério de Desenvolvimento Social, observamos mais um retrocesso no que tange a argumentos que fundamentam financiamento público das comunidades terapêuticas para justificar o retorno do incentivo à eletroconvulsoterapia (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020). Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) defendem que quanto menor o recurso disponível para as internações, maior a probabilidade de as equipes buscarem formas alternativas de vinculação do sujeito em sofrimento psíquico grave que não sejam a via da internação.

Apoiados no conteúdo dos documentos mencionados anteriormente, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) nos apresentam que a implementação da RP apresenta estagnação e os posicionamentos governamentais não dialogam com os profissionais, os pesquisadores e os usuários do campo da atenção psicossocial. Dessa maneira, as proposições estão em inconformidade com os princípios das Conferências Nacionais de Saúde Mental (Brasil, 1988, 1992, 2002, 2010), com as proposições da lei nº10.216/2001 acerca da produção de um modo de atuação psicossocial de portas abertas e dos princípios dinamizados pelo Movimento da Reforma Sanitária no que tange a participação e controle social (Guimarães & Rosa, 2019).

No entanto, é relevante mencionar que o Brasil apresenta experiências inovadoras no tratamento sem coerção respeitando os direitos humanos. Recentemente a OMS (2021) lançou um documento com orientações em saúde mental e indicou 33 experiências no mundo todo que eram referências no mundo. Dentre elas, foram destacadas as experiências do CAPS de Brasilândia e as cooperativas e serviços residenciais terapêuticos em Campinas. Estas experiências são exemplos na promoção de direitos e na disposição de equipes multidisciplinares. Assim, o fortalecimento da RAPS, além de se justificar pela qualidade, se faz urgente para melhor cobrir o território nacional.

4. Considerações metodológicas

Conforme abordado na introdução, este trabalho teve como objetivo investigar as estratégias pessoais e coletivas de produção de autonomia, empoderamento e protagonismo de pessoas em sofrimento psíquico. Para investigar estes fenômenos foi realizado método de pesquisa qualitativa o com a produção de informações qualitativas. Para tanto, optei pela orientação ética de participação do campo de pesquisa que dá abertura para uma investigação na qual o pesquisador se insere na cena e intersubjetividade dos grupos sociais (Minayo, 2014).

Nas Ciências Sociais e da Saúde a pesquisa qualitativa apresenta-se como método adequado para análise da subjetividade humana. Minayo (2010) indica que a pesquisa social em saúde investiga o fenômeno saúde/doença a partir da representação de diversos atores que compõem esse cenário. Nesta pesquisa foram analisadas as motivações, desejos e trajetórias de vida que marcam a experiência dos entrevistados. Aqui, faz-se importante salientar que o dado não foi coletado cru, mas construído como informação qualitativa (Demo, 2001).

A pesquisa qualitativa, de acordo com Demo (1998), está relacionada com uma consciência crítica acerca da propensão de formalização da ciência. O autor argumenta que neste tipo de pesquisa a pessoa é tanto objeto da pesquisa quanto sujeito que interpreta a realidade. Assim, a realidade é o objeto de análise com toda a complexidade, intensidade e movimentos transformativos que a compõem. Compreende-se que a ciência na pós-modernidade está em função da sociedade e que a realidade deve ser preservada acima do método (Demo, 2001).

Para tanto, Demo (2001) argumenta que os dados devem ser chamados de “informação qualitativa” para que seja possível: investigar cientificamente, facilitar a compreensão e

identificar condições de intervenção e mudança na realidade. Os dados foram construídos a partir de um diálogo crítico com a realidade que se transforma e está em movimento. A noção de sujeito trabalhada nesta pesquisa foi enquanto ser político não neutro. O trabalho interpretou as informações à luz da Hermenêutica de Profundidade, esmiuçando o mundo sócio-histórico em que os sujeitos-objetos da pesquisa habitam. Para isto, foi investigado o mundo das opiniões, crenças, histórias de vida, projetos sociais e tradições culturais que envolvem as relações mais próximas dos entrevistados (Demo, 2001).

Para Demo (2001), entrevistador e entrevistado produzem história e localizam-se em um período histórico, social e político. Deste modo, a análise a ser realizada levou em consideração esta realidade mútua por meio de questionamentos e tensionamentos para que aspectos por vezes inconscientes emerjam.

4.1 Participantes e local

Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios: ocupar um papel de liderança em grupos de ajuda e suporte mútuo e/ou ocupar um papel de ativismo em movimentos sociais no campo da saúde mental do Distrito Federal (DF). Foram excluídos da seleção pessoas que não estavam vinculadas a grupos de ajuda e suporte mútuo ou movimento social. Não ocorreu distinção de gênero e os selecionados possuíam mais de 18 anos de idade. O recrutamento de pessoas para participar da pesquisa ocorreu por meio de convite em redes sociais. Foram mantidos sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa conforme desejo deles quanto à publicização das narrativas pessoais. Para isso, foram utilizados nomes fictícios. Foram entrevistadas 4 pessoas no DF.

Acerca dos entrevistados, saliento que Davi é pai e avô, trabalha voluntariamente com pessoas em situação de rua, ocupa um papel de liderança em um movimento social, é

facilitador de grupos de ajuda e suporte mútuo e tem renda extra a partir de trabalho autônomo. Camila é mãe, professora aposentada, tem interesses por cozinha e é militante em prol da reforma psiquiátrica. Lucas é formado em Direito, trabalha de forma autônoma, ocupa papel de conselheiro de saúde local e é facilitador de grupos de ajuda e suporte mútuo. E, por fim, Artur trabalha como pedreiro e é militante em movimento social em saúde mental.

Três entrevistas ocorreram por videochamada e uma presencialmente. Assim foram de acordo com o desejo de cada participante em função da pandemia do COVID-19. Durante a pesquisa, foi dada abertura para caso o participante quisesse encerrar a entrevista em virtude de um incômodo ou desconforto. O material coletado será mantido sob responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos com a garantia de manutenção de sigilo e, após esse período, serão destruídos. O projeto de monografia foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) juntamente com a proposta de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), a fim de obter a avaliação dos riscos e averiguar a viabilidade da pesquisa. O número de aprovação foi 51049521.9.0000.0023.

4.2 Instrumentos

A construção das narrativas pessoais (coleta das informações qualitativas foi utilizada como instrumento. As entrevistas tiveram duração média de uma hora e trinta minutos. O roteiro das entrevistas-narrativas pode ser visto no apêndice B.

4.3 Procedimento para análise das informações qualitativas

A análise das informações qualitativas foi realizada a partir de três eixos: análise sócio-histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação. Estas etapas, orientadas pela

Hermenêutica de Profundidade (Demo, 2001), resultaram na construção dos dados a partir do diálogo crítico com a realidade (Resende, 2015). Demo (2001), ao citar Thompson (1995), assinala que a tradição da Hermenêutica de Profundidade apresenta-se como uma opção teórica metodológica importante para analisar fenômenos que envolvem sujeitos e informações qualitativas. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, os fenômenos foram analisados minuciosamente a partir da rede simbólica na qual sujeito e objetos estão inseridos. Dessa forma, este trabalho usará a Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1981; 1995) reinterpretada por Demo (2001). As etapas da pesquisa foram:

- (1) Análise sócio-histórica: foram realizados mapeamento de instituições e movimentos sociais protagonizados por pessoas em sofrimento psíquico grave no DF;
- (2) Análise formal: foi realizada a produção de narrativas pessoais com os participantes da pesquisa no DF e a partir delas foram levantados 3 eixos temáticos analisados a partir do referencial teórico;
- (3) Reinterpretação: foram analisados os temas que surgiram como novidade após realização da etapa anterior.

Estas análises envolvem um território pré-interpretado e pré-construído pelo sujeito. Resende (2015) compreende que, deste modo, o objeto de análise é sempre uma construção simbólica que exigirá a interpretação por parte da pesquisadora (Resende, 2015). Informações como locais que o sujeito ocupa no território, ideologia, códigos, entre outros, são relevantes para o contexto a ser investigado. Deste modo, o ponto de partida foi a hermenêutica da vida cotidiana: interpretações que as pessoas constituem simbolicamente a partir de seu contexto.

A análise sócio-histórica foi realizada inicialmente com o objetivo de reconstruir as simbologias relacionadas com o contexto sócio-histórico dos sujeitos, analisando as situações

nos espaço e tempo, os campos de interação, as instituições sociais que os atravessam, a estrutura social na qual estão inseridos e os meios técnicos e virtuais utilizados no primeiro contato e nas entrevistas.

Nesta, foram utilizadas as narrativas pessoais. Vasconcelos (2006) afirma que o fenômeno do sofrimento psíquico grave exige delicadeza e respeito ético à complexidade que envolve esta condição. As narrativas são compreendidas como uma interpretação do mundo da parte de quem narra (Muylaert et al, 2014). As entrevistas narrativas visam aprofundar aspectos e situações específicas referentes às histórias de vida das pessoas. As etapas de construção das entrevistas seguiram as seguintes etapas descritas por Muylaert et al. (2014): 1. Transcrição das entrevistas, 2. Ordenação dos acontecimentos em formato de trajetória, 3. Investigação das dimensões não aparentes do texto, 4. Agrupamento e comparação das trajetórias individuais e por fim, 5. Identificação de trajetórias coletivas por meio da comparação das individuais.

As narrativas pessoais apresentam-se como ferramentas políticas úteis na construção de superação do estigma da loucura e como veículos de divulgação social importante acerca da vivência com o sofrimento psíquico grave. São um modo de vocalizar o sujeito que sofre ou sofreu com o conjunto de silenciamentos e preconceitos em função de sua condição.

Posteriormente, a análise formal destinou-se a identificar as regularidades a partir do fluxo das informações qualitativas coletadas. Demo (2001) considera que “todo caos é de alguma forma estruturado” (p.39) e que nesse sentido, toda comunicação é passível de formalização. Foram levantados fluxos e atravessamentos dos não ditos. Serão analisadas as frequências, códigos e estruturas profundas.

Por fim, realizei a interpretação/reinterpretação, ressaltando aquilo que é relevante para o trabalho de acordo com os objetivos neste projeto apresentados. Todas as informações qualitativas foram interpretadas baseadas na ideologia de modo atento às relações de dominação presentes nos contextos investigados, inclusive o da própria pesquisadora.

Segundo Demo (2001), esta etapa tem o objetivo de compreender o que a informação qualitativa quer dizer, o que ela poderia significar e qual mensagem ela conteria. Trata-se de uma reconstrução crítica atrelada às relações ocultas, silêncios, presença marcante ou não com um olhar para o não visto à luz da reinterpretação da pesquisadora. Resende (2015) salienta que facilmente o ser humano tende a reduzir os fenômenos. Deste modo, estes procedimentos de análise visam garantir que as narrativas sejam interpretadas à luz das complexidades inerentes a elas.

Capítulo 5. Análise das Informações Qualitativas

Neste capítulo serão apresentadas as análises das informações qualitativas. Inicialmente apresento um panorama de aspectos pertinentes à história de vida dos participantes da pesquisa. A análise sócio-histórica tem o objetivo de indicar o cenário no qual as trocas sociais ocorrem, apresentando os territórios pelo qual os sujeitos circulam. Logo após, escrevo as narrativas pessoais dos entrevistados. As narrativas foram realizadas após transcrição das entrevistas e enviadas aos participantes para possíveis alterações que eles desejassem realizar. No próximo subtópico realizo as análises das informações qualitativas a partir de três constelações de sentido. Por fim, será realizada a reinterpretação à luz dos aspectos que mais se destacaram nas análises a partir da perspectiva da pesquisadora.

5.1. Análise sócio-histórica

A análise sócio-histórica, de acordo com Veronese e Guareschi (2006) é o momento em que as condições sociais em que se produzem a circulação de trocas simbólicas são reconstituídas a partir de um resgate do que foi a situação do espaço e no tempo vivido. Esta análise é realizada em observação às interações sociais que podem ser analisadas sob a ótica de espaços, posições, trajetórias vividas e recursos ou capitais acessados ou acumulados, segundo os autores citados. Desta forma, analisamos as relações sociais cotidianas onde são atribuídos valores simbólicos e valorizações.

