

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

TAMIRES DA CUNHA SIVINSKI

**A PARTICIPAÇÃO FAZ NASCER O TEMPO:
SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL NA
PRODUÇÃO DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre

2015

TAMIRES DA CUNHA SIVINSKI

**A PARTICIPAÇÃO FAZ NASCER O TEMPO:
SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL NA
PRODUÇÃO DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon.

Porto Alegre

2015

TAMIRES DA CUNHA SIVINSKI

**A PARTICIPAÇÃO FAZ NASCER O TEMPO:
SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS DA SAÚDE MENTAL NA
PRODUÇÃO DE SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional, apresentada na data de 28 de maio de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon (UFRGS)

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini (UFRGS)

Profa. Dra. Liane Beatriz Righi (UFRGS)

Profa. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein (UFRN)

AGRADECIMENTOS

Do que não cabe em páginas...

Este trabalho é o produto de uma multiplicidade de encontros, afetos, pessoas...

São os atores da saúde, a sua disponibilidade em construir outros sentidos para o cuidado.

É a minha orientadora Simone Paulon, de intensidade acolhedora e espírito ingovernável, suas orientações desenharam horizontes, me levaram mais longe.

Foram os momentos de discussão e estudo ao lado do grupo de pesquisa Intervires.

É a aposta da CAPES, com seu apoio financeiro.

É o Júnior, o seu amor sem medidas, o seu olhar que completa e os abraços que acalmam.

É o carinho, o amor e a dedicação que meus pais, Janete e Miguel, todos os dias me ofertam.

São as minhas irmãs, Cristiane e Thais, de espírito alegre e do modo leve de viver.

São as minhas sobrinhas Raphaela, Lavínia e Eduarda, que marcaram meus cadernos com rabiscos, que “atrapalharam” a rotina de estudos com brincadeiras, que com os abraços apertados, desejaram voar junto comigo.

São os risos, a cumplicidade, as inquietações e emoções compartilhadas com a Marciana, a Lorena, a Leila, o William, a Gabriela, a Rossana, a Mairla, o Guilherme, a Alessandra e a Cristiane.

São os demais amigos e familiares, a espera amável e acolhedora deles.

São estes afetos e estas pessoas que compõem este trabalho e que me ajudaram a torná-lo possível.

A estes, toda a gratidão.

As palavras são substitutos possíveis ao infinito (DELEUZE, 2005, p. 388).

RESUMO

Este trabalho destina-se a problematizar o tema da participação dos usuários do campo da saúde mental nos processos de produção de saúde. A investigação se concentrou na interface Saúde Mental – Atenção Básica, com ênfase no modo como se dá a participação dos usuários da saúde mental neste âmbito da atenção. A participação é compreendida, aqui, como a capacidade de incidir no planejamento e decisões da organização dos serviços de saúde, dos modos de cuidado e das práticas. Os atores que participaram desta investigação foram os usuários, os trabalhadores da saúde, gestores municipais de saúde e os membros/diretores de associações de usuários da saúde mental de dois municípios da região macrometropolitana de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Essa pesquisa específica se inclui numa pesquisa maior que investiga as práticas e ações de cuidado em saúde mental na atenção básica, desenvolvida na referida região, tendo como fundamento metodológico a cartografia. O caráter participativo da pesquisa maior criou instâncias participativas para o seu desenvolvimento que contribuíram com o foco do presente estudo. Além dos grupos de interesses propostos pela primeira, esta pesquisa também lançou mão da observação e escrita diarística em outros encontros, paralelos, com os atores da saúde para a discussão do tema investigado. Foi possível identificar como elemento para análise o papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a noção de território na produção da participação dos usuários, bem como a necessidade de problematização dos elementos que envolvem a participação no campo democrático. Entre os resultados desta pesquisa, identificou-se que a construção de uma relação mais estreita entre os campos da saúde mental e da atenção básica pode se apresentar como uma potente alternativa para favorecer a participação dos usuários. Do mesmo modo, a potencialização de espaços de participação no interior dos serviços de saúde mental, ou integrados a RAPS, parece contribuir com a formação de novas temporalidades para os territórios, outros espaços-tempo, produtores de um cuidado em saúde alinhado às demandas de novos tempos.

Palavras-chave: Políticas públicas; Participação; Saúde Mental; Atenção Básica; Território, Tempo.

ABSTRACT

This paper is intended to discuss the issue of users participation of mental health camp in health production processes. The investigation focused on the interface Mental Health - Primary Care, with emphasis on how it gives the participation of mental health users in this attention area. The participation is understood here as the capacity to focus on the planning and decisions of health services organization, care modes and practices. The actors who participated in this research were the users, health workers, local health managers, and members / directors of mental health users associations in two municipalities of the health over-metropolitan region of Rio Grande do Sul state. This specific research is included in a bigger research that investigates the practices and care initiatives in mental health in primary care, developed in that region, and having the methodological basis the cartography. The participatory nature of bigger research created participatory instances for its development that contributed to the focus of this study. In addition to the interest groups proposed for the first, this research also made use of observation and diary writing in other meetings, parallel, with the health actors to discuss the issue investigated. It was possible identify as an element for analysis the role of Psychosocial Care Network (RAPS) and the notion of territory in the users participation production and the need for questioning the elements that involve the participation in the democratic camp. Among the results of this research it was identified that building a closer relationship between the mental health camps and primary care can be presented as a powerful alternative to encourage the users participation. Likewise, the enhancement of opportunities for participation in the country of mental health services, or integrated with RAPS, seems to contribute to the formation of new temporalities for the territories, other space-time, producers of health care in line with the demands of new times.

Keywords: Public-policy; Participation; Mental Health; Primary Care; Territory, Time.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 A PARTICIPAÇÃO INVENTA AS PESQUISAS.....	18
2.1 Os territórios escolhidos, a paisagem.....	25
2.2 Habitar e ser habitada, o hódos-meta.....	27
3 EM BUSCA DE UM TERRITÓRIO CUIDADOR.....	34
3.1 Por qual porta entrar?.....	34
3.1.2 Os ritornelos do plano territorial.....	40
4 SOBRE O DESEJO DE “PARTICIPAR” NAS TEIAS DO CAPITALISMO.....	45
4.1 A saúde feita a muitas mãos.....	56
4.2 O “ser usuário” e a participação no interior dos serviços	64
4.3 O “deixar morrer” da Política de Saúde Mental.....	72
5 A PARTICIPAÇÃO FAZ NASCER O TEMPO.....	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	91

A VERDADEIRA
IGUALDADE SÓ
É POSSÍVEL QUANDO
OS MEIOS DE
PRODUÇÃO FOMER
DA COMUNIDADE



SABES B. ISSO É
IMPOSSÍVEL?
MAS EU PERCEBO

1 INTRODUÇÃO

A imagem que inicia este trabalho é de um grito escrito num muro de Coimbra (Portugal), um desejo marginal que é *percebido* pelo outro. *Percebo-te*, no português lusitano, significa, também, *compreendo-te*. O foco deste estudo não são os modos de produção do trabalho, nem as questões que envolvem o contexto português. Mas é sobre o que “grita” e precisa ser percebido. É sobre a participação dos usuários da saúde mental no campo da produção de saúde.

Dizer dessa participação é uma tentativa de escrever, nos “muros” da saúde, a frase: *percebo-te!* Ao longo do texto, pretendo usar outras ilustrações “marginais” dos muros de Coimbra. O leitor pode se indagar, mas por que imagens de tão longe? É que, no desenvolvimento de minha pesquisa de mestrado, tive a oportunidade de realizar uma missão internacional¹. Nesta dissertação, porém, concentro as análises às experiências da pesquisa aqui no Brasil, as quais desempenharam papel fundamental na construção que segue. De Portugal, trago, entre os capítulos, os desejos que ficavam inscritos nas paredes, semelhantes aos desejos daqui, que estavam à margem nos territórios pesquisados.

Essa pesquisa de mestrado investigou a participação dos usuários da saúde mental no campo da saúde, especificamente, na interface Saúde Mental – Atenção Básica. A principal questão, colocada em discussão aos atores do campo da saúde, era: como se dá a participação dos usuários da saúde mental na atenção básica? A participação é compreendida, aqui, como a capacidade de incidir no planejamento e nas decisões da organização dos serviços, dos modos de cuidado e das práticas. Os encontros que proporcionaram tais questionamentos foram planejados, ora em decorrência da pesquisa de mestrado, ora em decorrência de uma pesquisa maior, a qual me vinculo, ora em espaços comunitários. Os atores que participaram desta investigação são os usuários do campo da saúde mental e/ou atenção básica, bem como trabalhadores da saúde, gestores municipais de saúde e membros/diretores de associações de usuários da saúde mental. A pesquisa maior ainda está em andamento e tem por metodologia a pesquisa-intervenção de cunho participativo, com objetivo de investigar as práticas e ações de cuidado em saúde mental na atenção básica. Abrange a região macrometropolitana de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, composta por seis municípios (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão). Como pesquisadora dessa pesquisa maior, fui responsável por seu desenvolvimento em dois municípios. Foram estes os

¹Missão científica de curta duração no exterior para estudantes dos Programas de Pós-Graduação da UFRGS. Realizada em dezembro de 2014 no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e no Departamento de Geografia da Saúde na Universidade de Coimbra.

territórios privilegiados para a minha pesquisa de mestrado, mas que não serão aqui identificados, a fim de preservar os atores envolvidos. Por se tratarem de dois municípios pequenos, algumas das situações narradas facilitariam a localização de atores da saúde naquele contexto, o que não contribuiria nem com as análises feitas, nem com suas atuações naqueles cenários.

