

Possibilidades e desafios da participação social na Saúde Mental

Possibilities and challenges of social participation in Mental Health

Fernanda Scalzavara^{*}
Andréia de Oliveira^{**}
Maria da Glória Lima^{***}

Resumo. O estudo apresenta reflexões sobre desafios e possibilidades da participação social em saúde mental a partir de pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou a história oral para explorar trajetórias de vida de doze pessoas usuárias e profissionais atuantes na luta antimanicomial. Os resultados apontam para a importância da formação e capacitação permanente de profissionais na direção de uma atuação mais comprometida com valores de cidadania e direitos humanos. Indicam que os avanços obtidos na política de saúde mental brasileira que culminaram em marcos legais e que visam estruturar uma política baseada no cuidado em liberdade e nas práticas de atenção psicossocial estão intimamente ligados aos processos formais e informais de participação. A pesquisa aponta que a participação em saúde mental demanda uma abordagem distinta, crítica e sensível, capaz de reconhecer e potencializar estratégias que promovam a autonomia e o protagonismo das pessoas usuárias.

Palavras-chave: Saúde mental. Participação social. Reforma psiquiátrica.

Abstract: The study presents reflections on the challenges and possibilities of social participation in mental health, based on qualitative research that used oral history to explore the life trajectories of twelve individuals, including users and professionals active in the anti-asylum movement. The results highlight the importance of ongoing capacity building and education for

^{*} Doutora em Política Social pela Universidade de Brasília – UnB. Mestra e graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora substituta do Departamento de Serviço Social da UnB. Professora e coordenadora do curso de graduação em Serviço Social do Centro Universitário IESB. E-mail: fernanda.scalzavara@gmail.com

^{**} Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Graduada em Serviço Social pela Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: andreiaoliveirasus@gmail.com.

^{***} Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo = EERP/USP. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP. Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás Professora titular do departamento de Enfermagem e Professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética, da Universidade de Brasília – UnB. E-mail: limamgbs@gmail.com.



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

professionals, aiming for a practice more committed to citizenship and human rights values. They indicate that the advances achieved in Brazilian mental health policy, which led to legal milestones and aim to structure a system based on care in freedom and psychosocial attention practices, are closely linked to both formal and informal processes of participation. The research indicates that participation in mental health requires a distinct, critical, and sensitive approach, capable of recognizing and enhancing strategies that promote users' autonomy and protagonism.

Keywords: Mental health. Social participation. Psychiatric reform.

Recebido em 03/07/2024. Aceito em 23/07/2025

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta reflexões sobre as particularidades e complexidades envolvidas na participação social na saúde mental, a partir de uma perspectiva crítica e integral sobre direitos humanos e cidadania.

O debate sobre participação social na saúde mental abarca um universo de possibilidades e desafios passíveis de exploração, tanto no sentido da complexidade que a categoria teórica participação envolve, quanto em relação aos desafios para a realização de processos efetivamente participativos, tendo em vista ser esta uma área que aborda e se refere às subjetividades do ser social.

A categoria teórica participação, por si só, apresenta uma complexidade semântica e de significados sociais, características de um conceito relacional e polissêmico. Como referência, este estudo parte da definição genérica de que participação seria a capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos os aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem (Gascón et al., 2005). Acrescenta-se que o sentido atribuído à categoria participação insere-se em determinado contexto histórico, social e político. Dessa forma, as reflexões apresentadas abordam a categoria a partir das referências do pensamento teórico marxista, que a localiza em determinada realidade.

O conceito de participação tem a idade da teoria social moderna e relaciona-se às iniciativas em torno da participação na pólis, em um sentido de participação política. Essa definição clássica da categoria como participação política está atrelada a uma condição de direito e dever dos membros da pólis grega. Posteriormente, com o desenvolvimento do Estado Moderno e o consequente avanço do debate teórico e político sobre direitos de cidadania e democracia, ocorre a adjetivação da categoria, que passa a ser denominada participação social e corresponde à criação de mecanismos participativos que ampliam o direito dos cidadãos em influenciar o processo de decisão política (Vianna et al., 2009).

De acordo com Rios (1987), participação social é um conceito genérico usado na Sociologia, que pode assumir um sentido de integração, indicando a natureza e o grau de incorporação do indivíduo ao todo, assim como pode ter sentido de norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política. Conforme Stotz (2009), em relação ao

sentido de integração, participação implica comportamentos e atitudes passivos e ativos, estimulados ou não. Já em relação ao sentido mais estrito e de caráter político de norma ou valor social, participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade.

Nesse sentido, participação vincula-se diretamente a uma perspectiva de cidadania, definida como cidadania ativa, que ultrapassa a definição clássica baseada no conjunto de direitos civis, políticos e sociais elaborada por Marshall (1967). De acordo com Serapioni (2014), a cidadania ativa tem uma dimensão importante nas políticas sociais e a participação social na esfera pública é o meio do Estado ser pressionado a reformular o sistema de direitos sociais. Segundo o autor, direitos sociais devem ser “entendidos não mais como conjunto de direitos planejados e prestados pelo Estado, mas como demanda de contribuição ativa na definição das políticas sociais e serviços públicos” (Serapioni, 2014, p. 4830).

Em alinhamento com essa perspectiva, para que a participação social no Brasil possa se configurar como um instrumento capaz de interferir efetivamente nas ações do Estado e nas políticas sociais é necessário que se ampliem as possibilidades teórico-práticas da cidadania, de forma a contemplar demandas de grupos e segmentos populacionais específicos, facilitando a inclusão de direitos daqueles que possuem necessidades específicas, oriundas das mais diversas formas de existir e estar no mundo, em uma direção integrada aos direitos humanos.