Esta pesquisa envolve uma análise acerca de trajetórias e vinculações na produção de autonomia, empoderamento e *recovery* de facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuo e participantes de movimentos sociais em saúde mental. Deste modo, abordarei movimentos individuais e coletivos na luta por um cuidado humanizado no âmbito da saúde mental, onde é levada em consideração as relações assimétricas de poder (Veronese & Guareschi, 2006). As

entrevistas de narrativas pessoais ocorreram no segundo semestre de 2021. As pessoas que fizeram parte deste trabalho são vinculadas a diferentes espaços de produção de saúde dentro do Distrito Federal e em movimentos sociais nacionais. Tiveram, nas suas trajetórias experiências em serviços de saúde mental nos estados de Minas Gerais e Pernambuco. Assim sendo, indicarei aspectos contextuais pertinentes a compreensão das narrativas.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica no DF é recente quando comparada a outras metrópoles brasileiras. Nesse sentido, vale a pena mencionar alguns marcos que compõem não só este percurso, como também a trajetória de vida dos participantes dessa pesquisa. Brasília, fundada em 1960, teve sua inauguração como marco de uma nova possibilidade de futuro. No entanto, sofreu efeitos, no campo da saúde mental, de um modelo até então hegemônico no Brasil. Contou com a atenção à saúde baseada em um modelo hospitalocêntrico e orientado por medicações e internações (Faleiros, 2017). Infelizmente o reconhecimento de práticas antimanicomiais e abertas, por determinado período, foram tamponadas pela emergência de instituições de caráter asilar (ibid.). Foi no período da ditadura que o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) foi criado. Antes disso, era um hospital não psiquiátrico. Nessa mesma época poucos eram os profissionais preparados para executar e planejar ações de saúde e o DF contava com dificuldades para implementação de um modelo de atenção não asilar (Zgiet, 2010).

Em 1991, foi criado o Movimento Pró-Saúde Mental em um cenário de questionamento da organização de saúde vigente na época e de denúncias às práticas que feriam os direitos humanos. Rapidamente se filiou ao Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (Faleiros, 2017). Inicialmente o movimento foi protagonizado por profissionais da saúde que trabalhavam em uma instituição de saúde mental no DF. Estes tinham como objetivos as criações da Coordenadoria de Saúde Mental, dos CAPS, da

residência multiprofissional em saúde mental e do Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (Zgiet, 2010).

No DF, o SUS começou a ser implantado apenas a partir de 1995, mesmo com 5 anos de legislação nacional vigente. Junto a esta implementação, a reforma sanitária e psiquiátrica estava em marcha. No mesmo ano, foi realizado o I Fórum de Saúde Mental do DF. Neste evento propuseram a revisão do modelo hospitalocêntrico de assistência a pessoa portadora de transtornos mentais para iniciar a trajetória da formação de uma rede mais diversificada. Em 2004/5 foi construído o primeiro CAPS do DF, destinado à população com transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas (Zgiet, 2010).

Zgiet (2010) salienta que a legislação proposta indicava que fossem criados serviços substitutivos antes de desativar os leitos psiquiátricos. Isto para que os usuários não fossem desassistidos. A mudança, de acordo com a Lei Distrital nº975, preconizava uma mudança gradual. A indicação neste momento era de transformar o Hospital São Vicente de Paula (HSVP), antigo HPAP, em um CAPS. Nessa mudança, a parte hospitalar serviria como um ambulatório e serviço de emergência para crises psiquiátricas e não mais um espaço para longas internações. Este local nunca chegou a virar um CAPS e até hoje funciona nos moldes de um hospital psiquiátrico a partir do paradigma manicomial (Lima et al., 2018).

Desde 2016, no cenário nacional, o cadastramento de novos CAPS caiu consideravelmente, indicando que “está em marcha um projeto de desmantelamento da reforma”, como indicou Pedro Delgado ao lançar o Painel de Saúde Mental⁵ de comemoração dos 20 anos da Lei nº10.216. No DF não foi diferente. Foi identificado que há uma baixa

⁵ <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/> 23 de setembro de 2021

implementação de programas de reinserção social. O DF fez parte dessa conjuntura no campo da saúde mental.

De acordo com Zgiet (2013) o DF ainda está defasado e atrasado na substituição de equipamentos manicomiais para outros de base comunitária. Isto decorre da dificuldade de organização e gestão dos administradores, que em muitos casos, apresentam propensão a aderir um modelo hospitalocêntrico. A gestão muda de acordo com indicação do governo vigente. Isto, segundo a autora, retira a autonomia da gestão orçamentária e de diálogo com as demandas comunitárias, inviabilizando a criação e manutenção de projetos importantes para a população acometida de sofrimento psíquico e vulnerabilidade social. Lima et al. (2018) apresentam que os profissionais e comunidade lidam com um número insuficiente de serviços para a quantidade da população por região administrativa. Além disso, as autoras salientam que a articulação intersetorial e na própria RAPS apresenta dificuldades. Com a rotatividade na coordenação dos serviços, a continuidade de ações acaba sendo prejudicada.

Atualmente o DF conta com 18 CAPS, 7 Serviços Hospitalares de Referência com 45 leitos, 1 Unidade de Acolhimento, 1 Hospital Psiquiátrico com 83 leitos, 114 beneficiados pelo programa Volta para Casa e nenhum SRT (Painel de Saúde Mental, 2020). No atual momento da escrita desse trabalho, foi iniciado o processo de criação do primeiro Serviço de Residência Terapêutica no DF. A política local pouco prioriza a saúde mental em sua agenda e isto pode ser exemplificado pela demora na criação de SRTs e outros CAPS III, por exemplo (Lima et al, 2018). Apesar de ser uma história recente, a novidade e idade do dispositivo de atenção em saúde mental aberto é um “espaço privilegiado para criar e reinventar arranjos de trabalho e práticas de cuidado” (Lima et al., 2018, p.209) baseados na abordagem psicossocial.

Outro aspecto importante a ser mencionado na história da RP no DF é a chegada dos grupos de ajuda e suporte mútuo no DF. Isto ocorreu por meio de um contato com Eduardo Vasconcelos, professor emérito da UFRJ, em que apresentou no início de 2017 no curso de “Construção de indicadores para qualificação da gestão e do trabalho em saúde mental no DF”. Neste evento Vasconcelos discutiu sobre direitos, deveres, autonomia e empoderamento de usuários. O planejamento de capacitação de gestores, técnicos e usuários por interesse deles mesmos foi iniciado, seguido da implementação dos grupos de ajuda e suporte mútuo. Atualmente, segundo o Observatório de Saúde Mental (2017), a participação nestes grupos consta no Projeto Terapêutico Singular de alguns CAPS do DF.

Desde 2017 até o atual momento da produção desta pesquisa foram realizadas 3 capacitações para a formação de facilitadores dos grupos. A primeira destinou-se à implementação dos primeiros grupos com os primeiros facilitadores. A segunda, em 2018, teve foco nos frequentadores dos grupos já existentes, de modo que eles fossem capacitados para virar facilitadores e criar novos grupos no território. A terceira ocorreu em 2019 com o mesmo objetivo da segunda. Todas as capacitações envolveram profissionais, familiares e usuários.

Outro espaço de protagonismo importante no DF é o Movimento Pró Pró-Saúde Mental do DF:

coletivo organizado e em funcionamento há mais de 20 anos, que atua sob uma ótica radical antimanicomial, em prol do avanço da Reforma Psiquiátrica. Atualmente, esse núcleo do DF está ligado à Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila). O MPSM tem como perspectiva a garantia de direitos das pessoas com sofrimento mental e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Cumpre a agenda local de luta antimanicomial no Distrito Federal, com várias ações organizadas e articuladas com frentes da sociedade civil, controle social, gestão e política. A periodicidade das ações e reuniões varia conforme demandas de luta do período (Ferrari, 2021, p.32).

Além disso, o cenário na capital apresenta um centro de convivência que é um espaço de potência na produção de autonomia e reinserção social. Um bloco de carnaval que anualmente constrói espaços de produção de novos imaginários sobre a loucura, permitindo a ocupação da cidade pela arte e cultura. Estes espaços são organizados voluntariamente por usuários, profissionais e familiares.

Além do cenário no DF, é importante mencionar que dois entrevistados para esta pesquisa passaram por experiências relacionadas à saúde mental nas cidades de Recife e de Belo Horizonte. Dessa forma, abordarei alguns aspectos pertinentes à compreensão dessas trajetórias de vida.

A RP no estado de Pernambuco demonstra que ainda estão vigentes hospitais psiquiátricos de caráter asilar (Sena & Facundes, 2017). No entanto, o estado apresenta um percurso de fechamento desses espaços, restando atualmente na RAPS 3 hospitais psiquiátricos. A transição foi realizada a partir da gradativa substituição dos leitos psiquiátricos para serviços psicossociais.

Para além deste cenário, a questão do sofrimento oriundo da relação dos sujeitos com álcool e outras drogas se apresenta como um ponto de atenção nesta pesquisa. Nos últimos anos, Recife contou com a operacionalização da política de redução de danos, proposta que valoriza o sujeito a partir de sua singularidade e amplia os modos de cuidado. Ao mesmo tempo, desde um panorama brasileiro de desinvestimentos nessas políticas, programas que eram destinados a atender a população com questões relacionadas à álcool e outras drogas a partir da redução de danos sofreram obstáculos para serem mantidos e ampliados (Albuquerque et al, 2017).

Em 1996 foi aprovada a lei Nº 16.232/96 no município de Recife, que tinha como orientação substituir progressivamente os hospitais psiquiátricos para uma rede de atenção integral (Brasil, 2019). Nesse sentido, saliento que Camila, uma das nossas participantes de pesquisa, acompanhou parte desse processo, passando por serviços de caráter asilar e institutos privados que atendiam pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas. Atualmente a RAPS pernambucana conta com CAPS de I a III, CAPSi, CAPS AD, SRTs, Consultórios na Rua, Unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais e serviços de urgência e emergência.

Já em Minas Gerais, o cenário é de referência brasileira na desinstitucionalização. Teve uma forte mobilização para a criação do Movimento da Luta Antimanicomial e contou com inspiração direta de Franco Basaglia, que ao vir ao Brasil, realizou denúncias contra o “holocausto brasileiro”, um manicômio na cidade de Barbacena. Atualmente o cenário político da RP e do protagonismo do usuário é consistente. Há 50 anos o estado apresenta um movimento crítico e autocrítico pela luta por direitos humanos e por espaços democráticos de cuidado em saúde mental (Goulart, 2015). A RAPS mineira é composta por CAPS, CAPSad e CAPSi, leitos de saúde mental, SRT de tipo I e II, Unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil. Dado este panorama referente aos territórios existenciais e simbólicos dos participantes dessa pesquisa, apresento na próxima seção as narrativas pessoais. Os 4 entrevistados, apesar de diferentes percursos, atuam no DF.

5.2. Análise formal

Esta etapa destina-se à análise que parte da circulação de expressões e objetos que no campo social e as construções simbólicas “apresentam uma estrutura articulada” em relação ao contexto sócio-histórico (Veronese & Guareschi, 2006, p.89). Nesta etapa serão analisadas

as lógicas e formas atribuídas em meio a estrutura interna das narrativas. A análise das narrativas identificará não só a ordem cronológica, mas a forma que o discurso foi arranjado e que interligou as experiências. Segundo Veronese e Guareschi (2006), o sentido se dá na totalidade. Busca-se compreender como o sentido do empoderamento, autonomia e protagonismo operam na mensagem a partir do desencadeamento de experiências.

Tendo isto em vista, destacamos 3 constelações de sentido. Elas foram pensadas a partir das falas dos entrevistados em uma primeira compreensão dada por mim. São atribuídas como constelações pois aglomeram significados que podem ser dados de diferentes formas (Szymanski, 2004). Compreendo que, apesar das constelações terem sido organizadas de modo separado para facilitar a compreensão do leitor, as temáticas se confluem no contexto de produção de autonomia dos entrevistados. As estratégias apresentadas não são lineares ou indicam um percurso ascendente, mas sim intercalado entre altos e baixos.