A participação de usuários da saúde, de um modo geral, e dos usuários da saúde mental, mais especificamente, mostrou-se como algo desafiador e em construção. O trabalho aqui desenvolvido expressa o desejo de insistir numa postura militante, “implicando” com as implicações do lugar de “usuário da saúde mental”, propondo a problematização dos seus efeitos na esfera da participação e de controle social do SUS. Essa pesquisa de mestrado também exigiu a postura de “viajante”. Para chegar aos municípios escolhidos, foi preciso realizar constantes deslocamentos entre cidades vizinhas. As viagens de metrô e de ônibus pela região metropolitana compuseram o meu roteiro de pesquisa. Ao “transportar” as minhas indagações, eu ia me produzindo como uma viajante-pesquisadora, e nas minhas análises-movimento aproveitava para problematizar essa produção de conhecimento. Na rotina das viagens, algumas inquietações de pesquisa encontravam analogias com vivências cotidianas de “passageira”: ficava observando pela janela do metrô o movimento da luz, que, curiosamente, desencadeava um movimento coletivo nos passageiros. Ao final do dia, os raios de sol se intercalavam com os edifícios e casas e, quando passávamos por algum descampado, era como um chamado do sol aos passageiros que ali sacolejavam. Eles passavam a se inclinar, desviar uns dos outros, na tentativa de contemplar o pôr do sol. Aquela movimentação em busca dos raios de sol, talvez, desejando ver algo que confortasse a viagem, igualmente me confortava. Produzir essa pesquisa-viagem sobre algo tão pouco visível foi, também, ir à busca dos raios de sol, das luminosidades que insistem em passar pelas fendas dos muros já construídos.

Passei a concentrar a minha análise naquilo que é possível em termos de participação dos usuários da saúde mental na interface das políticas Saúde Mental-Atenção Básica, nos pequenos raios de sol que se produziam nos encontros. O caráter participativo da pesquisa maior criou instâncias participativas para o seu desenvolvimento que contribuíram com meu foco de estudo para além dos encontros que eu havia promovido/participado. Nesses espaços, participativos ou não, foi possível acompanhar os movimentos de engendramento da participação no âmbito da atenção básica. Através do modo de conhecer da cartografia, ia atentando para o que surgia deste tema nas discussões com e entre os atores do campo da saúde, usuários, gestores, trabalhadores, entre outros.

Nesse percurso, ficou evidente a necessidade de uma aposta militante, de insistir nas bases que instituíram o SUS. O sistema, como um todo, é produto, principalmente, da insistência e da luta de movimentos sociais. Entre eles, destaca-se o movimento sanitário que, em pleno período de autoritarismo político, atuou no sentido de incluir, na agenda da saúde, os seus determinantes políticos, sociais e econômicos (SOUZA, 2005). Foram os movimentos sociais pela Reforma Sanitária que elaboraram a política de saúde do SUS. As suas diretrizes e o seu modelo operacional constituem um novo pensamento sobre a saúde no Brasil (CAMPOS, 2007). Cohn (1989) refere que o movimento sanitário foi se desenvolvendo à margem dos saberes médicos dominantes, como de uma contaminação do entendimento das questões técnicas da saúde pelas ciências sociais. A postura de enfrentar as construções teóricas centradas na doença e em determinantes biológicos foi produzindo um saber militante. Esse novo projeto para a saúde brasileira fortaleceu-se com experiências de intervenções locais, de medicina comunitária, educação popular e atenção primária à saúde. Tais experiências “piloto” se configuraram como estratégias dos atores do movimento para aproximação da base social do País: sindicatos, organizações de bairro, das comunidades urbanas e rurais. Assim, através da implantação de projetos de saúde comunitária em espaços como de atenção básica, esses atores puderam experimentar a participação social na produção da saúde e construíram argumentos em prol da transformação do sistema de saúde do País (COSTA, 2014).

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, há o direcionamento das ações de saúde para os territórios, que passam a ser desenvolvidas e articuladas com as comunidades. Regido pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação da comunidade e hierarquização da rede de serviços, o SUS é a conquista do reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Há, na base de criação do SUS, a emergência de uma nova linha discursiva para o campo da saúde, que sustenta a necessidade do planejamento em saúde considerar os determinantes sociais das doenças, as diferenças locais e regionais e, nos processos de trabalho em saúde, incluírem a participação da comunidade, a fim de transformar culturalmente os modos de conceber a produção de saúde. Nesta nova concepção, a saúde e a doença não poderiam ser resumidas às suas dimensões biológicas e ecológicas, mas serem consideradas, também, como fenômenos determinados social e historicamente (PAIM, 1997).

De acordo com Campos (2007), a gestão participativa com o controle social são as diretrizes originais e inovadoras do SUS. Elas são incorporadas no SUS pela compreensão da importância da produção da saúde ser de domínio comunitário, coletivo; com o saber do

usuário, a sua vontade e sua liberdade, respeitados. A diretriz de controle social se expressa através da participação da comunidade na organização, implantação e fiscalização dos serviços de saúde. E se desenvolve com dispositivos institucionalizados próprios para isso, como os conselhos de saúde municipais, estaduais, e o nacional, e das conferências de saúde. A partir de então, a sociedade tem sido convocada a construir um sistema de saúde plural e inclusivo.

Nesse contexto de Reforma Sanitária, de inovações com um projeto de saúde igualitário e participativo, também o campo da saúde mental estava se formando, com propostas inovadoras para a assistência psiquiátrica da época, meados dos anos 1970. Tratava-se de um período em que os modos de se conceber o adoecimento das populações estavam em plena transformação, assim como insurgiam movimentos militantes por uma atenção à saúde mais democrática e alinhada às demandas sociais, o campo da saúde mental igualmente produzia saberes militantes, contra-hegemônicos, que requeriam novas abordagens e práticas.

Surgiram os movimentos antimanicomiais que visavam dar à complexidade da atenção à saúde mental no Brasil a visibilidade necessária para reivindicar o cuidado em liberdade do sujeito em sofrimento psíquico. O tema da saúde mental e a vida das pessoas em sofrimento psíquico eram cotidianamente “simplificados” por entre os muros dos manicômios, com tratamentos moralizantes, disciplinares e grande violação dos direitos humanos. Para Vasconcelos (2012), o movimento antimanicomial foi uma estratégia ético-política-institucional que sinalizou a necessidade das práticas de cuidado em saúde mental alcançarem os territórios, considerando as implicações econômicas, políticas e sociais na produção da loucura. A experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica se organizou a fim de resistir e desconstruir a instituição manicomial no âmbito cultural, comunitário e territorial.

Tornava-se importante inscrever na cultura a noção de que a loucura e o sofrimento psíquico são parte integrante de nossa sociedade, de nossa subjetivação, do nosso movimento coletivo de produção. De posse desta abertura conceitual e prática, se reivindicavam práticas de cuidado sustentadas não por uma verdade científica, mas sustentadas por uma ética da existência, que reconhecessem a complexidade da vida, e que visassem produzir novos direitos, novas experiências de saúde, atuando em prol das singularidades (AMARANTE, 2009).

Como resultado dessa transformação clínico-política no campo da saúde mental, foi regulamentado o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) no Estado do Rio Grande do Sul, com a Lei Estadual nº 9.716 (BRASIL, 1992) que determinou a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental e determinou

regras de proteção aos sujeitos em sofrimento psíquico, restringindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e estabelecendo critérios para as internações psiquiátricas e a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Na esfera nacional, a Reforma Psiquiátrica só foi regulamentada em 2001, pela Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), a qual garantiu os direitos dos pacientes a terem um tratamento comunitário e não excludente, vedando a internação em instituições de características asilares. Essa nova lei atualizou a Portaria MS/SAS nº 224 (BRASIL, 1992b), que já orientava o modelo de atenção à saúde mental com base territorial, mas ainda de forma limitada e admitindo a continuidade dos hospitais psiquiátricos na rede de assistência. A atualização mais propositiva para o processo de RP ocorreu com a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002) que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial² (CAPS), serviços comunitários, abertos, que oferecem o cuidado em liberdade com atividades terapêuticas durante o dia. Desenvolvem-se planos terapêuticos singulares, adaptados às necessidades dos usuários, dos familiares, e de acordo com os recursos territoriais. As modalidades de atenção variam entre intensivo, semi-intensivo e não intensivo, substituindo as longas internações em hospitais psiquiátricos, pois os usuários retornam para a convivência familiar.

Tem-se, assim, um processo de redirecionamento no modelo de atenção em saúde. No plano da Reforma Sanitária, a construção da práxis da saúde coletiva, com a inclusão dos determinantes sociais e a participação da comunidade. No plano da saúde mental, um cuidado em liberdade, democrático e territorializado. Desde então, são engendradas, em nosso tecido social, políticas que ensaiam e inventam formas de conjugação entre os modelos de atenção à saúde e à saúde mental, a fim de ofertar um cuidado integral à população nos territórios. Pesquisar neste campo da política pública de saúde é também entrar nessa formação histórica de lutas, uma história nem tão passada, uma luta que é contínua, há sempre projetos em disputa.

Como afirma Onocko-Campos (2013), o SUS é um sistema que nasce se reformando, as reformas em seu interior nunca se acabam, esse sistema nunca está implantado, “sempre nos planos, sempre com um traço de projeto” (ONOCKO-CAMPOS, 2013, p.7). O que é

²Há tipos diferentes de CAPS: CAPS-I (para Municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes), CAPS-II (para Municípios com população entre 70 mil a 200 mil habitantes), CAPS-III (com funcionamento 24horas, para Municípios com população acima de 200 mil habitantes), CAPSi - para infância e adolescência (para Municípios com população acima de 200 mil habitantes), CAPSad – para usuários de álcool e outras drogas (para Municípios com população acima de 100 mil habitantes) podendo ser 24h. As equipes são multidisciplinares, podendo trabalhar na perspectiva ‘trans’ ou interdisciplinar, escolhidas de acordo com as modalidades terapêuticas necessárias de cada espaço (BRASIL, 2004). De um modo geral, a cobertura da rede de atenção em saúde mental ainda precisa se expandir, segundo os últimos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2012, hoje temos 1803 CAPS, sendo eles CAPS-I (848), CAPS-II (438), CAPS-III (66), CAPSi (158), CAPSad (281) e CAPSad III (12), (BRASIL, 2012b).

reforçado por Paulon e Neves (2013), quando sustentam que as reformas sanitária e psiquiátrica são “radicalidades utópicas” e devem ser entendidas como espaços de criação permanentes.