O presente artigo tem como objetivo central refletir sobre os desafios e as possibilidades da participação social na saúde mental, destacando o papel dos serviços de cuidado de base territorial e comunitária da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no desenvolvimento de práticas democráticas e participativas, na promoção do protagonismo das pessoas usuárias nos espaços de participação social da política de saúde mental.

Caminho metodológico

Os resultados de pesquisa que são apresentados e discutidos neste texto são parte de uma pesquisa empírica qualitativa, realizada para compor tese de doutoramento, cujo norte teórico-metodológico sustenta-se na Teoria Social Crítica e no materialismo histórico. A escolha desse direcionamento teórico metodológico tem por pressuposto valorizar as trajetórias participativas de sujeitos atuantes na luta antimanicomial e em espaços de participação social na Política de Saúde Mental no Distrito Federal.

A história oral foi utilizada como procedimento de pesquisa empírica para conhecer, compreender e registrar a história de vida dos participantes e suas trajetórias de inserção e vinculação aos espaços de participação social da saúde mental no DF. Essa metodologia permitiu apreender a participação social a partir das narrativas dos sujeitos, valorizando suas experiências individuais e conectando-as aos processos sociais mais amplos.

A metodologia da história oral foi utilizada na sua modalidade história de vida, com entrevistas abertas e livres, gravadas e transcritas posteriormente. O diálogo inicial com os sujeitos participantes teve como base inicial a seguinte pergunta: *meu tema de estudo é a participação social na saúde mental. Você foi identificado(a) como sujeito atuante na luta pela saúde mental antimanicomial no DF. Você pode contar como foi acontecendo, ao longo de sua história de vida, sua inserção nos espaços de participação social?*

Os participantes foram selecionados intencionalmente, sendo incluídas pessoas atuantes nos espaços de participação social institucionalizados da sociedade civil que atendessem aos

seguintes critérios: estar vinculado a um ou mais espaços coletivos de luta por direitos à saúde, saúde mental e direitos humanos; exercer representação em grupos e/ou coletivos; participar de algum movimento social; possuir formação de facilitador e atuar ou ter atuado em grupos de ajuda e suporte mútuo (Gasm); ter vivenciado experiências de participação social em diferentes dimensões e espaços participativos, como audiências públicas, movimentos sociais e fóruns de luta, entre outros.

Foram entrevistados doze participantes: seis deles, pessoas com transtornos mentais, frequentadores de serviços da Raps/DF, com formação de facilitador de Gasm e engajados em movimentos sociais antimanicomiais e espaços de participação social institucionalizados; seis profissionais e trabalhadores(as) de serviços da Raps/DF, vinculados a instituições de formação de profissionais da área da saúde e de defesa de direitos humanos, constituindo-se em referências importantes na saúde mental do DF e nacionalmente.

As entrevistas foram realizadas no período de 19/06/2021 a 20/07/2021. As entrevistas com profissionais foram agendadas e realizadas virtualmente, seguindo as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep, 2021) para coleta e armazenamento de dados e informações em ambiente virtual. As entrevistas com as pessoas usuárias dos serviços de saúde mental foram realizadas presencialmente em local e horário previamente acordados. Por se tratar de período pandêmico foram adotados os protocolos de biossegurança de uso de máscara recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a pandemia da Covid-19. Antes e durante todo o percurso da pesquisa foram repassadas todas as informações e esclarecimentos relativos às questões éticas. As gravações das falas foram realizadas a partir da concordância com a participação no estudo e uso de termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em cumprimento às Resoluções Conep nº 466/2012 e CNS nº 510/2016, a pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB), sob parecer número 2.200.022, de 3 de agosto de 2017, e Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), sob parecer número 2.270.086, de 12 de setembro de 2017.

Os trechos das narrativas transcritas, citados neste artigo, estão referenciados na sua fonte original como Entrevista P1 a Entrevista P6 para as narrativas dos(as) profissionais e Entrevista U1 a Entrevista U6 para narrativas de pessoas usuárias, de acordo com a sequência de realização das entrevistas. O conteúdo das entrevistas foi analisado na relação com a produção teórica brasileira contemporânea sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental.

Participação social no Sistema Único de Saúde (SUS)

As discussões em torno da participação social nas políticas públicas pressupõem que o tema seja tratado dentro de uma compreensão mais ampliada das relações entre Estado e Sociedade Civil, a partir de pressupostos teóricos gramscianos, que compreendem a sociedade civil como

[...] um espaço onde são elaborados e viabilizados projetos globais de sociedade, se articulam capacidades de direção ético-política, se disputa o poder e a dominação. Um espaço de invenção e organização de novos Estados e novas pessoas. Um espaço de luta, governo e contestação, no qual se formam vontades coletivas (Nogueira, 2003, p. 191).

Não obstante, a sociedade civil, no capitalismo, se apresenta a partir de determinações de classes sociais. Nesse sentido, ela não se constitui como um bloco homogêneo, ao tempo em que as

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

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

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

Nesse sentido,

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

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

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

No Brasil, a área da saúde, desde os movimentos sociais que engendraram as lutas pela Reforma Sanitária (RSB) e Reforma Psiquiátrica (RPB), foi pioneira em implementar espaços de discussão política e instituir instrumentos de participação social. O movimento de base, as práticas de saúde popular, a organização comunitária, aliados a todo contexto de mobilização pela redemocratização do país, tiveram papel significativo na conquista do Sistema Único de Saúde.