5.2.1 Narrativas pessoais

Serão abordadas aqui as trajetórias dos entrevistados. A narrativa pessoal se configurou como um convite ao sujeito para falar sobre as próprias experiências de vida, crise e participação em espaços enquanto protagonista. Após a escrita das narrativas, os participantes leram e tiveram a oportunidade de modificar e/ou aceitar o a versão final apresentada nesta monografia.

Narrativa de Davi:

Davi participa de movimentos sociais e é facilitador de grupos de ajuda e suporte mútuo. Tem diversas habilidades manuais e faz uso delas para trabalhos no seu cotidiano. Ele narra que sua história com o sofrimento psíquico iniciou após o falecimento do avô, que

cuidava dele. Após isto, com uma mãe “muito saideira”, precisou ficar sob cuidados de diferentes pessoas e familiares. Estes momentos causaram nele violências em diferentes níveis, como racismo, abuso sexual e injustiças. A adolescência foi um marco de revoltas para ele. Em seu relato, Davi menciona que nesse período começou sua história com a drogadição. Usava crack, cocaína, maconha e álcool. Atribui o transtorno de ansiedade e ejaculação precoce como mais uma das fontes de sofrimento.

No âmbito das relações teve muitas dificuldades e traía constantemente a ex-companheira. Junto a isso, agia de modo violento por medo de perder a relação. Nesse período relatou não ter amigos para contar e falar sobre os problemas e a vontade de morrer e sumir que tinha. Das vezes que contou, foi exposto em rodas de conhecidos sobre o problema com a ejaculação precoce e a violência. Foi a partir disso que, ao desistir de tudo, se entregou ao vício, desistindo de viver.

Após “certo tempo nessa vida segregatória” (Davi, p. 1) que Davi foi apresentado aos serviços de cuidado com uso abusivo de álcool e outras drogas. Esse primeiro contato foi realizado por meio de uma internação em uma comunidade terapêutica próxima de Belo Horizonte. Foi internado e realizava atividades de laborterapia. No entanto, não obtinha nada além desse tipo de cuidado. Restou a raiva e a vontade de fugir desse espaço, pois segundo o entrevistado, ele morava na rua porque não queria trabalhar e se viu destituído de outros laços sociais quando foi isolado. Ao conseguir fugir foi interpelado por um agente de saúde em uma UBS sobre o tratamento no CAPS:

Ele disse que eu tinha um problema de saúde mental e que eu tinha que procurar um psicólogo. Falei que não ia procurar não que eu não era doido. Eu tinha um preconceito danado com relação a psicólogo, psiquiatra e saúde mental. Falar disso era relacionar com loucura pra mim. Hoje eu sei que não é. (Davi, 2021, p.2)

Decidiu ir para um CAPS ad em MG mais afastado de onde ficava para não passar a vergonha de dizer para outras pessoas da rua que estava pretendendo parar de usar drogas. Não queria ser visto como “cagete” (Davi, p.2). Ao chegar, relatou ter sido amor à primeira vista. Foi chamado pelo nome próprio ao invés de ser chamado por um apelido pejorativo pelo qual era chamado. Este apelido referia-se a uma dificuldade dele em conseguir esticar o braço.

Agora entrevistado diz ser o Davi, um ser humano completamente diferente do apelido pelo qual era chamado. É consciente de seu papel no mundo e vive em prol de falar para as pessoas que elas têm uma chance a partir da saúde mental. Mencionou que no próprio tratamento no CAPS ampliou os conhecimentos, especialmente acerca da lei nº10.216/01, lei pelo qual, segundo ele, foi tratado.

Outro tema trazido por Davi relaciona-se com o papel ocupado por um amor. Próximo do período que ele chegou em Brasília, conheceu a moça com a qual ele se relaciona atualmente. Quando ele a conheceu, ainda morava na rua e estava em uma recaída, pois não fazia acompanhamento em nenhum CAPS daqui de Brasília. Com ela, conseguiu se mobilizar para lidar com o problema de ejaculação precoce que tinha e com os fantasmas que carregava em si por ter sido um homem violento com outras mulheres. Tudo isso ocorreu, segundo Davi, pois ele se identificou com a história de vida dela de abusos e sofrimento.

Foi no marco do final de 2015 quando teve contato com um espaço de formação pioneiro, segundo ele, em Brasília para os usuários. Em um curso de ajuda e suporte mútuo fornecido pelo Observatório de Saúde Mental, Davi foi convidado a participar. Inicialmente não se animou muito e ia apenas pelo *coffee break*. Foi a partir da fala de Eduardo Vasconcelos que se sentiu convocado a participar ativamente: “O professor começou a falar

muito em protagonismo, empoderamento de usuário, usuário exercer a função de cuidador, curador ferido e eu não conseguia pregar o olho. ... Era como se tivesse falando da minha pessoa. ” (Davi, 2021, p.5). Após esse curso, voltou para o CAPS no intuito de começar um grupo de ajuda mútua e recebeu uma negativa da gestora. Mesmo frustrado, não se resignou. Buscou outro CAPS para iniciar o grupo e conseguiu. Depois disso, passou a facilitar vários outros e até antes da pandemia, por todo o DF. Alguns grupos saíram do CAPS e foram para espaços de acampamentos de movimentos sociais.

Nesses espaços, além de discutir sobre saúde mental, temas como a violência de gênero, direitos e cidadania compunham os debates. Atualmente Davi trabalha com população de rua, saúde mental e é uma referência em sua comunidade. Ao falar sobre seus sonhos, menciona que: “Eu quero ser um negão que veste branco. Eu nunca fui atendido por um negão. Já disseram que viram, mas eu mesmo nunca vi e nem fui atendido por um” (Davi, 2021, p.17). Além disso, pretende dar uma casa de tijolo para a esposa e melhorar a relação que tem com a própria filha.

Narrativa de Camila

Camila relata ter uma história de vida muito entrelaçada com o sofrimento. Camila vem de uma família com dificuldades financeiras, vulnerabilidade e pouca estrutura. Começou a dar sinais de sofrimento psíquico quando era ainda uma criança e desde esse período precisou fazer tratamentos medicamentosos intensos para tratar convulsões em um hospital psiquiátrico. Era tratada com violência e hostilidade e tinha contato com outras pessoas em sofrimento psíquico intenso. Camila denomina esse tratamento como manicomial. Na escola, sofria preconceito e era considerada a doida. Na infância Camila disse já ter reconhecido e valorizado a importância da medicação no tratamento.

Cresceu e teve uma vida tranquila, envolvida com esporte. Jogava profissionalmente. Participava também de movimento secundarista pela anistia e da UNE quando estava na faculdade. Participava de grupos de teatro e dizia que era muito difícil conviver com ela enquanto artista por ser intensa. Ao longo de sua trajetória, teve diversas idas e vindas entre Recife e Brasília.

Formou-se em história e casou-se com uma pessoa muito envolvida com movimentos políticos também. Ele teve problemas devido a perseguição e isso ocasionou espaço para que Camila também tivesse problemas psíquicos devido à instabilidade do cotidiano e às perseguições políticas sofridas pelo companheiro. Recorreu a tratamentos alternativos como acupuntura e homeopatia. Nesse período não quis ser medicada. Separou-se do companheiro e teve uma crise maníaca. Passou a fazer uso mais incisivo de drogas.

Como já tinha uma vida ativa no mundo das artes, passou também a se envolver com atividades no circo e começou a viajar. Foram para Maceió de tour. Quando começou a sentir necessidade de mais estabilidade, voltou a pensar em sua vida profissional enquanto historiadora. Isto coincidiu com a vinda para Brasília em 88, no ano da constituinte. Depois de certo tempo e de realizar alguns contatos, veio de vez para morar e trabalhar na capital. Trabalhou com museu por um tempo. Engravidou e passou por um “drama pessoal terrível” (Camila, p. 33) que a desestruturou profissional e pessoalmente.

Voltou a viver em Recife por dois anos, quando sua filha ainda era pequena. Mãe solo, Camila justificou essa volta como uma forma de tentar se recuperar. Passado esse tempo, voltou para Brasília e teve um retorno difícil. Precisou retomar muitas coisas e o desgaste atingiu várias dimensões de sua vida. Relatou que nesse momento se atolou e afogou na

angústia. Em 1998, falece seu pai, acarretando em mais outra crise. No entanto, dessa vez a necessidade de cuidar da filha compareceu de modo latente.

Nessa crise, Camila já era professora na rede pública de ensino do DF. Em um período de 5 anos enquanto servidora, foi afastada diversas vezes até que precisou se aposentar por invalidez. Isto gerou um “dano terrível” (Camila, p.34) em que Camila deixou de ter expectativas sobre o futuro. Novamente se afundou no uso abusivo de drogas. Foi internada em um hospital psiquiátrico diversas vezes, em seu relato, menciona violência, contenções, desrespeito e ameaças de abusos sexuais.

Foi quando, já aposentada, decidiu voltar para Recife. Converteu-se “ao evangelho” e viveu uma negação intensa de si mesma. Engordou 40 quilos, virou dona de casa enquanto antes era uma artista, uma profissional de história. Frustrada, se viu sem identidade.

Na volta para a cidade natal, Camila conheceu e vivenciou o movimento antimanicomial. Passou a realizar acompanhamento em um Centro de Prevenção e Tratamento para pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Foram momentos complicados e uma experiência pré-CAPS. Era um instituto particular com uma parceria com o SUS. Lá, ia para oficinas, terapia em grupo, capoeira e relatou que por conta do histórico pessoal, tinha muita facilidade com expressão. Não demorou muito para engajar-se em passeatas em Recife cobrando o fim dos manicômios que “ainda existiam a todo vapor nesse período” (Camila, 2021, p.37). Começou a se destacar como liderança nesse campo.

Em 2014, quando voltou para Brasília, conheceu o CAPS por meio de uma varredora de rua, de modo inusitado. A porta de entrada foi o CAPSi, pois o filho dessa mulher fazia acompanhamento lá. Logo depois conheceu o CAPSad, onde ainda é assistida. Camila ficou

encantada com a estrutura e começou a fazer teatro e canto no CAPS. Camila relata que foi um reencontro com ela mesma.

No CAPS foi encaminhada para um Centro de Convivência, lugar que até hoje é uma referência de afeto e amor para Camila. Lá, Camila chegou “chegando” (Camila, 2021 p.38). Envolveu-se com a luta antimanicomial, e com composição de músicas no evento Fora Valencius, cantado no carnaval. Além desses eventos, Camila foi para Bauru no congresso de saúde mental, local onde produziu músicas, apresentou-se e entoou gritos de protesto contra os manicômios e a favor da expressão da loucura.

Por volta de 2017, voltou para Recife e teve uma outra recaída quando entrou em contato com drogas mais pesadas do que era habituada. O centro no qual foi tratada tinha como público uma “clientela muito comprometida” (Camila, 2021, p.38). Quando conheceu o crack, foi devastador porque junto a ele “vieram novas crises, surtos muito piores”. Camila menciona que a cada surto, vem muito pior “porque você traz a carga anterior e traz a fragilidade, por mais que você pensa que é forte, que consegue, você fica muito mal”. Foi internada em um hospital psiquiátrico e entrou “num poço sem fundo”.

Em 2018, ao voltar para Brasília, voltou também para os espaços de cuidado abertos como o CAPS e o Centro de Convivência. Atualmente faz parte do grupo de ajuda mútua do CAPS. Não atua como facilitadora pois estava num momento muito difícil de vida e não se sentia bem para tanto. Nesse momento prefere participar como usuária do que como liderança.

No atual momento, Camila avalia a pandemia que, apesar de ter sido uma experiência mundial ruim, para ela foi “o alicerce, a minha retomada” (Camila, 2021 p.40). Com o grupo de terapia comunitária, produziu uma cartilha que facilitou um espaço para ela repensar e se questionar sobre a própria vivência com o sofrimento psíquico. Admirou-se com a vontade de

viver de algumas pessoas. Aproveitou os espaços online de cuidado como terapia e capoeira.