Apostar nesse novo projeto de saúde que o SUS comporta, ao inovar com a regulamentação das instâncias de participação social e pesquisar sobre esta dimensão transformadora da política pública, no campo da saúde mental, é, também, uma atitude militante. É a expressão do desejo de produzir mais saberes militantes. A militância antimanicomial tensiona o campo da saúde mental para que a loucura seja compreendida para além das classificações psiquiátricas, concebida como diferença fabricada no tecido social, a qual nem sempre responderá à lógica dos modos de ser dominantes da nossa sociedade. Ao produzir uma pesquisa sobre a participação do “usuário da saúde mental” na produção de saúde, numa acepção antimanicomial, pretende-se problematizar esse “lugar” nos processos de decisão na área da saúde. Ao assumir a perspectiva ética de uma política inclusiva neste processo de investigação, busca-se criar meios de expandir as possibilidades de participação dos usuários da saúde mental no âmbito das decisões e da produção de saúde, visto que, a instituição da loucura, com toda estigmatização e aparatos jurídico-organizativos que a acompanham, muitas vezes, se não sempre, invisibiliza os saberes destes sujeitos no cotidiano dos serviços ou mesmo das instâncias participativas do SUS. Depreende-se daí a necessidade de uma produção de conhecimento que interrogue os papéis já instituídos, como, no caso, a condição de “usuário da saúde” ou mais problemática ainda no contexto da participação, a condição de “usuário da saúde mental”. É preciso para isso, dar atenção às metodologias de participação, e apostar em sua capacidade de incluir os sujeitos de modo equânime.

No processo de descentralização da saúde, o nível da atenção primária passou a ter como atribuições a articulação de diversas ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral e promover a autonomia das pessoas e coletividades. O cuidado em saúde mental na atenção básica é, por isto, considerado estratégico, destacando-se a facilidade de acesso das equipes aos usuários como ponto que faz convergir os horizontes das Reformas sanitária e psiquiátrica (BRASIL, 2013). Está entre as atribuições da Atenção Básica³ o estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia, e a produção do cuidado em saúde. Também é de sua responsabilidade o estímulo à participação das pessoas e coletividades do território na organização e orientação

³A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2012).

dos serviços de saúde, trabalhando numa lógica mais centrada no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012). Nesse sentido, o processo de trabalho das equipes de atenção básica deve contemplar modelos de atenção e gestão em que sejam valorizada e fomentada a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, buscando efetivar o controle social (BRASIL, 2012).

No campo da saúde mental, a partir da portaria Nº 3.088 (BRASIL, 2011), institui-se a Rede de Atenção Psicossocial⁴ (RAPS), que inclui os serviços de atenção básica, entre outros dispositivos para o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A portaria define responsabilidades aos três entes federativos para a implantação da RAPS, que deve iniciar com um diagnóstico dos serviços já existentes em cada município e a sugestão de suas necessidades. As diretrizes da RAPS, que podem ser associadas à questão da participação dos usuários, são: o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania e, a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

Ambos os campos de atenção sustentam a necessidade de composição das ações e serviços com os usuários. Apesar de a RAPS incentivar de forma geral essa construção, seu texto não afirma a necessidade de compartilhamento da responsabilidade, de implantação da RAPS, com alguma instância de controle social, como poderia ser o caso de uma comissão de saúde mental mista, ou do conselho de saúde municipal. É nesse contexto ético-político que esta investigação se desenvolve, acerca das especificidades da diretriz da participação social do SUS nas políticas de saúde mental do país. Partindo da premissa de que todo e qualquer espaço de participação comporta sua complexidade própria, busca problematizar não só a incidência de tal tema nas políticas de saúde mental, mas também a sua operacionalização, que tem se mostrado deveras complexa.

A proposta de participação social, como um todo, responde a um regime político específico, a democracia. Mas a democracia por si só não nos garante interferir nas decisões que nos dizem respeito. O que se visualiza no campo da saúde tem sido uma conformidade com a simples existência de espaços e instâncias de participação, sem uma correspondência

⁴Formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde; Equipe de Atenção Básica para populações específicas; Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial, SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Serviços de Atenção em Regime Residencial; enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta pra Casa; Cooperativas.

direta nas decisões efetivamente resultantes dessas instâncias, nem uma avaliação concreta de eficiência dos mecanismos e instrumentos utilizados para aprimoramento dos espaços participativos. Daí a necessidade de problematizar a própria concepção de participação, que ainda aparece majoritariamente ligada às associações, à representatividade por parte dos usuários nos conselhos de saúde.

A construção de uma relação mais estreita entre os campos da saúde mental e da atenção básica, como se vê, pode apresentar-se como uma alternativa potente para reavivar os objetivos mais utópicos e, por isso mesmo, sempre necessários das reformas sanitária e psiquiátrica brasileira. Este trabalho se dedica, por isso, a pensar a formação de uma nova temporalidade territorial através da potencialização da participação. A partir de uma pesquisa avaliativa de saúde mental na atenção básica, desencadeada em seis municípios da região macrometropolitana de Porto Alegre, debruça-se sobre as práticas operadas em algumas das regiões abrangidas e explora os modos de participação dos usuários da saúde mental com o objetivo de identificar e problematizar os elementos que envolvem essa participação no campo da produção de saúde.

De início, serão apresentadas as pesquisas, as paisagens percorridas e os modos como essas foram se produzindo nessa pesquisa-viagem. A partir daí, avança-se na problematização do modo como o processo de descentralização da saúde tem desenvolvido os seus espaços de participação, tem alcançado a tarefa de produzir um território cuidador. Para pensar essa questão, de acordo com o que a experiência de pesquisa indicou, fez-se necessário compreender os aspectos territoriais, os territórios existenciais que as redes de cuidado em saúde produzem.

Seguindo nessa proposta, direciona-se a questão da participação no âmbito da democracia e do contexto biopolítico em que ela se desenvolve. Abordam-se os modos de exercício democrático, pois a prerrogativa de participação nas políticas públicas responde a um regime democrático de governo. A fim de compreender a incidência da dinâmica biopolítica no contexto da participação no campo da saúde, analisa-se o quanto essa dinâmica tem determinado os modos de participação também no campo da Reforma Psiquiátrica.

Por fim, no capítulo final, o trabalho dedica-se à questão do tempo a fim de ampliar os sentidos para o tema da participação, entendendo que a produção de espaços de discussão coletiva pode ser promessa para o nascimento de outras lógicas de cuidado em saúde em sintonia com a vida que pulsa no território.

ÉS CAPAZ, NÃO TEMAS

2 A PARTICIPAÇÃO INVENTA AS PESQUISAS

A pesquisa aqui apresentada vincula-se à pesquisa maior intitulada: “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: análise das práticas de equipes da Região 10-Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”. Essa pesquisa maior começou a ser delineada ao final do ano de 2012, quando diferentes pesquisadores do País, que investigam o tema da saúde mental na atenção básica, reuniram-se na Oficina Avaliativa da Inserção da Saúde Mental no Programa de Melhoria da Atenção e Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB (PAULON; DIMENSTEIN; FERLA, 2013). A criação desta Oficina teve como intuito problematizar a pouca relevância dada ao tema do cuidado em saúde mental no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB. Considerando os objetivos do processo de Reforma Psiquiátrica, como operar a desconstrução das práticas manicomialis de tratamento nos serviços de saúde – exclusão, julgamento moral, disciplina e violência – e desenvolver práticas integrais e territorializadas, o campo da atenção básica tem papel fundamental para o alcance deste objetivo, devendo apropriar-se de seu papel no campo da saúde mental.

O PMAQ-AB é um programa governamental que visa avaliar as práticas da Atenção Básica como um todo em seu processo, o qual inclui o uso de um instrumento de avaliação que consiste num questionário respondido por um trabalhador, um gestor e quatro usuários das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse procedimento de avaliação, apesar de restrito a alguns membros da equipe, representa uma tentativa de ajuste interfederativo, sendo produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. É um sistema de avaliação que se conecta ao incremento de recursos, dentro de parâmetros negociados entre os entes federativos, significando um primeiro passo em termos de avaliação e qualificação do trabalho da Atenção Básica (CUNHA et al., 2013). Trata-se de uma iniciativa que oferece incentivos financeiros às equipes que conseguem alcançar melhorias em suas práticas. O instrumento de avaliação pontua de modo satisfatório as equipes que mais bem se organizam, alinhadas aos princípios da política de atenção básica, algo que provoca movimentos na direção de qualificação das práticas.