A forma como esses importantes espaços de luta e participação social se constituíram e delinearam sua trajetória foi e é referência para outras políticas sociais, as quais, ao longo dos últimos anos, implementaram a participação social. Por meio dos conselhos deliberativos das políticas públicas, a população exerce o controle social e participa do planejamento, fiscaliza as ações do governo no que se refere ao cumprimento das leis e as execuções financeiras realizadas pelos entes federativos - municípios, distrito federal, estados e União.

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

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

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

Os conselhos de saúde e as conferências são espaços para o exercício da participação e do controle social, atuando como mecanismos democráticos. Por meio desses espaços, a sociedade se organiza para cobrar do Estado o cumprimento de sua responsabilidade na garantia aos direitos sociais. Contudo, é necessário refletir sobre a participação atrelada a esses espaços institucionais, para que não se perca o rumo do sentido político da participação social. É imperativo reconhecer que a participação social, vista como um componente de transformação da realidade, envolve múltiplas ações e formas de realização, sendo permeada por diferentes forças sociais que disputam a hegemonia e a condução do projeto societário.

Nesse contexto, embora a participação social construída nos e pelos movimentos sociais das décadas de 1970 e 1990 tenha sido representativa de um projeto de sociedade democratizante, pensado e desenvolvido a partir da participação de base comunitária, da educação popular, a participação social que se consolidou na relação sociedade civil e Estado nos anos seguintes configurou-se como um envolvimento muito mais voltado aos espaços gestores das políticas públicas, distanciando-se de sua base mais política e crítica.

Estudos realizados por Oliveira (2016) e Krüger e Oliveira (2019) apresentam análises críticas que demonstram os limites e efeitos diretos sobre esse formato da participação social da

sociedade nas políticas públicas, operada no âmbito dos espaços institucionalizados das políticas sociais. Por outro lado, estudos acadêmicos que sistematizam e analisam experiências participativas em conselhos, como aqueles realizados por Vianna et al. (2009), apontam que os sujeitos que deles participam expressam uma posição claramente favorável à sua realização. Neste caso, Vianna et al. (2009) defendem que, de modo geral a participação é tomada como um valor em si, ou seja, participar, independentemente dos resultados imediatos, é algo intrinsecamente positivo e constitui “um estímulo à ampliação da cidadania, por fomentar o capital social e contribuir para o empoderamento dos participantes” (Vianna et al., 2009, p. 239).

No que se refere à área da saúde, a participação da sociedade tem um papel importante tanto no âmbito das lutas sociais mais amplas pela redemocratização do País, quanto como política pública pioneira na implementação dos mecanismos participativos, como as conferências e conselhos de saúde.

Corroborando as ideias de Escorel & Moreira (2012), a participação social no contexto das políticas públicas e do SUS é caracterizada por um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas, em que os indivíduos ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas. Eles procuram participar ativamente em todas as fases dessas políticas, desde a formulação até a execução, passando pela implementação, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição de bens públicos, interferindo diretamente nos direitos de cada cidadão.

Participação social e saúde mental

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

Cabe destacar que até mesmo o reconhecimento de direitos das pessoas com sofrimento mental aconteceu de forma mais demorada e permeada por muitos obstáculos. A exemplo, a Lei nº 10.216, de 2001, principal instrumento jurídico de direitos das pessoas com sofrimento mental, tramitou no Congresso por um período de doze anos e teve alterações importantes em relação ao projeto original (Projeto de Lei nº 3.657/1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado).

Muito embora as diversas dificuldades enfrentadas para a realização das conferências de saúde mental, elas são os eventos de mais ampla participação social nos últimos 20 anos na área da saúde mental, consolidando-se como principal instrumento democrático de participação na relação Estado e sociedade civil. Ademais, pessoas usuárias, familiares, trabalhadores(as) e profissionais da área têm se inserido, também, em outros espaços de participação social da área da saúde, como conselhos e conferências de saúde, fóruns de debate, comissões, frentes parlamentares. Segundo Vasconcelos (2021), para além dos espaços institucionalizados de participação social, a saúde mental, no âmbito da saúde pública, é a área que mais possui associações e organizações de representação de pessoas usuárias, familiares e trabalhadores(as).

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

Conforme aponta Vasconcelos (2011), a constituição dos sujeitos políticos coletivos no campo da saúde mental tem uma característica de composição essencialmente mista, formada por pessoas usuárias, familiares, técnicos e *amigos* da saúde mental, sendo, na sua maioria, os *amigos*, trabalhadores(as) da saúde mental e pessoas que se identificam com a causa e são assumidas como membro participante. Segundo o autor,

[...] o padrão típico de militância de lideranças individuais de usuários e familiares apresenta uma enorme fragilidade, por diversas razões específicas. Em primeiro lugar, a militância social e política direta por si só, com seus conflitos, relações de poder e formas de cooptação por cima, sem os demais níveis de organização, participação e controle pela base, gera um perigoso descolamento das lideranças de suas bases e de uma sociabilidade mais cotidiana e espontânea. Além disso, essa militância direta e contínua só é viável para pouquíssimos usuários e familiares, devido às dificuldades e limitações intrínsecas colocadas pelo próprio transtorno ou pelos efeitos colaterais dos psicofármacos, pela ausência de organizações de base que sustentem essa militância, ou pelas próprias exigências da vida cotidiana e de cuidado no âmbito da família. Adicionalmente, a maioria absoluta das lideranças de usuários e familiares não tem recursos econômicos que permitem uma dedicação maior à militância, sem prejuízo de seus trabalhos para gerar renda ou de sua busca por eles, ou de seu cuidado dentro da família. E ainda mais, poucos têm acesso aos meios informacionais modernos, não só pela dificuldade de ter um computador com acesso à Internet, como também de obter os conhecimentos básicos necessários para a sua utilização (Vasconcelos, 2011, p. 6).