Ao falar sobre a convivência com o sofrimento psíquico, Camila relata que gosta de ser “doida”:

Eu gosto de ser doida, sabe? Eu acho que doido é um ser massa. Eu faço como Ariano Suassuna que dizia que gostava muito de doido e que se ele tivesse que escolher o tipo de personalidade, ele sempre escolheria a personalidade da loucura. (Camila. 2021, p.41)

Camila afirma nunca ter tido problemas em ser vista pela ótica da loucura, pois enfrentou isso desde pequena. Ao identificar-se com a personalidade da loucura, Camila menciona que isso favoreceu um processo pessoal de entendimento da vida e da condição de humana. Assim, ao se referir sobre o sofrimento psíquico e as lições de vida tiradas, comenta:

Hoje eu já consigo entender as coisas, me sinto humana, eu acho que é uma das doenças que mais pode humanizar. Pode desumanizar muito também. Mas se você tiver atenção, cuidado e direcionamento, você pode ser uma pessoa muito melhor. Eu acho que idade e maturidade traz isso também, mas ser uma mulher que teve a vida toda travando questões com a saúde mental, conhecendo pessoas sofridas, vendo o potencial delas, sabendo que elas podem ser, no caso algumas já se foram... quantos amigos meus já se mataram, meu Deus! Eu acho que sinto que tenho um compromisso, não só por ser uma pessoa com toda essa dificuldade, mas também por ter tido a oportunidade de me desenvolver (Camila, 2021, p.41).

Narrativa de Lucas

Lucas é escritor, letrista e formado em Direito. Conta que em sua vida nunca havia conhecido a depressão no ambiente familiar e não tinha noção do que se tratava. Quando sua mãe faleceu em seus braços, vivenciou uma profunda tristeza em decorrência da perda. O marco de intenso sofrimento veio acompanhado de perseguição no trabalho, onde Lucas começou a estudar e seu chefe ameaçava demiti-lo, pois dizia que aquele trabalho era “lugar de pião” (Lucas, 2021, p.20).

No mesmo período, o pai de Lucas foi vítima de um latrocínio. Além disso, o irmão de Lucas levou um tiro. Foi um momento em que ele se dividiu em dois hospitais diferentes para

cuidar de ambos. Além dessas perdas, foi demitido de um trabalho e terminou um relacionamento. Em seu relato, menciona que se não tivesse conhecido o CAPS naquela época, talvez não estivesse vivo para contar essa história.

Ao conhecer um tratamento humanizado, Lucas teve um espaço para se reerguer. Foi no marco de 2016, quando uma terapeuta ocupacional do CAPS reconheceu o potencial dele e o inscreveu para o curso de facilitador do grupo de ajuda e suporte mútuo. Nesse momento, Lucas comenta que o grupo é um espaço de aprendizado com outras pessoas e que ao participar, teve a percepção de que:

A gente estava ali para se ajudar, para ter a percepção de se pôr e se colocar no lugar do outro, aí eu comecei a ter o entendimento verdadeiro de como lidar com aquela depressão. Ou eu aprendia a lidar com ela, ou ela ia me matar (Lucas, 2021, p.21).

No mesmo período, relatou ter ingressado em um movimento social em saúde mental, espaço que recebeu apoio e afeto. A partir da militância, Lucas menciona que aprendeu que poderia fazer muito pela própria saúde mental e também pela de outras pessoas.

É marcante em seu relato o lugar dado à multiplicidade de alternativas no seu tratamento. Lucas conta que teve acesso a psicoterapia, consultas psiquiátricas, atividades de terapia ocupacional e a passeios recreativos. Considera que foi inserido, a partir dessas atividades, na cidade e sociedade e que elas contribuíram para a sua recuperação. Sentir que é pertencente aos espaços garantiu potência de mudança.

Lucas conta que o percurso na militância teve origens em sua vida anterior ao sofrimento. O cotidiano em sua comunidade de observar e conhecer jovens fazendo uso de drogas em condições precárias, o mobilizavam para ajudá-los de alguma forma. Além disso, organizava quadrilhas de festa junina, movimento que envolvia pessoas, geração de trabalho e cultura. Além disso, já foi pastor de uma igreja protestante.

Ao ocupar lugares de militância, Lucas se tornou conselheiro de saúde dentro da sua cidade. Ele comenta ter como objetivo gerar inclusão social e que se inspirou no percurso de Davi e Artur quando os viu mudando de vida a partir de suas trajetórias. A partir do compartilhamento de experiências com eles, também decidiu mudar a sua própria vida. Nesse cenário, Lucas passou a se inserir em outros movimentos de economia solidária e geração de renda em sua cidade.

Com a retomada de si, Lucas voltou a escrever poesias, conheceu pessoas que sempre estavam disponíveis para apoiá-lo. Com esse apoio, além de aprender a lidar com a depressão, criou estratégias para lidar com o racismo e a gordofobia. Lucas se nutre de ver as pessoas felizes e perceber que pode, de alguma forma, ajudar a sua comunidade e fornecer orientações para seus pares.

Atualmente tem como sonho se tornar promotor de saúde. Mas, antes disso, está nas vias finais de formalizar uma ONG para familiares e usuários em saúde mental. Visa, com ela, abrir um projeto de geração de renda, possibilitar que os usuários aprendam toda a linha de produção de uma horta para que possa realizar a distribuição de verduras e hortaliças nos mercados locais da sua comunidade. O caminho a ser seguido é “junto” (Lucas, 2021, p. 31). Com isso, busca promover conhecimento e abrir um espaço para que os beneficiados não precisem necessitar dos outros.

Narrativa Artur

Artur era considerado um "cara padrão" (Artur, 2021, p.46). Trabalhava no exército e não se adaptou bem. Era pressionado, trabalhava dia e noite acarretando sofrimento psíquico. Neste momento, fazia uso de álcool e cocaína. A sua família quis interná-lo em um hospital

psiquiátrico e por sorte, uma médica o indicou para buscar apoio no CAPS. Acerca de sua crise, preferiu não lembrar.

Artur mencionou que não conhecia o CAPS. Ao chegar lá, entendeu que precisava se encontrar com a sociedade novamente. Foi um período difícil. Em seu relato, comenta que muitas vezes a sociedade não entende que a pessoa está passando por um problema para além da drogadição. Como locais de apoios alternativos, Artur tinha a igreja, até que se decepcionou por se deparar com pessoas que apoiam ideais políticos divergentes do dele. Ficou desanimado com isso, especialmente por não acreditar que bandido bom é bandido morto.

Em 2016, Artur foi convidado para participar do curso de ajuda e suporte mútuo. Nesse espaço, primeiro pensou no que estava fazendo no meio de um monte de "playboy" (Artur, 2021, p.47). Nesse espaço tinham profissionais da área da saúde, deputados, entre outros. Com o decorrer do curso, Artur "abriu a mente" (ibid), pois era um espaço de muito aprendizado. Se instrumentalizou, aprendeu sobre a realidade que vivia e sobre as assembleias em saúde.

Quando o curso acabou, Artur ingressou em um movimento em saúde mental. Relatou que depois do curso, ficou com várias ideias na cabeça e não queria ficar perdido, sem rumo sobre o que fazer com elas. A partir disso, entrou no movimento que, nesse período, tinham poucas pessoas engajadas. Passou a se mobilizar para trazer pessoas para agregar na luta.

Atualmente, Artur mencionou participar de vez em quando do movimento pois relata ter perseguições por "bater de frente com o sistema" (Artur, 2021, p.48). Mune-se dos estudos para mudar de paradigmas. Mencionou ser o único usuário em um grupo de estudos relacionado com a política de saúde mental de Sorocaba. Além disso, tem como meta voltar

aos estudos secundários para poder trabalhar com coisas menos pesadas, pois atualmente trabalha como pedreiro.

5.2.2. O cuidado e a retomada de si

Ao longo desse trabalho, mencionamos o lugar do paradigma psicossocial dentro da saúde mental como uma mudança radical na forma de operar o cuidado. Isso parte da perspectiva de que o sujeito em tratamento é o protagonista de seu processo de saúde e sua autonomia é produzida nesse espaço. Para tanto, o poder de contratualidade deve ser reestabelecido para que sejam apresentadas possibilidades de existência (Kinoshita, 1996).

Nesta discussão, o cuidado humanizado, veiculado pelo CAPS, foi indicado pelos participantes como fundamental em suas trajetórias. Ilustrarei, nessa categoria, a experiência com a garantia de liberdade no tratamento como uma estratégia de estabelecimento de *recovery*. Vale a pena salientar que dos 4 entrevistados, 3 relataram ter experiência com uma instituição no modelo do paradigma manicomial e este foi apresentado por todos como um ambiente hostil. A transformação de paradigma abriu espaço de reconhecimento de si como sujeito de direitos e possibilidades de mudança de condição.

O sofrimento psíquico é multideterminado e Resende (2015) elucida a importância de construir um cuidado que respeita as peculiaridades dos indivíduos. A oferta de atividades deve ser variada e conectada ao vínculo e desejo de cada pessoa. Este espaço foi mencionado por Camila que ao se inserir no CAPS, voltou a “fazer teatro, a mexer com canto, música, interpretação e foi pra mim um reencontro comigo mesma” (Camila, 2021, p.47). Já Davi, de um outro modo, relatou que ao conseguir lidar com seu sofrimento relacionado à ejaculação precoce, pôde retomar a sua vida relacional e deixar de ser “um pretinho” (Davi, 2021, p.12)

que “baixava a cabeça, desanimava, não procurava meu canto de direito” (ibid.). E Lucas comentou que aprendeu a “reconhecer e valorizar” (Lucas, 2021, p. 29) quem ele é, a partir do reconhecimento das próprias qualidades e entender que é “maravilhoso” (ibid).

A partir do exposto pelos participantes, retomo a discussão da reabilitação psicossocial que visa reestabelecer vínculos que outrora foram perdidos. Estes podem ser a própria relação do sujeito consigo mesmo e com a identidade, o estabelecimento do poder de contratualidade, o trabalho, a própria vida, relações, entre outros. Nesse sentido, o sofrimento do sujeito não deve invalidar a capacidade de criar sentidos e valores sociais (Saraceno, 1998).

Um exemplo marcante do reestabelecimento da identidade do sujeito apresenta-se na narrativa de Davi, quando menciona que, na rua, tinha um apelido pejorativo e nunca era chamado pelo seu nome próprio. No CAPS, o entrevistado menciona que teve a possibilidade de se ouvir de um outro lugar. Este lugar foi dado a partir de ter sido chamado pelo próprio nome, Davi. Kinoshita (1996) afirma que o valor atribuído ao sujeito é uma pré-condição para que seja realizado qualquer intercâmbio. Quando o participante passa a ser chamado pelo nome próprio, enquanto cidadão e sujeito para além do estigma, é criada uma abertura para um aumento do poder contratual, ampliando o leque de possibilidades de trocas no mundo.

Dentro dessa temática, a presença do estigma se destaca como um fator limitante das possibilidades de trocas relacionais. Butler (2017) discute que a linguagem incide nas relações e influenciam diretamente no reconhecimento do sujeito enquanto tal. Para isso, a autora aborda a temática das vidas precárias e a dialética acerca de uma vida que está sempre nas mãos do outro. Ela defende que é necessário estabelecer um enquadramento possível para que a vida seja reconhecida, proporciona um lugar existencial. No caso de Davi, ao estabelecer um

enquadramento possível, ele passa a ampliar os espaços de reconhecimento de outras pessoas em condições semelhantes a ele:

Eu tinha o apelido de (...) [apelido pejorativo] por conta de um defeito que tenho no braço porque ele não estica.... Esse apelido aí ficou comigo durante trinta e poucos anos. Hoje eu sou o Davi, que é totalmente diferente do (...) [apelido pejorativo], um outro ser humano. Mais consciente, vivo uma vida em prol de falar com as pessoas na rua e dizer que elas têm essa chance e que vão conseguir, é só acreditar nelas. (Davi, 2021, p.2)

Davi atribui ao trabalho humanizado no CAPS um papel fundamental para o seu sentimento de acolhimento. Nesse sentido, a multidisciplinariedade do cuidado fornece diferentes possibilidades para abranger a complexidade inerente ao sofrimento:

Se você não trabalha no dia a dia, se você não procurar alternativas para ela, você vai conviver sempre com aquele sofrimento. Porque às vezes nem tudo é medicação... Às vezes tem outras terapias alternativas, você pode fazer um reiki, você pode fazer uma yoga, você pode fazer os passeios recreativos, como no CAPS tinha muito passeio recreativo que os usuários criavam (Lucas, 2021, p.20).