No período em que a referida oficina dos pesquisadores ocorreu, estes se debruçaram sobre o instrumento de avaliação externa PMAQ-AB e identificaram a necessidade do instrumento avaliar o campo da saúde mental alinhado às transformações e princípios da Reforma Psiquiátrica, a fim de reafirmar o papel da atenção primária à saúde no progresso da desconstrução da lógica manicomial. Entre os produtos finais da oficina, os pesquisadores

propuseram mudanças no que diz respeito à avaliação de saúde mental, desde a substituição de termos e conceitos que não correspondem aos adotados pela política nacional de saúde mental (BRASIL, 2011 e 2001), a sugestões de que o processo avaliativo contemplasse as dimensões qualitativa e interventiva, para uma inclusão mais consistente de todos os atores do campo da saúde mental-coletiva, tornando mais potente o instrumento de avaliação (PAULON; DIMENSTEIN; FERLA, 2013). No decorrer desta oficina, os pesquisadores apresentaram os resultados de suas pesquisas nesta interface, as quais denunciavam o quanto a saúde mental ainda é pouco considerada nos espaços da atenção básica, o que dificulta a avaliação das ações neste tema. Foi possível concluir que a pouca relevância dada ao tema pelo instrumento de avaliação do PMAQ-AB é um reflexo deste cenário, em que a importância da saúde mental pouco circula no campo da atenção básica.

A pesquisa maior foi desenhada a partir desta oficina, planejada para se desenvolver em uma abordagem qualitativa, avaliativa e participativa, a fim de problematizar, com as equipes de atenção básica, o caráter subjetivo, processual e prático das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica. Ela teve início no ano de 2013, com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS), e se dá a partir de parcerias entre o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI-UFRGS), o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol-UFRGS), e a Secretaria Estadual de Saúde – RS. O grupo de pesquisadores, do qual faço parte, elegeu como campo da pesquisa a macrorregião metropolitana do estado do Rio Grande do Sul, denominada no atual georreferenciamento da SES por Região Dez. Os critérios para essa escolha são a sua acessibilidade, o fato de ser a região com maior concentração populacional do Estado, e a presença de diferentes níveis de organização das redes municipais de saúde, pois os municípios têm portes diversos.

A pesquisa desde então desenvolvida por um grupo de mais de 20 pesquisadores, entre os quais me incluo, tem como proposta examinar os aspectos do campo da saúde mental que escapam à avaliação do PMAQ-AB. A escolha pela metodologia qualitativa e participativa tem permitido aprofundar a avaliação das práticas com os atores do campo da saúde, incluindo, na análise, suas demandas, desejos e conflitos. Outra direção metodológica que sustenta a pesquisa maior é a de pesquisa-intervenção de inspiração socioanalítica, a qual reconhece que toda pesquisa é também uma intervenção. Ao se envolver com um campo de investigação, esse envolvimento não se dá de modo neutro, sendo assim, provocamos tensionamentos no campo, os quais merecem ser reconhecidos e numa aposta participativa, podem ser discutidos por todos os envolvidos.

O caráter avaliativo-participativo dessa pesquisa maior é inspirado na metodologia de pesquisa avaliativa de 4ª geração, uma metodologia proposta por Guba e Lincoln (2011), a qual prevê a inclusão dos diferentes atores no processo de avaliação, criando um processo de pesquisa democrático. Uma metodologia que pretende não sobrepor a avaliação dos pesquisadores à dos demais participantes, conduzindo a pesquisa de modo compartilhado por todos. Os autores chegaram a essa perspectiva de pesquisa analisando o percurso histórico das avaliações, mapeando o seu desenvolvimento e dividindo-as em quatro gerações.

Analisa-se que a primeira geração dos processos avaliativos é pautada pela simples mensuração, onde o avaliador lança mão de instrumentos técnicos de mensuração e lhe confere um resultado, como exemplo, a avaliação da inteligência, da aprendizagem, da produção de operários. Esse modelo de avaliação é considerado pelos autores como característico dos trinta primeiros anos do século XX. A segunda geração dos processos avaliativos apresenta um viés mais descritivo e nasceu da necessidade dos EUA de acompanhar os programas educacionais e saber como funcionavam na prática os currículos escolares, um modo de pesquisa que identificava e descrevia a forma como as atividades atingiam, ou não, os seus resultados. A partir dos anos 50, os autores identificaram o início de uma terceira geração de avaliação marcada pelo julgamento do avaliador a partir de referenciais externos, além de descrever e mensurar, o avaliador passa a atribuir méritos ao que é avaliado. Guba e Lincoln realizam um levantamento dos problemas e limitações que permeiam essas formas de avaliação, destacando que, por elas se sustentarem no paradigma científico positivista, o ponto de vista do gerenciador da pesquisa é dominante e o contexto é desconsiderado, dadas as formas quantitativas de levantamento de dados serem prioritárias e a pluralidade dos atores envolvidos não ser incluída. Os autores propõem, então, uma quarta geração de avaliação, que tem por base o aspecto inclusivo e participativo, reconhece-se então, que uma avaliação inevitavelmente emite um juízo de valor, nesse sentido, torna-se fundamental, para que o processo avaliativo seja efetivo, ampliar e diversificar as fontes que produzem tais julgamentos. Isso significa a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes pontos de vista, de modo que a avaliação se concretiza de forma democrática, ampliando sua análise e produzindo ao mesmo tempo intervenções no campo. O método criado para operacionalizar a abordagem de quarta geração se dá através de grupos de interesses, formados por pessoas com algum interesse nos efeitos da pesquisa avaliativa, isto é, que estão de alguma maneira envolvidas ou serão afetadas pela pesquisa. A composição de tais grupos favorece o viés democrático e assegura que as questões para avaliação sejam discutidas por todos os participantes, assim, se desfaz de objetivos precisos dados a priori para

focar na utilidade social e transformadora de uma avaliação (FURTADO, 2001; GUBA; LINCOLN, 2011).

Furtado, Laperrière e Silva (2014), que também desenvolvem trabalhos investigativos nessas abordagens, consideram que o caráter participativo está na inserção de não pesquisadores – como trabalhadores e usuários, entre outros – em parte ou em todas as etapas de um processo avaliativo. Para o autor, o envolvimento dos chamados “não especialistas” em processos avaliativos não é fácil nem simples, e requer estratégias de ordem política e financeira para a sua viabilização.

No Brasil, as pesquisas em saúde pública em que há a inclusão dos usuários ou outros atores do campo como protagonistas, tomando decisões no direcionamento das pesquisas, ainda são pouco incorporadas, mesmo com a afirmação do controle social no âmbito do SUS (PRESOTTO et al., 2013). A participação ativa de usuários no planejamento e desenvolvimento de pesquisas no campo da reforma psiquiátrica brasileira é ainda tímida, sendo mais presente em pesquisas internacionais com metodologias de avaliação de serviços de saúde mental. A proposta de inclusão da participação dos usuários em pesquisas no campo da saúde mental vai ao encontro do que movimentos e pesquisadores militantes antimanicomiais têm sustentado: a afirmação da autonomia dos usuários enquanto norte ético, para a superação das limitações impostas pelo sofrimento mental (PRESOTTO et al., 2013). A pesquisa do tipo participativa coloca em cena objetivos e pontos problemáticos comuns aos diferentes grupos, exigindo a articulação de uma rede de discussão e análise, o caráter participativo possibilita um aumento do “grau de apropriação” dos sujeitos pelo processo da pesquisa (GUBA; LINCOLN, 2011). As pesquisas participativas no campo da saúde mental permitem maior aproximação da realidade da rede de saúde mental, das resistências, das hierarquias. Na criação de espaços participativos para a pesquisa, se produz a circulação da palavra, em que fica explícito o que normalmente não é dito nos serviços (FURTADO; LAPERRIÈRE; SILVA, 2014).

Nessa pesquisa de mestrado, acompanhar os espaços participativos da pesquisa maior para cartografar o que surgia da participação dos usuários da saúde e escrever sobre como essa participação se dá no campo da produção de saúde tem, também, o objetivo de seguir o que os ideais das reformas e os princípios do SUS impõem, ou seja, que o usuário seja incluído no processo de produção de saúde. Passos, Palombini e Onocko-Campos (2013) sustentam que é preciso transformar não só as práticas de gestão e atenção da saúde, mas também as metodologias de pesquisa em saúde. A pesquisa em saúde precisa estar em sintonia com a diretriz participativa e inclusiva do SUS, dessa forma, criar dispositivos de

cogestão na pesquisa atende ao direito do usuário de participar efetivamente da produção de saúde. Ainda segundo as problematizações destes autores, uma pesquisa no campo da saúde precisa sustentar-se eticamente, com atenção aos efeitos de sua ação sobre a realidade subjetiva e social. Não pode furtar-se ao tema da inserção social na sua produção, pois se dá inserida num processo de produção de mundo, de produção de sentidos, operando sobre a realidade e transformando não só a relação dos usuários com os serviços, mas com eles próprios (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013). Temos como exemplo de uma experiência exitosa nesta área a adaptação do dispositivo GAM⁵ para a realidade brasileira, um processo que se deu através de uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. Como efeito dessa experiência, surgiram usuários-pesquisadores, os quais relatam benefícios com a participação, como a ampliação do conhecimento sobre a reforma psiquiátrica, com significativa apropriação da sua condição como cidadãos e aumento da sua compreensão sobre os direitos dos usuários do SUS e da Saúde Mental (PRESOTTO et al., 2013). O processo de desenvolvimento de pesquisas participativas na área da saúde inclui uma disputa do espaço político e institucional com outras demandas que atravessam o cotidiano dos trabalhadores e usuários, e o convite à participação pode enfrentar resistências expressas pela pouca tradição dessa prática em nosso país e pela desconfiança provocada por processos avaliativos (FURTADO; LAPERRIÈRE; SILVA, 2014).