Essas características da composição dos sujeitos políticos que lutam pela saúde mental antimanicomial interferem na autonomia das pessoas usuárias e familiares e impactam no protagonismo das ações no dia a dia, gerando uma dependência e fragilidade organizacional e política muito grande em relação aos técnicos e aos serviços (Vasconcelos, 2011).

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

Relembre-se aqui que a apropriação da loucura pelos saberes médicos tradicionais da psiquiatria, ancorados em uma moralidade ditada pelos bons costumes, pela ordem e pelo trabalho produtivo, a transformou em doença, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão. Essa forma de conceber e *tratar* as doenças e o sofrimento mental prolongado fez com que os diferentes laços de construção e pertencimento humanos, quando existentes, fossem sendo violentamente

enfraquecidos, esvaziados e/ou mesmo impossibilitados de se fortalecerem no seio das relações familiares e sociais (Lüchmann & Rodrigues, 2007).

O paradigma psiquiátrico definiu o isolamento social do louco como a base do tratamento da loucura. Isso transformou o manicômio em seu espaço de excelência e gerou a retirada do louco da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura, da vida social, negando-lhe a possibilidade de participar do pacto social e das relações sociais. A institucionalização produzida em espaços de isolamento, manicomiais, configura-se numa verdadeira máquina de desfiguração da subjetividade e produz a *dessubjetivação*, *deshistorização*, a perda das redes de relações, selando uma espécie de morte social para os sujeitos considerados *alienados* ou *doentes mentais* (Amarante & Torre, 2018).

Aqui, cabe lembrar Guattari (1986), para quem a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social, constituindo-se como produto das redes e relações sócio-históricas. Nesse sentido, a subjetividade não é natural e nem estaria dada, mas é produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, por intermédio de mecanismos e estratégias diversos, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças, produzindo subjetividades e formas de vida (Torre & Amarante, 2001).

Para além das dificuldades encontradas nas estruturas institucionalizadas dos serviços de atenção psicossocial, pessoas em sofrimento psíquico convivem no dia a dia com situações de estigmas e preconceitos, que geram insegurança, violências, e são agravantes nos processos de adoecimento ou obstáculos ao processo de emancipação. Entretanto, é importante considerar que no campo mental existe uma complexidade no processo saúde-doença que ultrapassa o orgânico simples.

O trecho da narrativa a seguir descreve uma situação vivenciada por um dos participantes deste estudo, usuário de um serviço de saúde mental, e exemplifica a quantidade de recursos emocionais e sociais necessários para que pudesse experienciar um momento comum no contexto acadêmico e político – a aproximação física, para expressar admiração, a uma figura pública importante para a luta antimanicomial. Apresenta, também, subjetividades pessoais resultantes de vivências marcadas pela exclusão, pela subjugação aos estereótipos de normalidade.

[...] igual o Paulo Delgado¹, essa coisa toda, aí um dia eu falei “Não, vou entrar na fila e vou dar um abraço para esse homem aqui”, mas aí você quer dar um abraço, as pessoas pensam que você quer agredir. Ainda tem isso. Ainda tem esse lado. Apesar do fiscal observando, porque a gente é sempre isso aí, “O quê que esse cara quer?”, “O quê que ele vai fazer?”. Eu falei “Ah, deu vontade, eu vou.” [...] aí eu acho que comentaram que eu ia, né, aí ficou assim meio... é nessa hora que você fica assim, será que eu estou em crise, será que eu estou começando de novo, entendeu? Quando você consegue tocar ao ponto da insegurança, e as pessoas em volta, aí você tem que se segurar e falar: “Falei que vou, eu vou, vou lá e vou, pronto”. Fui lá abracei ele, falei, não sei se ele entendeu [Entrevista U3].

É interessante destacar que, nesse caso, a pessoa conseguiu acionar seus recursos emocionais diante da situação vivenciada e que eles lhe possibilitaram identificar o que acontecia e, mesmo assim, manter a intenção de realizar o desejo pretendido. Por vezes, em situação similar, não lhe

¹ Referência a figura pública do cientista político e sociólogo brasileiro Paulo Gabriel Godinho Delgado, deputado federal por seis mandatos e autor da Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

seria possível concluir com êxito aquilo a que se propôs, pois experienciar atos desmobilizadores, de preconceito e estigma, fragilizam, bloqueiam, impedem a concretização do planejado, além de serem gatilhos para crises e ou agravamento do adoecimento emocional.

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

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

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

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

O papel da RAPS nos processos constitutivos da construção social do cidadão participativo

De forma geral, pode-se dizer que os anos 2000 inauguraram uma nova era na atenção em saúde mental. Em sintonia com os princípios e as diretrizes do SUS e da concepção de saúde ampliada proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um conjunto de leis, portarias e documentos orientadores foi estabelecendo uma rede de serviços de atenção de base territorial, ampla e multidisciplinar, com diferentes graus de complexidade, com o objetivo de promover a assistência integral para as diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. Iniciativas como o Programa de Volta para Casa, criado a partir da Lei nº 10.708/2003, e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) foram fundamentais para a reorganização do modelo de atenção, ao viabilizarem processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial e assegurarem o direito das pessoas com transtornos mentais asiladas a morar e viver em liberdade nas cidades.