Depois de falar sobre essas alternativas, Lucas comenta que são espaços para que os usuários se sintam incluídos dentro da sociedade. Amarante (2018) defende que a cidade é um espaço fundamental na inclusão da diferença. Desta forma, o participante assinala a importância, a partir de uma experiência pessoal, de não ser alienado do pacto social. Retomar a cidade, nessa ótica, é mais uma possibilidade de expansão de territórios.

Ainda sobre a discussão das alternativas de cuidado, Davi compara o cuidado no CAPSad com as clínicas de reabilitação/comunidades terapêuticas que isolam os sujeitos a fim de um suposto cuidado. O participante comenta que a abstinência não favorece a construção de autonomia. Na clínica, segregado e isolado, o sujeito não consegue “ver outras possibilidades do mundo que não seja só droga. Tá preso. Não tem ressocialização. Não tem grupos para lidar, não tem terapia de grupo” (Davi, 2021, p.4). Isto converge com a ideia trazida por Lucas acerca da importância de um cuidado multidisciplinar e realizado dentro do

território do sujeito. Para reabilitar é necessário construir outras alternativas que sejam realizadas em conjunto com quem deveria protagonizar o cuidado: o usuário.

Ainda sobre o isolamento, Camila se queixa sobre a dificuldade de a sociedade lidar com diferentes modos de existência. Após longos afastamentos sofridos, a entrevistada comenta que teve danos terríveis acarretando na perda de expectativa profissional por ter se aposentado em função do sofrimento psíquico. É possível refletir sobre como a ausência de um cuidado integral, realizado intersetorialmente, onde são criadas possibilidades e alternativas para lidar com a crise, pode ser limitador. Retirar da cidade acaba por produzir mais exclusão e desassistência, além de não produzir contexto para a desconstrução do estigma.

Acerca dessa integralidade, vale a pena mencionar um aspecto importante das terapêuticas de cuidado não serem centralizadas, mas sim diluídas entre vários aspectos e trabalhados a partir deles. A seguir, discorro sobre o lugar da medicação no cuidado.

5.2.2.1. A descentralização da medicação

Um ponto de destaque no processo de *recovery* dos participantes foi a medicação como portando um caráter complementar e não central no tratamento. Como já mencionado na seção anterior, eles salientaram a importância de um cuidado integral composto com alternativas variadas para reestabelecimento da saúde psíquica. Lucas, por exemplo, afirmou que apenas a medicação não é suficiente para resolver a problemática do sofrimento. Comenta sobre um trabalho cotidiano de implicação consigo mesmo na construção de uma melhora, como mencionado no tópico anterior. Davi, por sua vez, apresenta sua relação com a medicação como algo que deu suporte para ele resolver traumas relacionados a sua vida sexual e a ansiedade. No entanto, compreende que os psicotrópicos não devem ser utilizados ao longo de toda sua vida. Questiona-se sobre até quando fará uso deles. Nessa discussão,

mencionou sobre o papel do suporte de pares realizado por ele. Valorizou o trabalho de suporte mútuo (Davi, p.), destacando que:

Usuário discutindo sobre medicação e consegue diminuir o número de remédio a partir da discussão entre eles mesmos, então ele começou a falar dessa metodologia de louco cuidando de louco. Eu falei “isso é bom”. Porque eu passo um monte de coisa aí e passo sossegado. Tem gente que passa menos que eu e não consegue lidar (Davi, 2021, p.5).

Conforme discutido nos capítulos teóricos acerca da importância dos usuários discutirem aspectos concernentes à medicação, Davi comenta que é possível criar mutuamente estratégias para lidar com momentos de crise. Deste modo, são construídos instrumentos para que a circulação no mundo seja possível de diferentes maneiras.

Não inviabilizando a discussão anterior, Camila comenta que, apesar de ver a importância da medicação, em alguns momentos de crise prescindiu dela por priorizar um apoio ocupacional. Relata que foi uma experiência interessante realizada a partir de seu autoconhecimento. Em outros momentos, quando achou necessário e a partir de uma relação de saber sobre efeitos positivos e negativos que decorrem da medicação, optou por usar.

Sobre Camila, é importante salientar que por diversas vezes ao longo de sua trajetória foi medicada indevidamente e a força. Partindo dessa experiência, ela defende que a medicação precisa ser prescrita individualmente. Foi a partir do binômio de excesso de medicação em determinado momento e de ausência em outro que Camila conduziu seu processo de autonomia no sentido de encontrar uma medida justa para a situação que vive, mesmo considerando que a questão medicamentosa “geralmente é uma coisa muito difícil de ser levada” (Camila, p.34).

Por outro lado, Artur comenta que outros usuários só se apoiam na medicação, disponibilizando de poucos instrumentos para reivindicar direitos e construir outras alternativas de vida. Isto converge com a discussão trazida por Lucas e Davi, acerca do

estabelecimento de outros modos de lidar com as questões pessoais que vão para além do tratamento medicamentoso. Artur, assim como os outros entrevistados, apresenta um movimento de autonomia na relação com o médico ao conversar sobre efeitos da medicação. Mencionou que quando os efeitos o impossibilitavam de trabalhar, teve a liberdade de buscar o psiquiatra e questionar sobre os efeitos.

No limite entre os efeitos desejados e indesejados da medicação os entrevistados apresentaram uma relação de emancipação do uso de psicotrópicos. Mesmo vivenciando um sistema atravessado pela indústria farmacêutica e uma sociedade analgésica, que visa anular a dor de qualquer modo, eles apresentaram poder de escolha nesse âmbito do tratamento.

Para além desse aspecto, a inserção do sujeito no espaço comunitário deve ser compreendida a partir de suas particularidades, como, por exemplo, no caso do grupo familiar que será abordado no próximo tópico.

5.2.2.2 A Família

A participação da família no tratamento foi indicada como importante. Malfitano e Lopes (2009) salientam que quando a pessoa está bem inserida e relacionada em um contexto sociofamiliar, são minimizados os efeitos de não estar integrada em relações de trabalho. Nesse sentido, os entrevistados trouxeram a temática do ponto de vista da família ser um pólo de cuidado que, em muitos casos, é negligenciado. Camila comenta sobre a colaboração da família no tratamento:

Tem os grupos de família pra aqueles que querem participar, eu acho massa também. Acho que dá uma dimensão muito mais ampla pra família do próprio tratamento. Eles se vêem também mais pertencentes no processo. Não só cobrando, mas também participando (Camila, 2021, p.44).

Lucas, por sua vez, salienta que quando a família abandona o sujeito em um asilo, pode ter a impressão de ter se livrado de um problema. Esta é uma questão complexa da qual

buscamos como rede de saúde mental nos afastar. O abandono e a exclusão dão uma impressão de um problema resolvido para os familiares, mas para a sociedade cria-se mais um problema. Para o sujeito, mortifica. Sequestra dele o senso de pertencimento: “Como que ela vai saber que é pertencente a um estado, um país, sendo que tiraram tudo dela quando encarceraram ela, quando só medicaram e muitos familiares abandonaram pessoas ali porque não queriam a responsabilidade” (Lucas, 2021, p.24).

Lucas também comenta sobre o espaço da saúde mental ser um espaço rico para aprender a como se relacionar com o outro a partir das diferenças. E se questiona “será que a saúde mental foi feita só para mim não para o outro?” (Lucas, 2021, p.24).

Outra questão importante trazida por Davi diz respeito às exigências que o familiar pode fazer do usuário. Comentou que no caso do sofrimento oriundo da relação abusiva com as drogas, muitas vezes os familiares querem que o usuário deixe de consumir abruptamente e que isso é, em muitos casos, prejudicial para o sujeito em sofrimento. A pressão e/ou estigma exercido pelo familiar pode gerar efeitos devastadores para o sujeito. O participante reflete:

Quantos esquizofrênicos não estão vivendo hoje com as suas famílias num padrão bom de vida, controlado e sem as crises violentas. E quantos estão abandonados porque as famílias são preconceituosas. Além de não querer ter um filho louco dentro de casa ainda tem vergonha do que os outros vão dizer e não acolhe os seus familiares com crise. Hoje eu trabalho com população de rua e todo dia encontro com pessoas, especialmente com esquizofrenia, abandonadas porque o familiar não procurou o lugar certo na hora de tratar e quando procurou ajuda foi num local inadequado. E muitas vezes as pessoas deixam de procurar uma ajuda científica e qualificada (Davi, 2021, p.3).

Além disso, ele propõe que “quem tem que fazer o acolhimento no CAPS não é quem usa, é o familiar. Vá ao CAPS primeiro, faça o exemplo, que você vai se tratar e vai estar ajudando a pessoa que você quer ajudar” (Davi, 2021, p.3). Para além de mencionar a importância do familiar, nesse trecho é possível interpretar que esse núcleo social familiar pode, também,

surgir como um apoio mútuo. Compreendendo a saúde mental como uma temática a ser trabalhada coletivamente. Assim sendo, a família deve ser compreendida como um espaço de produção de saúde importante para as trajetórias individuais do sujeito.

5.2.3. O percurso na militância e a ajuda mútua

O papel da militância e do protagonismo em grupos de ajuda e suporte mútuo na produção da reabilitação psicossocial dos entrevistados será discutido neste tópico. Esses espaços possibilitaram aos entrevistados ocupar um lugar de reconhecimento atravessado pela produção de vínculos, afetos e aprendizados. Em adição a isto, foi destacado que estas aproximações compõem parte de uma ampliação de um cuidado compreendido enquanto emancipador. Além da educação popular, os participantes foram convidados a ocupar um lugar de transmissão que proporcionou um novo status para a condição de si no mundo por meio das próprias vozes.

Uma trajetória de vida com um prévio envolvimento com questões políticas e de militância favoreceu, para Camila e Lucas, um maior envolvimento pela saúde mental. Essas experiências se entrecruzaram e produziram trajetórias de engajamento de pares na luta. Camila, que participou de um centro de convivência referência no cenário da Luta Antimanicomial no DF, comenta que um espaço não institucionalizado em que ela tinha espaço para ter voz, favorecia a mobilização de outros pares pelo fato dela ser “engajada” e “tagarela” (Camila, 2021, p.43) e ao falar de si, dá abertura para que o outro se reconheça e possa compartilhar. Sobre sua percepção de movimento político, ela diz:

Eu acho que é importante também eu ter esse lugar para que eles percebam que com o tratamento, com cuidados, que podemos chegar em uma situação melhor, até como ser humanos.... Às vezes eles se sentem muito aquém de mim e eu não gosto disso. Eu estou ali pra somar. Pra mim a importância do movimento político é justamente garantir o espaço para todos de forma muito mais humanizada, mais organizada, muito mais eficaz (Camila, 2021, p.43).

Streck (2010) comenta que um movimento social visa a busca de um outro lugar social que se diferencia daqueles que foram historicamente destinados. O movimento deve ser coletivo e Camila concorda com isto. Ferrari (2021) traz um outro olhar para a questão da vinculação com movimento. A autora aborda que os caminhos e encontros são atravessados por uma experiência compartilhada de desamparo. A partir desse ponto em comum, é possível compreender que determinadas vivências próximas podem favorecer essas aproximações.

Lucas também menciona uma trajetória prévia com organização de coletivos. Muito sensibilizado pelo cotidiano violento de sua comunidade, marcado por jovens com uso excessivo de drogas, assassinatos, violência doméstica e pobreza, Lucas sentiu em si a vontade de querer fazer algo por essas pessoas. Ao ingressar nas discussões sobre saúde mental, notou que tinha instrumentos diversos para promover mudanças sociais. Dentre eles, citou sarau, atividades de lazer, participação em conselho de saúde, assembleias e no próprio movimento social em saúde mental.

Um marco importante na vida militante dos entrevistados foi o curso de facilitador de grupos de ajuda e suporte mútuo. Foi um espaço de educação em direitos, na política de saúde mental e de criação de vínculos com profissionais, familiares e usuários. Reconhecido como primeira oportunidade realizada no DF para abrir uma frente que até então não era tão presente, Davi comenta que encarou como a possibilidade de abertura de portas e de levar a frente um trabalho inovador para o contexto da capital federal.