Assim, como os autores preveem, a pesquisa maior também se desenvolve com resistências, em cada município há diferenças políticas e técnicas que exigem constantes aperfeiçoamentos dos modos de participação. No início do ano de 2014, os mesmos pesquisadores da oficina de 2012 foram convidados a formar um grupo de interesses de pesquisadores, o GIPesq (Grupo de Interesses dos Pesquisadores). Os pesquisadores nacionais foram reunidos para contribuir com o delineamento metodológico da pesquisa maior. As contribuições foram valiosas para a definição do modo como os canais de participação seriam criados. O encontro com o GIPesq teve duração de dois dias⁶, com debates e apresentações das etapas planejadas para a investigação, das demandas metodológicas que foram surgindo neste encontro é possível organizar, a seguir, os seguintes dispositivos da pesquisa maior que foram criados:

⁵Gestão Autônoma da Medicação (GAM), uma nova abordagem de intervenção desenvolvida em Quebec (Canadá), que se traduz pela incorporação de um Guia impresso, onde o usuário acompanha e intervém no seu tratamento medicamentoso, sendo uma estratégia de alteração das relações de poder, com a finalidade de garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que implica no diálogo e na troca, entre os atores envolvidos, da construção do cuidado em saúde mental (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013).

⁶Encontro realizado nos dias 08 e 09 de abril de 2014, em Porto Alegre, na Rede Governo Colaborativo em Saúde - UFRGS.

Dispositivo de Pesquisa	Etapa da pesquisa	Finalidade
Análise situacional do campo da saúde de cada município.	1ª Etapa de contratualização e aproximação dos municípios	Desenvolvido pelos pesquisadores, se deu através de entrevistas com gestores da atenção básica e da saúde mental, e conselho municipal de saúde. Essa análise teve como produto a construção de uma matriz, com dados quantitativos e qualitativos, posteriormente apresentada aos gestores municipais no Comitê Gestor
Comitê Gestor	Todas as etapas da pesquisa	Encontro bimestral com gestores da atenção básica e da saúde mental de cada município, a fim de discutir o andamento da pesquisa e a inserção dos pesquisadores nos municípios
Grupos de Interesses Locais	A partir da 2ª Etapa, de produção de dados	Encontros mensais, um por município, com trabalhadores, gestores e usuários do campo da saúde. Também, aberto a quem se interessasse pelo tema da saúde mental na atenção básica. O grupo discute a realidade do município nesta temática, escolheu as equipes de ESF para os grupos focais, orientou sobre como alcançar os usuários para a realização dos grupos focais de usuários, e tem analisado os produtos dos grupos focais em conjunto com os pesquisadores.
Grupos Focais com trabalhadores das equipes de Estratégia Saúde da Família, participantes do PMAQ	2ª Etapa da pesquisa	Poderia ser escolhida mais de uma equipe por município. Grupo focal norteado por questões sobre as práticas de cuidado em saúde mental. Realização de dois encontros pontuais, por equipe.
Grupos Focais com os Usuários	2ª Etapa da pesquisa	Versavam sobre o cuidado em saúde mental das unidades de referência dos usuários, a fim de produzir dados sobre o modo como estes percebiam as práticas de saúde mental da sua unidade de saúde e analisar as sistematizações.
Seminários finais	3ª Etapa	Apresentação dos dados produzidos pela pesquisa, um seminário por município, para toda a rede de saúde.

Antes da participação do GIPesq, o grupo dos pesquisadores locais havia pensado na divisão de três categorias de grupos de interesse (gestores, trabalhadores e usuários), que analisariam os dados de grupos focais e seriam parceiros no desenvolvimento da pesquisa. O

coletivo (GIPesq) sugeriu que os grupos de interesses não fossem divididos por categorias de “interessados”, mas que fosse criado um grupo de interesses híbrido, em que os diferentes atores pudessem se misturar e discutir juntos o tema da saúde mental do seu município. Também foi pactuado que o espaço de investigação prioritário seria os grupos focais com as equipes de ESF e os grupos focais com os usuários do serviço. A participação direta dos atores no desenvolvimento da pesquisa se deu, então, em cada município, pelo “Grupo de Interesses da Pesquisa de Saúde Mental da cidade”, composto por gestores, trabalhadores, pesquisadores e usuários, um grupo híbrido, que discutiram e escolheram as equipes de ESF para a realização dos grupos focais e, posteriormente, analisaram também coletivamente os produtos desses grupos focais. Com encontros mensais, os grupos de interesse locais auxiliaram a execução da pesquisa nos territórios estudados. Os grupos focais passaram a ocorrer em dois momentos: um de discussão e análise das práticas de saúde mental na atenção básica e dos resultados do PMAQ para o município em questão; e o outro momento do grupo para a análise e validação dos elementos por eles levantados no primeiro encontro. Além dessas instâncias de participação, para iniciar a pesquisa maior, foi necessária a estratégia política de negociar com os gestores do município. Para isso, estes foram convidados a integrar o Comitê Gestor, composto pelos coordenadores da atenção básica e da saúde mental de cada município, com reuniões bimestrais. Ao final do processo da pesquisa maior, ficou definido também que serão realizados seminários loco-regionais, em todos os municípios participantes, destinados às Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para fomentar o tema e ampliar as discussões oriundas dos grupos, com o objetivo principal de dar visibilidade à complexidade do trabalho em saúde mental na Atenção Básica, identificando e potencializando intervenções que possam responder às demandas existentes neste campo. As produções decorrentes da pesquisa maior serão agrupadas em relatórios encaminhados aos municípios e também comporão um livro sobre o tema.

A presente pesquisa de mestrado, que inicialmente seria centrada apenas no acompanhamento do grupo de interesses dos usuários, voltou-se ao acompanhamento dos grupos de interesses híbridos (GI), e ao processo de contratação com os territórios. Nesses microcampos, o foco consistiu em investigar o tema da participação dos usuários na atenção básica daquela região estudada. O percurso permitiu que emergissem relatos de mais atores do campo, que também tinham a dizer sobre o tema, evidenciando que a inversão metodológica, problematizada por Passos e Benevides (2012), faz seus efeitos quando o caminhar começa efetivamente a delimitar novas metas ao caminho (*hódos-meta*).

A participação dos pesquisadores nacionais foi inventando as pesquisas, tanto a minha quanto a pesquisa maior, e a abertura à participação dos demais atores do campo da saúde foi dando continuidade a essas invenções metodológicas. Ficou sob minha coordenação e de outros colegas o desenvolvimento da pesquisa maior em dois municípios, o que me permitiu cartografar os elementos sobre a participação dos usuários da saúde mental nos espaços dos grupos de interesses locais. Para o estudo específico, aqui apresentado, desenvolveram-se encontros com alguns trabalhadores da saúde, membros de associações de usuários e dos conselhos de saúde. Nessa inserção territorial, ia me inserindo em espaços dos municípios que poderiam dizer sobre a participação dos usuários. Participei de um encontro entre a gestão de um município com a comunidade e também de um fórum intersetorial de saúde mental. Ao marcar presença no município de modo mais contínuo, fui identificando os modos de organização, as relações entre os serviços, sendo possível compreender melhor o modo de “ser usuário da saúde mental” no campo da produção de saúde.

Ao desenvolver “As Pesquisas” foi possível compreender melhor a problemática da participação, foi preciso inventar metodologias de participação, para que esta se produzisse de modo mais democrático possível. E a cada “possível”, novos impasses e limites iam se descortinando e evidenciando a complexidade de um tema que não poderia se dar a outro modo de investigação, tal como o vejo hoje, se não assim mesmo na experimentação. Essas observações puderam associar-se ao tema aqui investigado. Não seriam essas mesmas dificuldades metodológicas que enfrentávamos na pesquisa participativa que impediriam uma melhor realização da diretriz de controle social do SUS? Estaria a presença de diferentes atores nas instâncias participativas da pesquisa constituindo uma espécie de ilusão democrática análoga à ideia de que a “representação dos atores” nas instâncias participativas é suficiente para garantir a participação dos usuários? Estes foram questionamentos que orbitaram o desenvolvimento da pesquisa, que aqui se relata na forma como foi sendo progressivamente inventada.

2.1 Os territórios escolhidos, a paisagem

Cabe, agora, uma breve apresentação dos dois municípios e de suas redes de cuidado em saúde que foram estudadas. No percurso da pesquisa de mestrado, além de conhecer os atores que participaram dos grupos de interesses da pesquisa maior, conheci serviços, associações de usuários e conversei com trabalhadores, que não necessariamente participaram

da pesquisa maior. Assim, produziu-se uma paisagem de pesquisa a partir das questões sobre a participação dos usuários.

Importa ressaltar que ambos os municípios contavam com associações de usuários da saúde mental, as quais foram criadas por usuários do CAPS-AD. As associações atuavam de maneira distinta, os municípios tinham diferentes composições em sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entretanto, havia em comum o fato de estarem implantando o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O período da pesquisa acompanhou esse processo de mudança, um momento aguardado com muita expectativa pelas gestões municipais, e que só estava sendo possível, na fala dos gestores entrevistados, com a vinda dos médicos de família do Programa Mais Médicos do Governo Federal.

Eram municípios com territórios extensos, ambos contavam com área rural e com mais de 200 mil habitantes. Um município tinha em sua RAPS: 01 CAPS II, 01 CAPS AD, 01 CAPSi, 14 Unidades Básicas de Saúde, 12 Unidades de Saúde da Família (sendo 22 equipes de ESF) e uma Associação de Usuários do CAPS-AD. Essa Associação desenvolvia atividades fora do espaço físico do CAPS-AD, como atividades de oficinas de artesanato, de geração de renda, assim como promovia eventos comunitários e apoio aos usuários com ações de articulação intersetorial. Neste município não havia, ainda, o serviço do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas os psicólogos do CAPS II realizavam o matriciamento de todas as unidades de saúde da atenção primária, além de desenvolverem grupos terapêuticos mensais em todas as unidades.