Ainda no contexto das mudanças no modelo de atenção em saúde mental, provocadas pela ampla mobilização e participação social de instituições e movimentos sociais representantes de usuários, familiares e trabalhadores da área, no início da segunda década dos anos 2000 foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde. A criação e implementação da Raps teve por objetivo reconfigurar a rede de saúde local, organizando os dispositivos que oferecem assistência em saúde mental, a partir dos serviços

substitutivos de base comunitária e territorial. Os componentes da Raps têm a finalidade de assistir pessoas usuárias segundo suas demandas de saúde mental em diferentes pontos e em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2011).

Dentre seus componentes, destaque deve ser dado aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que cumprem função estratégica no ordenamento da Raps no território. Geralmente, juntamente com pontos de atenção da Atenção Básica em Saúde, são os primeiros serviços a serem implantados nas comunidades e a desenvolverem práticas de atenção e cuidado em liberdade. Dados do Plano Nacional de Saúde de 2020-2023 apontam que até o mês de junho de 2019 encontravam-se habilitados no Ministério da Saúde (MS) 2.591 Caps, representando um crescimento de 5,8% no período 2016-2029 (Brasil, 2020).

As mudanças no modelo de atenção em saúde mental se localizam em um campo de contradições operado no âmbito dos interesses do capitalismo, do Estado e da sociedade, principalmente no que se refere à disputa por ganhos econômicos e interesses pelo fundo público. Conforme apontam Nunes et al. (2019), é importante entender que, nas disputas e interesses que permeiam a política de saúde mental brasileira, as mudanças colocadas pela nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não reinstauram necessariamente o mesmo modelo manicomial, que preconizava o isolamento de longa duração das pessoas com sofrimento mental, mas também não abolem de todo o seu retorno. Isso porque, na configuração da Raps dada pela portaria GM/MS 3.588/2017, o hospital psiquiátrico especializado ganha espaço como ponto de atenção entre os componentes da Rede, contrariando todas as decisões anteriormente tomadas no âmbito do planejamento e da gestão da política brasileira de saúde mental.

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

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

O extrato da narrativa a seguir contempla reflexão crítica sobre formas de atuação endógena dos serviços de atenção que não abarcam o todo da vida cotidiana das pessoas usuárias, ao tempo que provoca reflexão sobre os espaços e serviços de atenção psicossocial no sentido da construção de práticas efetivamente respeitosas e capazes de promover a autonomia, o protagonismo e os direitos humanos:

Olha, a gente [a pessoa usuária] vem aqui, aqui é bem tratado, aqui sente bem. Assim que eu [a pessoa usuária] saio daqui, é o motorista do ônibus, é o cobrador, é a minha família, é o moço na padaria, eu [a pessoa usuária] sou desrespeitada das mais diversas formas, e a gente fala assim: “não adianta fazer isso só aqui”, essa violação cotidiana dos direitos humanos, esse estigma, isso é potencialmente mais produtor de sofrimento do que o próprio sintético, ou está na base do próprio sintoma [Entrevista P5].

Nessa perspectiva, a complexidade que envolve o campo da saúde mental perpassa não apenas o fechamento dos espaços manicomiais e a desinstitucionalização, mas, essencialmente, a construção de novos conceitos, novas práticas, novos espaços de cuidado e novas formas de se lidar com a loucura. Trata-se de uma luta social de maior abrangência, que se propõe pensar e elaborar uma nova cultura e uma nova forma de olhar sobre a loucura na direção da produção dos direitos humanos e de novas formas de vida. Esse novo olhar deve direcionar formas de cuidado em liberdade que valorizem e respeitem a participação do sujeito no seu processo de tratamento, distanciando-se dos mecanismos da clínica tradicional, da busca da *cura*, do enquadramento, da adequação, da docilização do indivíduo.

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

Na pesquisa, os(as) participantes fazem referência a importantes tecnologias que, ao serem utilizadas com direcionamento crítico, constituem-se como espaços, os quais, além de ultrapassarem os muros dos serviços de atenção psicossocial e os limites da política de saúde mental, promovem e estimulam o diálogo participativo, o exercício da cidadania e os direitos humanos das pessoas com sofrimento mental grave e ou prolongado. Entre essas tecnologias estão os grupos de ajuda e suporte mútuo, as reuniões e encontros de coletivos e associações, formais e informais, os torneios e campeonatos de futebol *interCaps*, atividades de projetos de extensão universitária, centros de convivência, espaços de comunicação como a TV Pínel, entre outros.

Nesse sentido, políticas de atenção e cuidado devem estar permanentemente conectadas a outras políticas sociais e iniciativas da sociedade civil, a fim de possibilitar que as pessoas possam reorganizar suas histórias de vida. Essa complexidade da teia da vida e das múltiplas articulações necessárias à saúde mental encontram-se ilustradas no seguinte trecho de narrativa:

[...] e assim, não só essa questão da saúde mental, mas quando você discute que a saúde mental é importante, mas o quê que leva a saúde mental ser importante? Eu acredito que para que você tenha uma saúde mental realmente humanizada, e um tratamento de portas abertas, você tem que ter vida além do Caps, eu acredito muito que dentro do Caps a gente tem que ter um projeto de extensão dessas questões assim, digo, passeios recreativos, culturais, acredito que o Caps, ele tem que criar um projeto no sentido de dizer bem assim: “existe vida além do Caps”, e para que eu possa recuperar esse cidadão de fato e de verdade, para que eu ele venha a ter saúde é necessário que a gente tenha mesmo autonomia e o direito de ir e vir desse usuário [Entrevista U5].