Ao terminar o curso, Davi se viu motivado e tentou implementar no CAPS que frequentava o primeiro grupo. Nesse momento a técnica de referência dele desacreditou de seu processo de recuperação. Davi menciona que “ela olhou para mim, assim: ‘ajudar quem, Davi? Você não tá nem conseguindo se ajudar. Usuário nunca deixa de ser usuário’. Ela

desacreditou. Naquele momento o meu mundo caiu” (Davi, 2021 p.7). Mesmo que desvalidado em seu potencial, Davi não deixou se abalar e buscou um outro CAPS para começar o primeiro grupo. Depois disso expandiu os espaços dos grupos para além dos CAPS, passando a frequentar assentamentos de sem-terra. Além de compor movimentos sociais em saúde mental, Davi participa de movimento de população de rua também. Esta inquietação protagonizada por Davi expressa que, além da recuperação ser processual, a produção coletiva de autonomia e depósito de confiança no sujeito acabam potencializando a militância.

Os grupos passaram a ser um espaço rico de aprendizado, apoio e produção de cidadania. A partir deles, os entrevistados se tornaram uma referência em saúde mental na própria comunidade. Ser conhecido e mostrar a própria vulnerabilidade se apresenta como um modo de aproximação potente. Além disso, o reconhecimento por parte dos profissionais surgiu como um tema importante na construção da militância dos participantes. Profissionais alinhados com uma perspectiva que fomente empoderamento e autonomia ganha um lugar crucial neste debate. No aspecto da produção de cidadania, deve ser levado em consideração o trabalho como modo de inserção econômica e social. Este tema será abordado a seguir.

5.2.4. O trabalho e a autonomia

O trabalho e a geração de renda foram salientados pelos entrevistados como estratégia importante na construção de autonomia. Sabemos que este é, atualmente, um âmbito da RP que apresenta fragilidade e desafios a nível institucional, governamental e individual de cada sujeito. Nesse sentido, é necessário ampliar sentidos para que compreendamos e tenhamos instrumentos para mudar as situações. O trabalho é visto como um instrumento terapêutico de ressocialização e pode ser um operador de inserção social (Andrade et al., 2013). Diferente da

chamada laborterapia, visto que só é terapêutico quando há desejo e interesse do indivíduo em realizá-lo.

Ao discutir sobre os espaços possíveis para criar projetos, dentro do campo da saúde mental, Lucas denuncia que o CAPS dispõe de uma área grande que não é bem aproveitada para esses fins. Ele comenta que nesse espaço já aconteceu hortoterapia, marcenaria e serigrafia. Todos esses projetos foram desativados por pouco investimento do poder público. Acerca disso, Lucas afirma:

Eles esquecem que aquele espaço público precisa ser revitalizado para que as pessoas consigam produzir algo. Ainda mais nessa época de pandemia, têm muitos usuários em saúde mental que até fome estão passando. E dentro do CAPS a gente poderia estar produzindo a nossa própria renda e não tá na dependência do outro. Porque muitas vezes quando você não tem sequer essa autonomia, esse empoderamento, esse direito de ir e vir, sem isso você não tem sequer um mínimo necessário para você sobreviver. (Lucas, 2021, p.23)

O modelo de desenvolvimento econômico que vigora no Brasil, especialmente na pandemia, ampliou as condições de precariedade de pessoas em situação de vulnerabilidade social. A fala de Lucas aponta para a necessidade da ampliação da RAPS de modo que saberes e processos administrativos sejam orientados para enfrentamento de problemas sociais complexos, como a fome e o desemprego. Cabe salientar que a função do CAPS não é ofertar diretamente este tipo de trabalho. Mas este deve se disponibilizar para discussão com outros setores e pontos de atenção da RAPS sobre questões sociais que atingem os usuários de serviço para que seja viabilizado um olhar complexo e amplo. Garcia et al. (2014) indicam o trabalho intersetorial visa promover a criação de redes e compromisso social.

Outra questão importante relacionada ao trabalho diz respeito da criação de projetos de vida. Camila, por exemplo, comenta que teve a oportunidade, em um outro momento, de compor a organização de geração de renda por meio da cozinha no CAPS. Ela fazia o cuscuz

gourmet e outra usuária o bolo de pote. Foi um processo que envolveu a retomada de planejamentos e contribuiu para dar uma perspectiva de vida para além da condição de uma mulher aposentada:

A gente tentou fazer um grupo de trabalho pra ser remunerado e ir pra feira da lua onde tinha mais espaço para vender culinário.... Foi um negócio que movi mundos e fundos. Tenho um sobrinho que é administrador de empresa e não quis nem saber, aluguei. Cheguei a me mobilizar pra construção de uma cozinha industrial (Camila, 2021, p.40).

Após ter mobilizado energia e relações para a construção da cozinha, Camila refere que uma organizadora do projeto que destinaria determinada verba para o projeto, roubou o dinheiro. Com isso “a decepção foi terrível. Foi quando eu fiquei sem vontade mais de morar aqui em Brasília, não quis mais nada” (Camila, 2021, p.40). Esta frustração da participante diz respeito da importância atribuída a um novo projeto que dá sentido à sua vida e envolve afetos para além de uma realização pessoal. Envolve o estabelecimento do poder de contratualidade.

Nessa temática ainda, Lucas mencionou que planeja criar uma ONG para amigos e usuários de saúde mental no intuito de promover geração de renda em seu território. Isto vai de encontro ao que menciona Lima et al. (2018) acerca da produção de empoderamento e reivindicação de cidadania e direitos humanos. Estes movimentos, segundo os autores, devem ser valorizados por profissionais do campo da saúde como espaço profícuo para reabilitação psicossocial. A proposta de Lucas é de abrir um espaço para que os usuários não precisem depender dos outros. Isso perpassa pelo aprendizado de como gerir as mercadorias, aprender a colocar no mercado e gerenciar o lucro.

Uma outra discussão muito importante trazida por Camila foi salientada na proposta de Vasconcelos et al. (2013) acerca do processo de facilitadores de grupo de ajuda e suporte mútuo serem gradualmente reconhecidos financeiramente a partir de contrato de trabalho nos

ambientes de saúde mental, em parceria com universidades e com o próprio governo. Camila relata que atualmente não participa mais dos grupos como facilitadora porque além de se perceber em um momento difícil da vida em função de um luto que está vivenciando, não é remunerada. Ela menciona que já recebeu diversos convites para ser terapeuta comunitária também, mas por falta de reconhecimento financeiro, optou por não assumir esse lugar.

Um voluntariado tem um valor importante na sociedade, no entanto, pode se configurar como uma forma de precarização do trabalho (Antunes, 2009). Os participantes dessa pesquisa atuam como facilitadores de forma voluntária. Isto vai na contramão da proposta de criar o cargo de oficinairos em saúde mental, proposta por Vasconcelos et. al (2013). Assim, o trabalho e a produção de novos participantes engajados são dificultados.

Sobre a importância da remuneração, Vasconcelos et al. (2013) discutem que muitas pessoas que ocupam os espaços de protagonismo, no caso de grupos de ajuda e suporte mútuo, estão em condição financeira vulnerável. A participação nesses grupos envolve custos de transporte, alimentação, entre outros. Nesse sentido, os autores mencionam que o projeto deve ter apoio de instituições para subsidiar e apoiar o grupo. No Rio de Janeiro, onde o projeto foi gestado, o maior apoiador deste trabalho foi a estratégia da Saúde da Família.

Durante o curso, Davi comentou que receberam ajuda de custo para a participarem. Em seu relato, mencionou que esse incentivo foi importante para que ele continuasse e se vinculasse. Apresentadas essas percepções dos entrevistados, indico a importância da realização de uma discussão mais aprofundada sobre incentivo à geração de renda no âmbito da saúde mental em sua interlocução com outros setores da sociedade.

5.3. Interpretação e reinterpretação

Após realizadas as análises sócio-histórica e formal, junto à revisão teórica, abordarei nesta seção temas que surgiram nas entrevistas e não estavam necessariamente relacionadas com o objetivo desta pesquisa, mas que são relevantes serem abordados por comporem o cenário. São temas complexos e por isso não aprofundarei as discussões. No entanto realizo o esforço de apresentá-los, pois me parecem pertinentes para a construção de autonomia, *recovery* e empoderamento dos participantes.

5.3.1. Racismo

Para além do preconceito sofrido pela condição do sofrimento psíquico, o racismo foi uma questão abordada por três participantes da pesquisa como fonte de adoecimento psíquico. Nessa discussão, é importante mencionar que o racismo é um fenômeno que envolve um processo de desumanização das vidas negras e que sempre esteve presente nos pilares manicomiais brasileiros e no encarceramento (Pereira & Passos, 2019).

Partindo desse pressuposto, o sofrimento destes participantes deve ser lido pela ótica interseccional. Especialmente porque a sociedade brasileira apresenta um racismo estrutural e institucional, entremeado nas instituições e relações. Esta organização pode dificultar com que pessoas negras tenham acesso aos serviços de saúde e que seus sofrimentos sejam escutados em sua interseccionalidade e integralidade. Direitos negados podem aumentar a situação de vulnerabilidade da população negra, acarretando dificuldades que culminam em sofrimento psíquico (Alves, Jesus & Scholz, 2015).

Por exemplo, Lucas mencionou que precisou aprender a lidar com o racismo sem abster-se de si mesmo ou excluir a ideia do próprio valor e de sua beleza. Davi, de modo similar, relatou ter “que aprender a lidar com isso e saber onde é o seu papel dentro da sociedade” (Davi, p.20). Nesse sentido, sem se calar, mencionou se mobilizar para travar uma

luta contra espaços de encarceramento travestidos de Comunidades Terapêuticas, lugar de exclusão no atual cenário da RP brasileira. Aqui, faz-se importante mencionar que o tema da guerra às drogas no Brasil tem indicativos de reprodução de violência e mortificação de pessoas negras.

Apesar da questão ter sido apresentada tangencialmente pelos entrevistados, o tema do racismo atravessa o cotidiano e imaginário social da população brasileira e é considerada um fator importante na construção do sofrimento psíquico de pessoas negras (Alves et al, 2015; Damasceno & Zanello, 2018). Fanon (2008) ilustrou sobre o racismo ser um gerador de sofrimento a partir da forma que a pessoa negra se relaciona com a sua cor, linguagem e lugar social atribuídos por uma branquitude acrítica. Complementarmente, Mbembe (2008) afirma que o racismo é um forte regulador do estado sobre corpos que merecem ou não morrer, é preciso que a temática racial seja discutida para criar instrumentos necessários para o combate ao racismo e a lógica manicomial.

Nesse sentido, a questão levanta indicativos da necessidade de uma sensibilização por parte de equipes dos serviços de saúde mental ao lidar com a situação racial e da branquitude hegemônica. Especialmente por se constituir como um racismo mascarado no Brasil (Nascimento, 2017). Além disso, o racismo e a branquitude devem ser discutidos nos diversos espaços da sociedade. Isto envolve troca e valorização de saberes populares na produção de outros olhares e espaços sociais que não passem pela ótica da exclusão, mesmo que velada.

5.3.2. A educação popular e a saúde mental

A educação popular tem um lugar privilegiado no compartilhamento de saberes relacionados à saúde mental, além de se configurar como uma estratégia diluída no senso comum de construção de um novo olhar para o sofrimento psíquico. Segundo Freire (2017), o ato de ensinar não se encerra na transferência de conhecimentos, mas sim na criação de

possibilidades para a produção e construção do mesmo. Dito isso, a educação popular envolve um processo de reprodução de saberes e produção de mudanças na comunidade (Malfitano & Lopes, 2010). Ela pode ser definida como um campo que vincula o saber e o fazer cotidiano, abrangendo a relação entre a saúde e a ação (ibid.). Os autores citados discutem que a educação popular promove o trabalho e ensino mútuo de grupos. Nestes, são discutidas formas de crescimento, análise crítica da realidade e construção de estratégias de luta e enfrentamento de uma realidade imposta.