O outro município estudado tinha em sua RAPS: 02 CAPS II, 01 CAPSi, 01 CAPS AD, 01 Serviço Residencial Terapêutico Municipal, 02 equipes de Consultório na Rua, 16 UBS com 28 equipes de ESF distribuídas e não completas e, igualmente, não contavam com equipe de NASF. No período de desenvolvimento da pesquisa, os serviços de saúde mental estavam em ampliação, havia o planejamento para equipes de Redutores de Danos, de Matriciamento, de Desinstitucionalização, de Oficinas Terapêuticas para a Atenção Básica e equipe para acompanhamento de processos judiciais ligados às internações compulsórias. Entretanto, no período de investigação do mestrado, tais equipes ainda não estavam formadas. Esse município também contava com uma associação de usuários da saúde mental, que havia sido fundada por usuários do CAPS-AD, e, na época de sua fundação, era aberta a toda a comunidade e aos usuários dos outros serviços da saúde mental. Todavia, essa associação não tinha mais funções comunitárias, nem a participação ativa de usuários. Ao longo dos anos, havia assumido a tarefa de contratação dos funcionários da saúde mental, o que a fez perder seu caráter associativo e de espaço para o protagonismo.

Ao todo, essa escrita de mestrado é resultado de encontros com os atores do campo da saúde destes dois municípios, ocorridos ao longo de 06 meses, de junho a dezembro de 2014. No primeiro município, descrito anteriormente, foram, ao total: uma conversa com o gestor municipal da saúde; três encontros conjuntos com as gestoras da atenção básica, saúde mental e conselho de saúde; dois encontros com a associação dos usuários; uma entrevista com a coordenação do CAPS II; uma vivência em reunião de grupo terapêutico na unidade básica de saúde; uma vivência em assembleia dos gestores da saúde e conselho de saúde com a comunidade; e a realização de quatro encontros do Grupo de Interesses. No segundo município, foram realizados três encontros em conjunto com o gestor municipal da saúde, a gestão da atenção básica e ESF; um encontro com a coordenação da associação dos usuários; vivência em um encontro do fórum de saúde mental; e a realização de três encontros do Grupo de Interesses.

A “entrada” nesses territórios, escolhidos e construídos, ia se dando de acordo com os encontros que a investigação produzia. De uma conversa surgia o convite para outro momento e, assim, eu ia seguindo os caminhos que os próprios atores iam me indicando. Apresentava que o rastro perseguido era o da participação e ia sendo conduzida: “aparece no grupo terapêutico da UBS!”, “vão conhecer a Associação de Usuários!”, “quem sabe tu participas do fórum de saúde mental”, “amanhã terá reunião com a comunidade, queres vir?”. Estes territórios não estavam lá, prontos, eles foram se construindo também de modo afetivo, pelos vínculos criados. Dos encontros, fui produzindo com os atores, pesquisando com eles os territórios. Territórios produzidos/escolhidos não só pela pesquisadora-viajante, mas também pelos atores que pesquisaram comigo, que foram me indicando as pistas certas, me conduzindo aos raios de sol e me mostrando os muros existentes.

2.2 Habitar e ser habitada: o hódos-meta

A questão investigada foi, então, compartilhada e problematizada com uma diversidade de atores ao longo deste processo. A questão inicial era esta: *Como é a participação dos usuários da saúde mental na atenção básica?* Questão verbalizada, ou apenas como roteiro virtual para minha atenção, produzia olhares de estranhamento, expressões de ironia, falas carregadas de desesperança, mas também, indicações de caminhos possíveis, relatos de vontades esquecidas, mas ainda vivas. Na aposta de produzir conhecimento sobre esse tema, através do método da cartografia, pude ir registrando os movimentos que se davam nesse sentido, compartilhando os afetos que surgiam de tão

“impensada” questão. Cartografar, segundo Alvarez e Passos (2012), implica acompanhar os processos, estar imbricado com a produção de subjetividade do território habitado, um processo de investigação que se dá encarnado na experiência estudada, não como um simples exercício de abstração sobre dada realidade.

Ao longo dos capítulos desta dissertação, tento tornar possível o “falar com” este território habitado, não um “falar sobre”, falo, aqui, daquilo que foi habitado num plano comum. Como referem Costa, Angeli e Fonseca (2012), pesquisar, nesse sentido, não é mais um saber sobre, mas sim, um “saber com”, um “dizer com”, pois se habita *com* os “sujeitos da pesquisa” um estado de coisas, um território. Pude experimentar, *com* os atores, os discursos que envolvem a questão da participação, sentir a potencialidade da experiência do usuário sendo dita, por eles próprios, aos que tradicionalmente “fazem a saúde” (trabalhadores). Segundo Passos e Barros (2012), o movimento de pesquisa produz um campo implicacional, uma dinâmica de relações que não se dá pelas formas bem definidas, como pesquisador-pesquisado, mas por um plano de forças que mutuamente afeta e produz conhecimento. Todo o conhecimento se produz, assim, num campo de implicações cruzadas, num jogo de forças que inclui valores, interesses, expectativas, desejos, crenças, etc. A cartografia se dá pela análise das implicações coletivas, consideradas sempre locais e concretas, e esta análise já produz transformações neste campo. Falamos aqui de implicação, da afetação que se produz pelo encontro, no sentido de força inconsciente institucional que nos atravessa e vai constituindo os nossos valores, interesses, expectativas, não de uma implicação consciente ou intencional dos sujeitos ou do pesquisador (LOURAU, 1993 e 2004). A cartografia como método se inscreve no modo pós-moderno de produzir conhecimento. Entende-se que o modo de conhecer da modernidade assentava-se (e ainda o faz) na ideia de representação, num conhecer à distância, através do isolamento do outro chamado objeto, que é descrito como realidade independente, como verdade. Num modo de conhecer sustentado pelo paradigma da pós-modernidade, há o privilégio do que é próximo em detrimento do que é “real”, quanto menor a distância, maior o saber, mais real e concreto é o conhecimento (SANTOS, 2013).

Para carregar a escrita com as afetações dos encontros, produzo narrativas encarnadas, que comportam o que é possível e o que é devir nos movimentos de protagonismo dos “usuários”. As utilizo sem a pretensão de representar detalhadamente o processo da pesquisa, ou de exercer uma minuciosa análise a fim de descobrir elementos “ocultos”. Considero-as produtos do que foi vivido, que possibilitam a habitação dessa realidade nos municípios pesquisados. A narrativa, como dispositivo de registro, a partir da ferramenta metodológica da cartografia, é compreendida, aqui, como um modo de transmissão, que alcança o status de

acontecimento. Nessa dissertação, me utilizo de narrativas, concebendo-as conforme as define Blanchot (2005, p. 8):

(...) o caráter da narrativa não é percebido quando nele se vê o relato verdadeiro de um acontecimento excepcional, que ocorreu e que alguém tenta contar. A narrativa não é o relato do acontecimento, mas o próprio acontecimento, o acesso a esse acontecimento, o lugar aonde ele é chamado a acontecer, acontecimento ainda por vir e cujo poder de atração permite que a narrativa possa esperar, também ela, realizar-se.

No processo de cartografia do território vivo, habitado, produzir narrativas foi produzir modos de dizer, produzir realidades e acontecimentos daquilo experimentado. Gilles Deleuze e Félix Guattari, ao lançarem esse modo de conhecer que está atento ao campo das forças e não apenas das formas, inventam um modo de acesso aos fenômenos sócio-históricos, sob a ótica da complexidade, a partir da análise de processos de subjetivação coletiva. Contribuíram, assim, com a criação de um conjunto de conceitos que operam uma abertura discursiva na produção de conhecimento, uma crítica às ciências tradicionais, as quais se produzem por lógicas duais, em explicações do tipo “causa-efeito” (AMARANTE, 2009). Estas novas concepções não se restringem a explicar a vida, se interessam por produzir novas formas de vida, considerando a multiplicidade das transformações do mundo e os efeitos disso nas nossas formações subjetivas. A proposta da cartografia é de ser um meio para acompanhar esses processos, tendo como horizonte que a produção de conhecimento é também produção de realidade, de subjetividade (ALVAREZ; PASSOS, 2012).

Cartografar é subtrair aquilo que insiste no território já conhecido, para produzir novas combinatórias territoriais (COSTA; ANGELI; FONSECA, 2012). Subtrair o que insiste em ser verdade, para que o novo se apresente como realidade, se dá pela ampliação do olhar, em direcioná-lo ao não dito, ao não evidente, para o que ainda é virtualidade. Produzir conhecimento, nesta perspectiva, torna-se um ato à compreensão das linhas de força que compõem a vida, investimento na sua dimensão positiva, na sua multiplicidade, através de uma leitura micropolítica dos acontecimentos. O processo cartográfico se expressa no acompanhamento da produção de desejo, das linhas de força, da transformação dos modos de viver. Questionando a noção de verdade absoluta, abre-se ao que é possível e impossível, “O corpo visível mostra as forças invisíveis pelas marcas que elas deixam nele, e tornando-as visíveis ele as potencializa e eleva a um nível superior, vital” (PELBART, 1989, p. 104).

Para cartografar o que não é visível, é necessário abrir-se ao campo de forças expresso nos discursos, nas rotinas, nas condutas próprias dos territórios existenciais, nos afetos que surgem dos encontros da pesquisa. É preciso atenção aos modos de produção de

subjetividade, atenção ao espaço de produção do desejo. A subjetividade mostra-se como algo produzido no e pelo coletivo e não como algo de domínio de um corpo individual ou de uma “interioridade”. A subjetividade se forma a partir dos jogos institucionais aos quais estamos sujeitos, produzida como matéria de expressão disponível, que vai subjetivando os nossos modos de ser e estar no mundo. Cartografar é acompanhar os processos de produção de subjetividade, um mapeamento dos fluxos e forças que pedem passagem, é “dar língua aos afetos” (ROLNIK, 1989, p. 48). Barros (2009) também define subjetividade como aquilo que emerge do coletivo, entendida como multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, não se trata de um somatório de pessoas, mas consiste em algo impessoal que se expressa nos modos de ser, nas relações e configurações sociais. Essas formações coletivas revelam-se como intensidades pré-verbais, que estão mais próximas da lógica dos afetos, da lógica dos signos que transbordam às linguagens.