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

Para as pessoas usuárias participantes do presente estudo, o caminho à participação encontra vários obstáculos, entre os quais o baixo estímulo por parte dos(as) trabalhadores(as) dos serviços, além da fragilidade das próprias estruturas dos serviços e dos mecanismos de participação social da sociedade. A institucionalização da participação social e a utilização de práticas engessadas, rígidas, como o fato de o espaço de participação ser basicamente as assembleias ou a presença no conselho gestor da unidade, dificultam que o caminho para a construção de sujeitos políticos participativos seja trilhado por pessoas que viveram parte de suas vidas sem direito de decidir ou fazer escolhas, marcadas pelo preconceito e pelo não reconhecimento deles próprios como cidadãos.

Importante salientar que as pessoas usuárias da saúde mental têm expectativas em relação aos profissionais que atuam nos serviços, pelo fato de serem esses quem os acolhem em momentos de crises e ou de retomada de tratamento, por se constituírem em referência terapêutica para o cuidado que almejam encontrar. Nesse sentido, os(as) trabalhadores(as) dos Caps precisam estar preparados e abertos para serem ponto de apoio para o desenvolvimento de estratégias de protagonismo das pessoas usuárias no processo de recuperação e cuidado em saúde, empoderamento e emancipação nos processos de reabilitação psicossocial e exercício de cidadania.

A narrativa a seguir demonstra que entre as dificuldades encontradas para trilhar uma trajetória como cidadão e sujeito político participativo, estão questões relacionais com profissionais, trabalhadores dos serviços de atenção em saúde mental:

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

Tomando-se como referência a complexidade polissêmica que envolve a categoria participação, é preciso considerar as diferentes formas que ela pode ocorrer, assim como os resultados que o ato de participar gera na vida do sujeito. No âmbito da saúde mental,

[...] um usuário, deliberando acerca das rotinas do Caps na assembleia do conselho local, votando uma tese na Conferência Nacional de Saúde Mental ou definindo seu plano terapêutico com a equipe que lhe cuida na unidade de saúde, pode ter, do ponto de vista da micropolítica do processo de cuidado, a mesma potência transformadora de vidas (Costa & Paulon, 2012, pp. 576-577).

Ações que possibilitem atos de participação se inserem na vida de um(a) usuário(a) da saúde mental, gerando várias possibilidades, no sentido em que seus efeitos podem se localizar tanto no plano subjetivo, quando ele(a) se movimenta para fazer escolhas em relação à sua vida, quanto no plano mais global, pela inserção em espaços de participação social institucionalizados. Para os autores, a participação social pode ocorrer

[...] tanto como processo de afirmação de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias, embates e discussões que se dão no cotidiano do trabalho em saúde, tanto nos espaços instituídos formais, criados para que as pessoas

participem levando suas reivindicações e delegando poderes, quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida de um usuário da saúde mental em um Centro de Convivência Diária, como efeito dos processos instituintes que aí possam se produzir (Costa & Paulon, 2012, p. 576).

Na visão dos profissionais participantes do estudo, a construção de ações de participação social com maior protagonismo das pessoas usuárias encontra barreiras nas relações estabelecidas nos serviços de atenção em saúde mental, assim como nas práticas, muitas vezes pouco democráticas, adotadas no fazer profissional e que dificultam o atendimento às especificidades da participação em saúde mental.

[...] existe uma dificuldade do trabalhador se reconhecer como um agente produtor de mudanças, que vai em busca de direitos. E aí isso faz toda diferença na hora de promover estratégias de mobilização social dentro do serviço. Então, se eu não me reconheço um sujeito político, um operador de políticas públicas no SUS, quando é que eu vou fazer uma assembleia de usuários e familiares? Agora, se eu me reconheço como sujeito político, aí eu vou fazer assembleias e até mesmos os grupos que eu produzo: “Não, vamos sentar aqui, vamos decidir o que esse grupo é, o que é que ele vai fazer, qual é a proposta desse grupo. Como é que a gente vai tocar ele junto? Esse grupo vai ser aberto? Esse grupo vai ser fechado? Eu quero decidir, eu quero construir isso junto com vocês”. Porque é desde as pequenas coisas que a gente vai estimulando a autonomia e o protagonismo. Eu acho que para a gente ter protagonismo de usuários e familiares, como trabalhador, é fundamental a gente entender qual é o nosso papel como sujeito político [Entrevista P3].

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

[...] a gente vive... seja trabalhador ou trabalhadora do Caps ou não, mas enquanto sociedade, acho que tem algumas dimensões que são importantes, mas assim, nós vivemos numa sociedade capitalista, nós vivemos num mundo que estimula a competição entre as pessoas, nós vivemos num mundo onde a falta de tempo é regra: quer dizer, o tempo é algo muito escasso e existe um elogio nessa perspectiva de quanto menos tempo eu tenho, mais importante eu sou, porque olha como você faz muitas coisas, olha como você trabalha para caramba. Quer dizer, resumir a vida a trabalho é objeto de elogio no sistema capitalista, e a gente vive nesse funcionamento estimulado a partir de algumas diretrizes. E a partir disso, dá para a gente compreender que a gente vive também necessariamente no mundo lógico. O mundo é composto por códigos, e os códigos que formatam a nossa existência numa sociedade capitalista é o código da produtividade, da competição, da falta de tempo e da assertividade, do raciocínio lógico para a compreensão das coisas. E estar no diálogo com pessoas em profundo processo de sofrimento psíquico é estar ante um questionamento desse mundo que se vive e desses valores que se tem. [Entrevista P6]