Malfitano e Lopes (2010) salientam que a organização popular e a participação comunitária apresentam uma complexidade que vai para além do protagonismo por si só. Esta organização envolve certa ausência do Estado no descumprimento de políticas públicas. Nesse sentido, ao reivindicar por uma sociedade contra qualquer tipo de violência, a RP questiona modelos e conceitos clássicos das ciências e psiquiatria (Amarante & Torre, 2017). Para além disso, a RP visa construir espaços para que a diferença seja incluída na sociedade a partir da reinvenção de outros modos de vida e de imaginar o social. Desta forma, a educação popular em conjunto com a participação comunitária pode abrir espaço para a transmissão destas reflexões.

Mas antes de haver a possibilidade de trocas, é necessário o reconhecimento da pessoa usuária de saúde mental enquanto sujeito. Apenas a partir dessa aposta que a emancipação pode emergir. Isto envolve a articulação e relação entre profissionais da saúde, usuários e familiares na direção do projeto de desinstitucionalização, como menciona Carvalho (2018).

Davi comenta da experiência de ter sido reconhecido e valorizado:

Eu gostei tanto do CAPS que eu passei a ir pra lá 24h por dia. Livre e espontânea vontade. Eu ia pra lá sem ninguém me obrigar, com minhas próprias pernas, querendo. E se eu chegasse lá e não tivesse o CAPS funcionando, eu ia querer saber porque. Então aí a militância começou a nascer (Davi, 2021, p.9).

Essa militância que foi crescendo envolveu muito estudo. Quando se instrumentalizou com o estudo da lei nº10.216, que orientava seu tratamento, passou a se apropriar desses saberes e se mobilizou para que isso fosse compartilhado. Davi, que passou por um curso em que compartilhou saberes, aprendeu sobre aspectos importantes que diziam respeito a ele, ficou mobilizado para avançar na luta. Quando terminou o curso e voltou para o CAPS, a gestora não favoreceu um espaço para que ele pudesse compartilhar esses saberes adquiridos. Sabia que tinha liberdade em seu tratamento, tinha direito ao voto, ao trabalho, entre outros.

Artur passou por experiência semelhante a Davi. Menciona que foi retirado do CAPS quando passou a questionar questões relativas ao seu tratamento e aos modos pelo qual a instituição funcionava. Em seu relato, conta que conseguiu “dar a volta por cima. Fui trocando ideia com a população, fazendo ligações para a ouvidoria” (Artur, 2021, p.47). Articulado a outros espaços para além da instituição, encontrou apoio e possibilidade de produzir saúde a partir de outras formas. Davi, por sua vez, pesquisou espaços para os usuários em saúde mental e se tornou representante dos usuários dos CAPS. Depois virou conselheiro de saúde e teve a possibilidade de abrir portas que enquanto “usuário não estavam abrindo” (Davi, 2021, p.10). Isto só pode ocorrer a partir do compartilhamento de espaços que favoreceram a construção desse conhecimento, que é coletivamente pensado. Goulart (2017) afirma que:

O apoio ao desenvolvimento subjetivo a partir de uma relação dialógica reside no favorecimento do protagonismo do outro, em uma relação que o provoque a ir mais longe do que ele iria se estivesse sozinho, jamais no cultivo da dependência e no sequestro de seus recursos subjetivos. Tal como discutido anteriormente, a provocação é útil para desestabilizar a cristalização das hierarquias sociais, bem como os posicionamentos dependentes e subalternos. O diálogo, neste caso, existe enquanto recurso para favorecer a emergência do outro enquanto sujeito, o que está muito além de uma escuta passiva de sua dificuldade momentânea (Goulart, 2017, p.191).

Dessa forma, apoiar o sujeito na sua singularidade, desejos e projetos favorece a emergência do protagonismo. E, mais do que isso, promove trocas sociais que não se

enclausuram nas instituições. Na própria comunidade o sujeito passa a ser uma referência e produzir a inclusão. A partir desse lugar ocupado, Davi denuncia o pouco conhecimento de profissionais de outros setores acerca dos serviços de saúde mental, quando precisou ajudar uma pessoa em situação de rua a fazer uma identidade. Lá, comentou com o policial que essa pessoa estava sendo acompanhada pelo CAPS e ele não sabia. Davi indigna-se com a falta de conhecimento e a partir disso, se mobiliza para divulgar os serviços de saúde mental em sua comunidade.

Para além da divulgação de quais são os serviços de saúde mental, uma discussão de cunho social e político é trazida por Lucas acerca das condições mínimas necessárias para a saúde mental. Para que seja possível falar de saúde mental, é importante falar de Direitos Sociais como moradia, segurança alimentar, transporte, previdência social, educação e trabalho. A discussão é mais complexa do que apenas tratar de funções terapêuticas do cuidado. A garantia desses direitos apresenta-se como uma estratégia de empoderamento e produção de autonomia no cuidado.

Esta dimensão que embasa o cuidado foi discutida por Ecker (2020) no âmbito da psicologia e dos projetos terapêuticos singulares dos sujeitos. Segundo o autor mencionado, isso envolve um posicionamento dos profissionais do cuidado e a situação precária de oferta e exercício dos direitos. A garantia desses direitos deve ser enfrentada a partir de uma práxis desenvolvida por reflexões cotidianas e afastada de um modelo biomédico de atribuição de transtornos.

Considerações finais

A presente pesquisa buscou investigar e compreender estratégias de produção de autonomia, empoderamento e *recovery* de pessoas que participam ativamente em grupos de ajuda e suporte mútuo e em movimentos sociais em saúde mental e que tiveram a vivência de sofrimento psíquico. Para isso, abordei as diferenças entre os paradigmas manicomial e psicossocial, programas de suporte de pares que facilitam o desenvolvimento do protagonismo entre usuários como o GAM, o grupo de ajuda e suporte mútuo, a comunidade de fala e os movimentos sociais em saúde mental. Além desses projetos, contextualizei o cenário da Política Nacional de Saúde Mental para localizar o momento vivenciado.

A partir das narrativas pessoais foi possível elencar algumas questões pertinentes à produção do protagonismo de vida dos participantes. Foram elas: o papel do cuidado humanizado na produção do *recovery*, a descentralização da medicação como terapêutica principal, a construção da militância e a inserção em grupos de suporte e ajuda mútua, a educação popular na construção de novos imaginários sobre o sofrimento psíquico e o lugar do trabalho na produção de autonomia.

Em todos estes tópicos foi possível observar que as estratégias são diversas. No entanto, a maioria delas é permeada por um sentimento de pertencimento e coletividade. Além desses aspectos mencionados, abordei a discussão referente ao papel da família como pólo de cuidado e importante no fortalecimento da saúde mental do usuário. Isto pode compor melhor as estratégias utilizadas pelos participantes. Outra importante análise nesse processo é a necessidade de não se fazer invisibilizar o racismo presente nas relações estruturais e cotidianas e sua relação com a saúde mental.

O método utilizado foi importante para fornecer subsídios para compreender a perspectiva pessoal e a escolha dos participantes ao narrar a própria história de recuperação e protagonismo. A partir dele, obtivemos indicativos sobre os processos singulares de praticar a militância e a vinculação com coletivos. Além disso, vocalizou e abriu espaço de denúncia de irregularidades sofridas, pelas quais eles militam. Com relação à bibliografia utilizada, foi importante ampliar a discussão para os processos educativos em saúde como uma via fundamental no fazer caber certa diferença.

A pesquisa apresenta indicativos importantes para a discussão acerca da manutenção e da criação de espaços que sejam possíveis de compartilhar experiências pessoais com a saúde mental para além dos CAPS. Espaços de militância, ONGs, grupos de ajuda mútua foram apresentados como importantes na produção de autonomia dos entrevistados. Estes projetos devem ser investigados e expandidos para facilitar o contato do usuário com locais em seu próprio território.

A RAPS no DF encontra desafios para sua ampliação, como já mencionado na análise sócio-histórica. Deste modo, saliento que a militância e a pesquisa são importantes para o desenvolvimento da rede. Esta pesquisa apresenta indicativos qualitativos acerca do papel do usuário nesse processo. Resende (2015) indica que o CAPS é um espaço de trânsito para pessoas com vários tipos de diferença e que amplia as possibilidades de troca com o mundo. No entanto, é necessário que este não seja o único espaço possível e percebemos, ao longo das narrativas, que nem sempre os próprios CAPS estão cumprindo esta função. Os participantes desta pesquisa ressaltam, a partir de um envolvimento diário no campo da saúde mental, que são necessárias ações para alcançar pessoas em seus próprios territórios. Deste modo, ressalta-se a importância de construir projetos que favoreçam o protagonismo e empoderamento a

partir das singularidades do DF, mesmo que inspirados em outros programas como os apresentados no capítulo 2.

O respeito e o tratamento com humanidade foram indicados como um passo inicial importante. A proposta é que as instituições apoiem iniciativas como as levadas pelos entrevistados, em especial os grupos de ajuda mútua e projetos de economia solidária. Liberato (2009) enfatiza que a Luta Antimanicomial visa criar novas formas de sociabilidade a partir de diferentes códigos que vão na contramão de uma hegemonia que faz dos sujeitos “silenciosos, obedientes, dóceis e conformistas” (p. 213). Assim, as ações dos entrevistados abrem espaços para que esta luta não se esmoreça em meio às tentativas de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental. Além disso, este movimento nos convida a valorizar a coletividade no processo da desinstitucionalização.

Referências

- Albuquerque, R. C., Lira, W. L., Costa, A. M., & Nappo, S. A. (2017). Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). *Psicologia em Pesquisa*, 11(1), 1-2.
- Alves, M. C., Jesus, J. P. D., & Scholz, D. (2015). Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. *Saúde em Debate*, 39, 869-880.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, 52, 1090-1107.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 763-774.
- Andrade, M. C., Burali, M. A. D. M., Vida, A., Fransozio, M. B. B., & Santos, R. Z. D. (2013). Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. *Psicologia: ciência e profissão*, 33, 174-191.
- Antunes, R. (2009). As configurações do trabalho na sociedade capitalista. *Katálysis Florianópolis*, v. 12, jul./dez.
- Assis, A. D., Côrrea, K. M. N., Pereira, C. H., Correa, P. B., Park, G. C. N., Lisboa, L., ... & Costa, C., Fabiani, I., Ferrari, J., Fripp, J. C., da Silva, L. D. A., & Roque Filho, A. (2020). Os desdobramentos dos grupos de ajuda e suporte mútuo on-line em tempos de crise sanitária mundial. *Saúde em Redes*, 6(2 Suplem).

Brasil, M. L. (2019). *Antes e depois da rede: sentidos sobre processo de trabalho em saúde na atenção psicossocial da cidade do Recife-PE* (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco).

Brasil, Ministério da Saúde. (1988) Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF. 43 p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relac_final.pdf> Acesso em: 02 nov. 2020.

Brasil, Ministério da Saúde. (1992). Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF. 63p. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_conf_mental.pdf> Acesso em: 02 nov. 2020.

Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2002). Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 213 p. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf> Acesso em:02 nov. 2020.

Brasil. (2010). Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacionalde Saúde Mental – Intersetorial, Brasília, DF, 2010, 210 p.
Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>
Acesso em:02 nov. 2020.

Butler, J. (2017). Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?.3ª ed.

- Carvalho, J. D. O. (2018). Possibilidades e limites da desinstitucionalização em um Centro de Convivência e Cultura do Distrito Federal: contribuições para consolidação da política nacional de saúde mental brasileira.
- Coleman, R., & Taylor, K. (2013). The process of recovery and the implications for working with psychosis. *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach*, 37.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. Casa do Psicólogo.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Recuperado de:
<https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial/> - Brasília
- Conselho Nacional de Saúde. (2021) CNS aprova regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que será realizada de 17 a 20 de maio de 2022. 09 de Agosto.
Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1957-cns-aprova-regimento-da-5-conferencia-nacional-de-saude-mental-que-sera-realizada-de-17-a-20-de-maio-de-2022>
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Ed. do Autor.
- Costa, I. I., & Ramos, T. C. C. (2018). Primeiras crises psíquicas graves: O que a Fenomenologia pode dizer?. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(2), 251-264.
- Costa, C., Fabiani, I., Ferrari, J., Fripp, J. C., da Silva, L. D. A., & Roque Filho, A. (2020). Os desdobramentos dos grupos de ajuda e suporte mútuo on-line em tempos de crise sanitária mundial. *Saúde em Redes*, 6(2 Suplem).

- Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3).
- Damasceno, M. G., & Zanello, V. M. L. (2018). Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 450-464.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of mental health*, 16(4), 459-470.
- Davidson, L., & Guy, K. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry*, 11(2), 123-128.
- Delgado, P. G. G. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 63(2), 114-121.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. Papirus Editora.
- Desviat, M., & Ribeiro, V. (2015). *A reforma psiquiátrica*. SciELO-Editora
- Ecker, D. D. I. (2020). O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial.
- Garcia, L. M. T., Maio, I. G., Santos, T. I. D., Folha, C. B. D. J. C., & Watanabe, H. A. W. (2014). Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde em Debate*, 38, 966-980.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2013). *Micropolítica: cartografias do desejo*. 12. ed.rev. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas* (R. Silveira, Trad.). Salvador, BA: EdUFBA.
- Foucault, M. (1997). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Perspectiva.
- Faleiros, E. T. S., da Motta Campos, T. P., & de Paula Faleiros, V. (2017). *Portas abertas à loucura*. Appris Editora
- Ferrari, A. D. F. A. (2021). *O circuito dos afetos na construção e fortalecimento do Movimento Pró-saúde Mental no DF*.
- Figueiró, R. de Albuquerque, & de Freire, F. H. M. Araújo (2014). O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. *Temas em Psicologia*, 22(4), 839-851.
- Foucault, M. (2004a). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2004b). *O nascimento da clínica*. Ed. Forense, Rio de Janeiro.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2017). *Medicalização em psiquiatria*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Freitas, M., & Pereira, E. R. (2018). O diário de campo e suas possibilidades. *Quaderns de Psicologia*, 20(3), 235-244.
- Guimarães, T. A., & Rosa, L. C. D. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O social em questão*, 22(44), 111-138.
- Goffman, Erving. (1961). *E. Goffman. Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, L. L. M., & Campos, R. T. O. (2017). Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00166216.

- Goulart, M. S. B. (2015). A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(SPE), 194-213.
- Kantorski, L. P., Andrade, A. P. M. D., & Cardano, M. (2017). Estratégias, expertise e experiências de ouvir vozes: entrevista com Cristina Contini. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 1039-1048.
- Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. *Reabilitação psicossocial no Brasil*, 2, 55-59.
- Leal, E. M. (1994). *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Liberato, M. D. M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(1), 212-222.
- Lima, R. C. The rise of the psychiatric counter-reform in Brazil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290101>.
- Lima, M. da G., Gussi, M. A., & Furegato, A. R. F. (2018). Centro de Atenção Psicossocial, o cuidado em saúde mental no Distrito Federal, Brasil. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 11(4), Pág. 197-220. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2487>
- Lima, T. C. S., Míoto, R. C. T., & Dal Prá, K. R. (2007). A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 6(1), 93-104.

- Lobosque, A. M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4590-4592. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300003>
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Editora Garamond.
- Malfitano, A. P. S., & Lopes, R. E. (2009). Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. *Cadernos CEDES*, 29, 361-372.
- Minayo, M. C. D. S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1103-1112.
- Minayo, M.C.S. (2010). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Mbembe, A. (2008). Necropolitics. In *Foucault in an Age of Terror* (pp. 152-182). Palgrave Macmillan, London.
- Moreira, V., & Melo, A. K. (2008). “Minha doença é invisível!”: revisitando o estigma de ser doente mental. *Interação em Psicologia*, 12(2).
- Moura, M. L. S. D., & Ferreira, M. C. (2005). Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação. In *Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação* (pp. 144-144).
- Muylaert, C. J., Sarubbi, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 184-189.
- Nascimento, A. (2017). Discussão sobre raça: proibida. *Nascimento, Abdias. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. São Paulo, *Perspectiva*, 93-96.

- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. D. L., Santos, D. V. D. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., ... & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898.
- Observatório de Saúde Mental. usado (2017). Capacitação de profissionais e lideranças de usuários e familiares para Grupos de ajuda e suporte mútuos. Brasília. Recuperado de: <https://obsam.unb.br/capacitacao-de-profissionais-e-liderancas-de-usuarios-e-familiares-para-grupos-de-ajuda-e-suporte-mutuos/>
- Pacheco, J. G. (2009). Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência. In *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência* (pp. 351-351).
- Pereira, M. O. & Passos, R.G. (2019) Luta antimanicomial e feminismos: manicomializações, Estado e racismo. In: *Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências*.
- Pernambuco, G. E. (2020, Abril). Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Pernambuco. Gerência de atenção a saúde mental. GASAM. Recife. Recuperado de: https://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/27302/mod_resource/content/1/REDE_SAUDEMENTAL_PERNAMBUCO.pdf
- Presotto, R. F., Silveira, M., Delgado, P. G. G., & Torre, E.H.G., & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 73-85. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123200100010000>

- Puchivailo, M. C., Silva, G. B., & Holanda, A. F. (2013). A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 19(2), 230-239.
- Ramminger, T., & Nardi, H. C. (2007). Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. *Psicologia: ciência e profissão*, 27, 680-693.
- Reboli, K. G., & Kruger, T. R. (2013). Participação e saúde mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. In *Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis*.
- Ribeiro, G. G., da Silva, G. B., & de Holanda, A. F. (2017). Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001): trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 6(1), 13-30.
- Romme, M. A., & Escher, A. D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia bulletin*, 15(2), 209-216.
- Rotelli, F. (1990). A instituição inventada. *Desinstitucionalização*, 2, 89-99.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2014). Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 1275-1292.
- Santos, N. S., Almeida, P. F. D., Venâncio, A. T., & Delgado, P. G. (2000). A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: ciência e profissão*, 20(4), 46-53.
- Saraceno, B. (1998). A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. ter. ocup*, 26-31.

- Sena, A. C., & Facundes, V. L. D. (2017). O cenário da desinstitucionalização em Pernambuco: perfil sociodemográfico e clínico de usuários de hospital psiquiátrico. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(3), ág-22.
- Streck, D. R. (2010). Entre emancipação e regulação:(des) encontros entre educação popular e movimentos sociais. *Revista Brasileira de Educação*, 15, 300-310.
- Soalheiro, N. I. (2017). Saúde mental para a atenção básica. In *Saúde mental para a atenção básica* (pp. 249-249).
- Szymanski, H. (2004). A prática reflexiva em pesquisas com famílias de baixa renda. *II Seminário de Pesquisas e Estudos Qualitativos*, 34.
- Thompson, J.B. (1981). *Critical hermeneutics: A study in the thought of Paul Ricoeur and Jurgen Habermas*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thompson, J.B. (1995). *Ideologia e cultura moderna: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes.
- Vasconcelos, E. M. (2017). As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, restabelecimento) em Saúde Mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 9(21), 48-65.
- Vasconcelos, E. M. (2013). Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2837-2845. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000008>
- Vasconcelos, E. M., Leme, C. C., Weingarten, R., & Novaes, P. R. (2006). Reinventando a vida: narrativa de recuperação e convivência com o transtorno mental. In *Reinventando a vida: narrativa de recuperação e convivência com o transtorno mental* (pp. 248-248).

- Vasconcelos, E. M. (2003). O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. In *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. FIOCRUZ.
- Vasconcelos, E. M., Lotfi, G., Braz, R., Di Lorenzo, R., & Reis, T. R. (2013) ajuda e suporte mútuos em saúde mental. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde.
- Veronese, M. V., & Guareschi, P. A. (2006). Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. *Ciências Sociais Unisinos*, 42(2), 85-93.
- Villares, C. C. (2015). “Comunidade de fala”-Contando histórias de superação nos transtornos mentais. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 24(53), 120-124
- Weingarten, R. (2020). Comunidade de Fala (CDF) de Ouro Preto, Minas Gerais: resistência e empoderamento de usuários da Saúde Mental na pandemia. *RAÍZES E RUMOS*, 8(2), 145-155.
- Weingarten, R., Noal, M. H. O., Vasconcelos, E. M., de Torrenté, M. N., & Manço, C. W. (2021). O programa Comunidade de Fala (CdF) nos seus cinco anos de implementação no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 13(36), 228-249.
- Zgiet, J. (2010). A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação.
- Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar?. *Saúde em Debate*, 37, 313-323.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Protagonismo em saúde mental e sofrimento psíquico

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Prof. Dra. Tania Inessa

Pesquisadora assistente: Laís Brito Moraes da Silva

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum tipo de prejuízo. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo:

O objetivo específico deste estudo é investigar e compreender estratégias de produção de autonomia, empoderamento e recuperação de facilitadores de grupos de ajuda e suporte mútuo em saúde mental e participantes movimentos sociais em saúde mental.

Você está sendo convidado a participar exatamente por ter sido ou ocupar um papel de facilitador(a) de grupo de ajuda ou suporte mútuo ou participante do Movimento Social em Saúde Mental.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em uma entrevista narrativa com a pesquisadora. O procedimento é uma entrevista com a pesquisadora em que serão abordados temas como sua experiência como facilitador(a) em grupo de ajuda ou suporte mútuo ou como integrante de movimento social.

- A entrevista será gravada.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no local de sua preferência, podendo ser presencial ou de forma remota.

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos baixos de evocar conteúdos emocionais mais intensos. Se isso acontecer, a pesquisa será interrompida e o participante acolhido(a).
- Medidas preventivas serão tomadas durante as entrevistas para minimizar qualquer risco ou incômodo: as entrevistas serão conduzidas de forma que o participante se sinta confortável.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá contribuir com a percepção de uma pessoa que tornou-se protagonista em seu processo pessoal a partir da vivência do sofrimento psíquico grave.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária.
- Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão utilizados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- As gravações da entrevista ficarão guardados sob a responsabilidade de Laís Brito Moraes da Silva com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

- Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail: cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____ RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de ____ .

Participante

Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Lais Brito Moraes da Silva /(61)983328903/ laisbrito97@gmail.com

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907 Via W5 Norte

Bairro/CEP/ Cidade: Asa Norte – DF/ 70790-075.

Telefones p/contato: (61) 3966-1383

Endereço do(a) participante (a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto)

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

APÊNDICE B

Entrevista Narrativa

Entrevista adaptada de “Vasconcelos, E. M., Leme, C. C., Weingarten, R., & Novaes, P. R. (2006).

Reinventando a vida: narrativa de recuperação e convivência com o transtorno mental (pp. 248-248).”

1. Falaremos sobre uma jornada que levou muito tempo mas que precisa ser contada nesse período de uma hora e meia, de modo breve nesta entrevista.
2. É uma jornada que inclui crises e sofrimentos pelos quais você passou. Como era então sua vida antes do seu sofrimento psíquico? Em que consistiram esse sofrimento? Fale um pouco sobre o que a crise gerou e interrompeu na sua vida. Como esses problemas pelo qual você passou afetaram as relações com a sua família e amigos?
3. Acerca do tratamento (por exemplo, hospital, medicação, terapias, participação em serviços de saúde mental abertos tais como os CAPS, etc): o que ajudou? O que não ajudou? Você procurou algum tratamento alternativo ou suporte informal (como por exemplo amigos, grupos religiosos e de autoajuda, etc)? Como você chegou ao grupo de ajuda/suporte mútuo? No caso dos entrevistados ativistas de movimento social: Como você ingressou no movimento? Como foi/é sua experiência no movimento?
4. Como é que você foi se restabelecendo e reorganizando sua vida? O que você aprendeu em relação a lidar com os sintomas e os efeitos colaterais dos remédios? Como a vida espiritual (se houver), a militância, o trabalho, vida familiar, participação em atividades artísticas, sociais, educacionais, etc, ajudaram neste processo? E quanto aos grupos de ajuda e suporte mútuo? E quanto ao movimento social?
5. Você sentiu alguma forma de discriminação e estigma? Como foi isso? Como lidou com isso?

6. Qual o papel do movimento social ou dos grupos de ajuda e suporte mútuo na sua jornada? Como você percebe a sua atuação nesses espaços?
7. Como são as suas perspectivas atuais e futuras de vida? Quais as sugestões que você daria a pessoas que ainda estão como "principiantes na jornada de vida com os problemas mentais?" Que conselhos daria?
8. Olhando para trás, quais os possíveis significados que você vê na sua experiência de sofrimento e de vida? A que lições de sabedoria você conseguiu chegar através dessa jornada?