A cartografia proposta pelos filósofos da diferença tem sido adotada no campo da produção de conhecimento sobre a saúde, principalmente no Brasil, como metodologia para a pesquisa e para a prática clínica. Em recente publicação institucional, o próprio Ministério da Saúde, ao compartilhar o acúmulo de conhecimentos em saúde mental na atenção básica, se utiliza de experiências em que a cartografia é a ferramenta para o trabalho no campo da saúde (BRASIL, 2013). A cartografia é entendida como ferramenta que permite estudar as redes de saúde, os fluxos entre os trabalhadores, que permite entrar em contato com os processos micropolíticos do território. Assim consideram esta ferramenta para a prática clínica:

A cartografia se propõe a captar não apenas o momento, mas o movimento com que se produz o cuidado, uma avaliação que pega não apenas a foto, estando mais próxima de um filme, que demonstra a dinâmica dos acontecimentos, seu desenvolvimento e o modo como se produziram nos cenários de prática do cuidado. Assim, buscam-se revelar as formas de expressão do trabalho, das tecnologias de gestão do cuidado, do encontro entre trabalhador e usuário, os *afetos* que circulam entre os sujeitos em relação (BRASIL, 2013, p. 45).

Por não se sustentar nas dicotomias existentes, é um modo de conhecer e de dizer que se desenvolve numa perspectiva diferente do modo hegemônico de pesquisar, sem a pretensão de encaixar o objeto naquilo dado *a priori*. No objetivo desta pesquisa é, por exemplo, o estudo do modo de ser usuário para além deste papel já dado, o de “usuário”.

Ao habitar um território com a intencionalidade de conhecer a complexidade dele inerente precisa-se igualmente complexificar as vias do conhecimento, em meu processo, não objetivava realizar uma análise minuciosa dos espaços de participação, não que estes não pudessem me dizer de seu funcionamento, mas interessava compreender a participação não

capturada pela rigidez de uma instituição própria, era preciso cartografar o modo como a participação se produzia no plano territorial das redes, das relações entre os atores, entre quais possíveis ela se fazia.

Dos encontros produzidos pela pesquisa emergiram concepções sobre o modo de ser usuário na saúde mental, sobre as relações estabelecidas entre os serviços e os usuários, e pude voltar os meus sentidos ao que era passível de potencialização da participação. A heterogeneidade dos encontros possibilitou o “desfocar” de minha atenção, fui criando caminhos para a investigação, caminhos surgidos de acordo com a singularidade de cada município. Como afirmam Alvarez e Passos (2012), o cartógrafo guia-se sem metas preestabelecidas, dotado de uma atitude de espreita (*ethos* da pesquisa); o caminhar (*hódos* da pesquisa) vai se fazendo no processo, para que seja possível o encontro com a alteridade e não o encontro com o que já se supunha *a priori*. O tema da participação foi se apresentando de maneiras diferentes nos discursos dos atores e no habitar dos territórios, sendo possível narrar esse processo a partir de uma multiplicidade de olhares.

Nesse sentido, pesquisar exige uma postura “lateral”, um “pesquisar com” e não um “pesquisar sobre”, o mundo pesquisado é coabitado, compartilhado por pesquisador/pesquisado, inevitavelmente estão em relação, se afetam mutuamente, produzindo o que os autores chamam de plano comum, habitam um território existencial, habitando e sendo habitados por uma multiplicidade de signos já existentes ou em vias de existir. Através desse modo de conhecer pretende-se que as linhas de força, as que guiam a vida cotidiana, sejam libertadas das formas unitárias e totalizantes, para que, destas, proliferem ações políticas, pensamentos, desejos mais livres (PELBART, 1997).

Traduzir, falar sobre os fluxos de signos presentes nessa relação de pesquisa exige outra forma de expressão, que não a tentativa de representar o objeto como uma fotografia com contornos delimitados, é preciso inventar o narrar da experiência em questão, um narrar que não delimite papéis fixos, como aquele que conhece e aquilo que é conhecido. A narrativa comporta acontecimentos que escapam às formas do tempo cotidiano e ao mundo da verdade habitual, “talvez de toda verdade” (BLANCHOT, 2005, p. 9). Cartografar é também um narrar, ambos são meios que seguem os mesmos nortes, não se comprometem a retratar verdades, mas o escape delas. Segundo Foucault (2006), a escrita é como um trabalho do pensamento sobre ele mesmo, como um trabalho sobre a realidade, se faz em um movimento de elaboração dos discursos e verdades dos momentos racionais de ação e transforma os discursos e verdades recebidas em um *ethos*: “Como elemento de treinamento de si, a escrita tem, para utilizar uma expressão que se encontra em Plutarco, uma função etopoiética: ela é a

operadora da transformação da verdade em ethos” (FOUCAULT, 2006, p. 147). A narrativa, ao ser um modo de dizer que consegue escapar do tempo e da verdade, sendo um acontecimento, é a expressão de um encontro, é o encontro em si, é o acesso à dinâmica da realidade. Ao carregar outro tempo, é ela a passagem do real ao enigmático, o movimento que faz essa passagem, o tempo de percorrer este espaço e suas distâncias. Ela se dá, então, por esse movimento de transformação, presentifica a metamorfose, transforma aquele que escreve e, na mesma medida, a narrativa, e tudo o que está em jogo, num certo sentido, transforma essa passagem (BLANCHOT, 2005).

O processo de produção da escrita pode ser entendido como um processo de digestão, onde transformamos o que vemos em outros elementos, quando passamos a ser também aquilo que vivemos, “a escrita transforma a coisa vista ou ouvida em forças e em sangue” (FOUCAULT, 2006, p. 152). Desse modo, tento, através das narrativas e combinações conceituais, transformar em linguagem o infinito experimentado. O tema da participação foi se produzindo em paisagens “encharcadas” de afetos, paisagens transformadas por combinação. Fez-se na multiplicidade que habita os encontros.



Círculo de
Artes Plásticas
de Coimbra

18

o meu corpo é o teu corpo o meu corpo é o teu corpo

o meu corpo é o teu corpo o meu

3 EM BUSCA DE UM TERRITÓRIO CUIDADOR

A prerrogativa da participação dos usuários no campo da saúde se inclui nesse novo projeto para a saúde, o SUS. Responde ao processo de redemocratização do país, que incluiu, nas instâncias governamentais, a participação da sociedade em diferentes áreas e políticas públicas. Para consolidar o projeto democrático do SUS, as redes de cuidado em saúde precisam se articular com os seus territórios, possibilitando, assim, que o território assuma o seu cuidado em saúde. No que compete ao campo aqui investigado, significa que tanto as equipes de saúde mental como as de atenção básica precisam se articular em prol da potencialização da participação dos usuários. Incluir nas redes de saúde as singularidades territoriais é ainda um desafio cotidiano, pois envolve os múltiplos atravessamentos que estes espaços de atenção sofrem. Denomina-se aqui de *atravessamentos* as próprias condições territoriais, seus elementos, sócio-políticos e econômicos. Mais que um espaço de atuação dos serviços de saúde – um campo de formas, o território, como aqui o estamos entendendo, é, também, um campo de forças.

Buscar um território cuidador é sempre uma tarefa singular, dependente do modo como esses campos se coproduzem no tecido social. É sobre o modo como o princípio da participação em saúde ressoa no cotidiano das práticas de saúde mental e se concretiza nos territórios existenciais dos atores da saúde que este capítulo se debruça.

3.1 Por qual porta entrar?

Chego ao CAPS um pouco mais cedo do que o combinado, mais um dia em que sou acompanhada pelo frio e pela chuva. A equipe ainda estava em reunião, eu não sabia, e, ao ver a porta, tento entrar, está trancada. Vejo a equipe pela janela, eles também me veem, vejo outra porta, tento e igualmente trancada, o constrangimento me enrubesce, será que vou embora? A psicóloga que me viu pela janela, pede para que eu faça a volta pelos fundos. Entro pela cozinha, por uma porta que, por sinal, não tinha fechadura e estava escancarada. Entro no CAPS, sento. A minha frente, um corredor, algumas salas com placas de identificação: “coordenação”, “sala de consultas”; “banheiro dos funcionários”. Abaixo desta última placa, uma folha de papel colada, aviso em letras garrafais: “SOMENTE FUNCIONÁRIOS”. Supus que a ênfase era um alerta aos que insistiam em ser iguais.

Havia uma funcionária a transitar por ali, única a não estar em reunião, limpava o chão a minha frente, talvez, diferente dos usuários do serviço, ela não tenha insistido em ser igual.

A reunião acaba, enquanto eu aguardo ser chamada, uma menina com algumas caixas de remédios e um tablet, conversa com uma mulher, ia lhe entregando caixas de remédios e comentando sobre eles, novos remédios e uma prática que não me causou surpresa: já vi acontecer trocas entre psiquiatras e representantes de laboratórios em outros CAPS.