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

saúde mental, colocamos como sendo da saúde mental, e não é! É da sociedade.
[Entrevista P4]

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

A (insuficiente) educação permanente dos(as) profissionais de saúde para a implementação da participação social em saúde mental

A educação permanente em saúde, compreendida como um processo contínuo e reflexivo, direcionado para a transformação da prática profissional a partir das experiências e desafios cotidianos, ainda enfrenta significativos desafios no contexto do SUS. A perpetuação das práticas tradicionais, sob incentivo dos ideários neoliberais, não apenas afeta diretamente as condições de trabalho na saúde, mas também se manifesta nas práticas e relações cotidianas, promovendo o individualismo, a competitividade e as desigualdades de acesso.

Essa lógica limita o desenvolvimento de uma educação permanente crítica e reflexiva, essencial para a promoção de relações de saúde democráticas e respeitadas das singularidades de cada indivíduo. A insuficiência de uma educação permanente que adote essa perspectiva crítica prejudica a implementação de práticas que favoreçam a participação social efetiva na saúde mental, como explicitado nos extratos de falas dos sujeitos de pesquisa:

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

[...] em muitos momentos a gente vê que tem muita resistência na equipe, porque falta capacitação continuada, falta essa formação, muita gente está ali não querendo estar ali. [Entrevista P1]

[...] olha, eu costumo dizer que esse é um assunto delicado. Que a participação social e o estímulo do protagonismo e a autonomia é quase um campo minado, por quê? Porque a gente tem essa grande lacuna do servidor se reconhecer como sujeito político. Eu acho que para reconhecer o outro, você precisa entender o sujeito político que você é. [Entrevista P3].

Os participantes da pesquisa sugerem a necessidade de uma reestruturação profunda na educação permanente dos profissionais de saúde mental.

O primeiro deles (Entrevista P4) destaca a persistência de uma formação autoritária, hierárquica e prescritiva, de caráter tradicional, em que o saber é monopolizado pelo profissional, relegando o usuário a uma posição passiva. Mesmo nos Caps, que devem nortear suas ações a partir de propostas a clínica psicossociais, a prática cotidiana, muitas vezes, não reflete a abordagem pretendida, revelando a dificuldade em se superar práticas manicomiais enraizadas.

O perfil pessoal e profissional para atuar na área da saúde mental também aparece como um dos fatores que influenciam na construção do protagonismo e emancipação das pessoas usuárias. Muitas vezes os profissionais que atuam nos serviços de atenção psicossocial operam na lógica manicomial, ou, como mencionado no segundo extrato (Entrevista P1), há resistências das equipes de saúde para uma abordagem na perspectiva psicossocial e antimanicomial. Se, por um lado, tal resistência pode ser interpretada como um reflexo das lacunas na formação dos profissionais, que muitas vezes não se sentem preparados ou motivados para adotar práticas participativas e antimanicomiais, por outro, a referência do entrevistado a profissionais que *não querem estar ali* sugere uma desconexão entre as demandas de trabalho em saúde mental e as expectativas ou interesses pessoais dos profissionais. Outro aspecto observado no estudo foi a falta de reconhecimento do próprio profissional como sujeito político, indicado no terceiro extrato (Entrevista P3), o que se mostrou como um dificultador para o estímulo à participação das pessoas usuárias e à construção de ações que favoreçam a formação de sujeitos políticos.

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

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

Considere-se que a existência de trabalhadores comprometidos com as pautas de uma saúde mental antimanicomial, democrática e participativa é uma necessidade para que os serviços substitutivos ao modelo asilar operem na lógica da liberdade e da defesa dos direitos humanos. Contudo, esse é um grande desafio, pois implica a necessidade de se ter uma “visão da política de saúde mental ancorada em uma análise mais ampliada da conjuntura política” (Vasconcelos, 2021). Isso significa compreender o contexto político e social mais amplo e, ao mesmo tempo, lutar para garantir condições de trabalho adequadas, incluindo a eficaz valorização salarial e política de fixação dos profissionais na área. A alta rotatividade nos serviços é um problema significativo que compromete a continuidade do cuidado e a construção de vínculos essenciais para a implementação de práticas que realmente promovam a participação social, a autonomia e o protagonismo das pessoas usuárias.

Assim sendo, é imperativo que se adote modelos de educação permanente que ultrapassem simples processos de transmissão de conhecimento. É necessário que se promovam processos

formativos que incluam práticas democráticas voltadas para a formação cidadã e alinhadas com o paradigma psicossocial e os direitos humanos. A educação permanente deve ser transformadora e crítica, capaz de possibilitar que os profissionais de saúde se reconheçam em seu papel político e social dentro do sistema de saúde. O enfrentamento aos desafios estruturais e culturais que impedem o protagonismo das pessoas usuárias na participação social requer uma educação permanente que fomente uma compreensão profunda e reflexiva do contexto de atuação e da condição de sujeito político.

Contudo, é importante salientar que, para se avançar na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, não basta apenas contar com trabalhadores comprometidos com uma saúde mental antimanicomial. Para resistir aos retrocessos e avançar no caminho de uma saúde integral, é necessária a articulação das pautas da saúde mental com outras defendidas pelas políticas sociais inter-relacionadas, tais como trabalho e renda, moradia, transporte e assistência social, dentre outras.

Avançar na democratização das relações de poder e na cidadania para todos continua sendo um desafio a ser enfrentado na sociedade contemporânea. Para tanto, é necessário que as iniquidades de acesso, satisfação e manutenção das necessidades humanas básicas de moradia, transporte, saúde, educação, cultura, lazer sejam superadas, assim como a concepção de cidadania seja ampliada no sentido de abarcar as diversas formas de ser, viver e estar em sociedade. Isso porque, em contrário, o direito à participação continuará como privilégio de alguns, prioritariamente daqueles que possuem melhores condições de vida e acessam educação de qualidade, arte e cultura. Nessas condições, a participação social terá sempre limites, pois padecerá de uma representatividade maior da diversidade dos segmentos populacionais que compõem a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação social se evidencia neste trabalho como uma dimensão fundamental da formulação, implementação e avaliação de políticas sociais, em especial das políticas de saúde e de saúde mental, em convergência com as diretrizes do SUS e da RPB. Avançar nos processos participativos em saúde significa seguir na direção da materialização da democracia, da defesa dos direitos humanos, da justiça social e da cidadania.

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

Essencialmente, a participação social em saúde mental tem característica mista, dado que é composta por grupos representativos que reúnem pessoas usuárias, familiares, trabalhadores(as) e pessoas que se identificam com a causa. Nesse contexto, trabalhadores(as) dos serviços da Raps desempenham importante papel, pois, além da própria participação como categoria parte do processo, são eles(as) que, por meio de suas ações, podem estimular a inserção de pessoas usuárias nos dispositivos participativos, como assembleias e conselhos gestores dos serviços, assim como fomentar a criação e implementação de outros dispositivos que desenvolvam atividades favorecedoras de emancipação e sejam oportunidades de formação política e de ampliação da participação social.

Entre esses outros dispositivos participativos, destacam-se aqueles apresentados nos resultados da pesquisa, que indicam os grupos de ajuda e suporte mútuo, reuniões e encontros

de coletivos e associações, formais e informais, torneios e campeonatos de futebol *interCaps*, projetos de extensão universitária, centros de convivência, espaços de comunicação como a TV Pinel. Potencializar esses e outros dispositivos participativos para além dos instrumentos institucionalizados nas políticas sociais - conferências e conselhos - não significa negar ou reduzir a importância que esses mecanismos têm na esfera pública, mas sim, considerar outras possibilidades de participação social, que possam ser capazes de contemplar a pluralidade das existências e as diversas formas de cidadania requeridas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. In: **Revista de Administração Pública** [online] v. 52, n. 6, 2018, pp. 1090-1107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>. Acesso em: 3 set. 2021.
- BAQUERO, M. Cultura política participativa e desconsolidação democrática: reflexões sobre o Brasil contemporâneo. In: **São Paulo em Perspectiva** [online], v. 15, n. 4, pp. 98-104, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392001000400011>. Acesso em: 5out. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 8.080/1990**. Lei Orgânica da Saúde. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 jun. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 8.142/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 12 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 08 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns>. Acesso em: 8 dez. 2022.
- COSTA, D. F. C. da; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. In: **Revista Saúde em Debate** [online], v. 36, n. 95, pp. 572-582, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qCDJt4SkL9wfbvppqPs8LH/?lang=pt#>. Acesso em: 8 ago. 2022
- DINIZ, R. Categorias e Pesquisa: algumas linhas introdutórias. In: MARTINELLI, M.L.; LIMA, N. C.; MONTEIRO, A. A.; DINIZ, R. (orgs). **A história oral na pesquisa em serviço social: da palavra ao texto**. São Paulo: Cortez, 2019.
- ESCOREL, S. & MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- FONTES, V. Gramsci, Estado e Sociedade Civil: anjos, demônios ou lutas de classes? In: **Revista Outubro**, n. 31, 2º semestre de 2018, pp. 217-232, 2018.
- GASCÓN, S.; TAMARGO, M. del C.; CARLES, M. **Marco Conceptual Y Metodológico sobre Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado**. Fundacion ISALUD, primer informe de avance, fev. 2005.

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

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

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

MACHADO, C. F.C; KRÜGER, T. R. Dimensão da participação institucional e o transformismo da participação com sentido democrático-popular. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 24-37, 2022. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3083>. Acesso em: 28 mar. 2023.

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

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

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

PONTUAL, P. de C. **O processo educativo no orçamento participativo**: aprendizados dos atores da sociedade civil e do Estado. Tese de Doutorado em Educação, PUC, São Paulo, 2000. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/10642>. Acesso em: 14 mai. 2022

RIOS, J. A. Participação. In: SILVA, B. (coord. geral). **Dicionário de Ciências Sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1987.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GRYjyrgY9qTCGX8mGScBwtM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2023.

STOTZ, E. N. Participação social. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em <http://www.sites.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>. Acesso em: 29 jan. 2022.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2001, v. 6, n. 1, pp. 73-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>. Acesso em: 2 ago. 2022.

VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, pp. 55-66, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68427>. Acesso em: 22 nov. 2021.

VASCONCELOS, E. M. Estratégia antimanicomial para resistir e avançar: abordagens baseadas em direitos e protagonismo de usuários(as) e familiares. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **Novos horizontes em saúde mental**: análise de conjuntura, direitos humanos e protagonismo de usuários(as) e familiares. São Paulo: Hucitec, 2021.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. de L.; CABRAL, M. de P. **Participação em saúde**: do que estamos falando? **Sociologias** [online]. 2009, n. 21, pp. 218-251. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000100010>. Acesso em: 7 out. 2021.