*Sou chamada e apresentada à coordenadora do serviço, uma enfermeira, que embora tivesse uma expressão cansada, se mostrou afável. Conto a ela da pesquisa em desenvolvimento no município e da minha pesquisa de mestrado, em que problematizo a participação dos usuários da saúde mental na atenção básica. A psicóloga, também presente, comenta com a colega que já havia me dito que eu “ia me decepcionar, porque essa participação é algo que não existe ali”. A coordenadora vai, então, me dizendo que não sabe como me ajudar, pois fica mais dentro do CAPS, “fazendo costuras” dali com os outros serviços. Diz não conhecer o controle social, nem os serviços de atenção básica, logo, não tem muito a contribuir. Insisto um pouco, como a participação dos usuários poderia se dar? Ela me responde que houve um tempo em que os usuários faziam assembleias, e até existia uma associação, mas isso foi se **perdendo**, hoje um dos grandes entraves para o protagonismo é os benefícios por doença. Ambas contaram que muitos pacientes pioram em época de perícia, às vezes, de modo consciente, outras de forma inconsciente, como se o temor em perder o benefício impedisse movimentos protagonistas: “A gente começa a estimular o paciente a fazer outras coisas, e ele vai melhorando, aí chega à época de perícia, todos pioram, é incrível, todos regridem.”, diz a psicóloga. Contam que a assistente social do CAPS assumia mais o papel de estímulo à participação, para que eles se associassem, mas os usuários se articulam pouco, têm pouca vontade. Nas decisões no interior do serviço, os técnicos planejam os grupos e oficinas, depois os usuários são consultados, podendo dar opiniões e escolhendo se participam ou não, mas não há mais assembleias.*

Apesar do “risco de decepção”, ainda insisto sobre a questão principal, com relação à participação dos usuários nas decisões de organização e planejamento dos serviços de atenção básica, se faz unânime: “é quase impensável”, há “pouca vontade dos usuários”, “são inexistentes dispositivos de participação dentro dos serviços”. Sou, então, convidada a conhecer alguns grupos terapêuticos das unidades e levar essa questão aos usuários.

Cartografando o território deste estudo, foi possível vivenciar o quão difícil é produzir redes de saúde democráticas, em que a comunidade seja chamada a construir conjuntamente a rede de atenção à saúde. Ao integrarem a Rede de Atenção Psicossocial os serviços de atenção primária à saúde e de atenção à saúde mental devem ofertar um cuidado psicossocial

articulado. Cada município e estado precisa implantar e desenvolver a sua RAPS, promovendo a territorialização do cuidado psicossocial. A RAPS precisa, então, desenvolver-se em consonância com os princípios das Reformas. Em uma rede de saúde em que o princípio da participação da comunidade local no seu planejamento é “impensável” ou “não existe por ali”, por qual porta entrar?

Talvez, diferente do contexto de início das reformas, a participação social no campo da saúde, como um todo, não se apresenta mais como uma preocupação cotidiana. Nos serviços de saúde pesquisados por este estudo essa hipótese se deu como realidade. Righi (2005) considera que quando os serviços de saúde trabalham com fraca articulação comunitária, a rede acaba por configurar-se mais como uma rede que simplesmente “presta” serviços, e os usuários restritos à condição que lhes cabe, a de estabelecer uma relação utilitarista com os serviços. Nesse sentido, cabe a indagação, que tipo de participação as redes de saúde têm produzido?

É, também, possível compreender, no discurso das técnicas, que a organização do serviço foi transformando-se com o passar do tempo, a assistente social que incentivava a participação não está mais lá. Algo aconteceu, também, no território em que as redes se produzem, foi modificando-se com o passar do tempo. As assembleias acabaram, a associação acabou. Houve um movimento territorial, talvez, que foi produzindo efeitos sob o campo da participação, a qual foi, aos poucos, **se perdendo**. Quando as técnicas me convidaram a ir até um grupo terapêutico que realizam na atenção básica, aceitei o convite, e no encontro com o grupo, também lá, naquela unidade de saúde, contaram-me que já havia existido um conselho de saúde local, mas que não existia mais.

No processo de investigação como um todo, a articulação da RAPS mostrava-se frágil, e como resultado era possível perceber uma marginalização do tema da participação dos usuários. As relações entre os serviços de Atenção Básica e os CAPS eram difíceis, ora se davam pelo esforço dos trabalhadores em manterem ações conjuntas mesmo sem condições de recursos humanos para isso, ora as relações se davam de modo hierárquico e dividido em núcleos profissionais. A participação que ficava à margem, característica de quase todos os encontros da pesquisa, era, assim, um efeito de um modo de organização do trabalho dos serviços, visível na seguinte fala de um usuário do CAPS-AD (num encontro do GI): *“Hoje o trabalho é números e meta, não tem mais a preocupação com a qualidade, eu acho que tem que conhecer primeiro o usuário, o cachorro dele...”*. A organização do trabalho na Atenção Básica, para desenvolver as ações de cuidado, também se mostrou precária, como na fala-denúncia de uma Agente Comunitária de Saúde: *“No grupo de convivência semanal, somos*

nós, as ACS e as usuárias que pagam os materiais pra ter o grupo”.

Santos e Campos (2014) diagnosticam a falta de um real planejamento da descentralização da saúde no Brasil, o que diante da dimensão do território brasileiro e de sua pluralidade, tem tido efeitos paradoxais. Há experiências exitosas em municípios com contexto favorável, mas, também, fragmentações do sistema em outros municípios. A ocorrência de uma fragmentação do SUS nos municípios vai contra todos os princípios reformistas do movimento sanitário inscritos na sua legislação, produz iniquidade, desigualdade e compromete a sustentabilidade e credibilidade do sistema.

Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e estado e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes. Formava-se uma nova torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar esses pedaços do Estado com grande grau de autonomia de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliado? (SANTOS; CAMPOS, 2014, p. 3).

Righi (2005) aponta que o processo de descentralização, em muitos casos, funcionou como um processo de municipalização, com investimentos financeiros insuficientes. Os municípios ficaram isolados na organização e gestão das redes de saúde, o que contribuiu para que numa mesma região houvesse acentuadas desigualdades. A falta de investimentos em recursos humanos e materiais são apontados em pesquisas (TRINDADE; PIRES, 2013; DIMENSTEIN et al., 2005; DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013) como o principal fator a enfraquecer os princípios de descentralização e integralidade da atenção à saúde. O desconhecimento dos princípios e diretrizes do SUS pelas gestões locais e pelos próprios serviços também é igualmente apontado como componentes que fragilizam o cuidado. O fortalecimento da integralidade da atenção à saúde passa também pela materialização de uma rede de saúde mental alicerçada no território, com o agir coletivo na produção de cuidado, um agir pautado por princípios ético-políticos. Enfatiza-se a necessidade do desenvolvimento de modelos de atenção integral baseados na produção social da saúde, voltados para a intersetorialidade e para o reconhecimento das comunidades como atores dentro do sistema, com participação no campo do planejamento e controle sobre os serviços. Dimenstein, Lima e Macedo (2013) destacam, também, que o excesso de demanda deixa pouco tempo para momentos de discussão dos determinantes sociais do território ou para problematizar a realidade vivenciada. A consequência mais direta disto é a dificuldade de que as equipes avancem na reorientação das práticas e no trabalho de estímulo à participação popular e ao controle social.

A narrativa que inicia esse capítulo indicou a percepção das trabalhadoras de que não haveria “vontade” de participação por parte dos usuários. Já em outros espaços de conversa a “vontade de participar” não se mostrava tão impensável, como no grupo terapêutico da unidade de saúde, em que um dos participantes relata como entende a participação: *“É que nem quando eu fui professor de 8 estagiários de engenharia e arquitetura, eu não sabia, não tinha estudo, mas eu ensinava eles na obra, passava a experiência pra eles”*. Nos encontros do GI, as discussões também possibilitavam trocas entre os atores da saúde, promovendo, inclusive, momentos interessantes em que os usuários iam aconselhando os trabalhadores, como nesta fala de um usuário dirigida a equipe da unidade a que ele se referenciava: *“Vocês podiam colocar essas ideias, as coisas boas, pra outras unidades, pra inspirar, fazer uma integração entre as unidades, passar para o secretário pra que isso aconteça.”*. Naquele espaço de discussão conjunta sobre a relação entre a saúde mental e a atenção básica, também os usuários diagnosticavam os problemas: *“O meu momento de alta foi quando o CAPS me fez mais mal do que bem. Esse momento tem que existir, e tem que ser na AB. Tu não está ali pra ficar a vida inteira, nem pra te aposentar, o CAPS não te passa a mensagem que tu tem que sair um dia, e a UBS não tá ali pra te acolher”*. Também nesse sentido, outro usuário argumenta: *“A alta precisa existir e tem que ter o vínculo, o vínculo nunca pode se perder, não pode desvincular do posto”*.

Na presente investigação, observaram-se modos de organização da RAPS que operavam a manutenção dos processos de trabalho com foco nos encaminhamentos, no isolamento entre os serviços, com práticas sufocadas pela demanda excessiva de informações (formulários e relatórios). Quando identificadas estas situações, nos encontros dos Grupos de Interesse, os usuários presentes nas discussões pensavam junto soluções para as problemáticas apresentadas, os atores iam encontrando saídas como a apresentada acima, mais próximas do que era possível naqueles territórios. Operar aberturas para a participação na RAPS mostrou-se como um modo de compartilhar com o território a responsabilidade pelo seu cuidado. Para descentralizar a atenção à saúde, é preciso descentralizar as práticas, os domínios dos saberes, operar um compartilhamento dos conhecimentos com o território, a fim de que este consiga sustentar o seu cuidado. Esse compartilhamento das responsabilidades com os territórios diminui as demandas. Quando se fala em *territórios*, é preciso destacar que aqui a noção de território assume diferentes sentidos, podendo se dar como pluralidade de domínios.

Milton Santos (2005) concebe o território como um híbrido, que está em contínua transformação, mas com a tarefa permanente de ser o nosso “quadro de vida”. É a partir das relações, das organizações geográficas, políticas, sociais e econômicas que os territórios se

formam. O entendimento do nosso plano territorial, deste nosso “quadro de vida”, é fundamental “para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro” (SANTOS, 2005, p. 255). O autor identifica no funcionamento do território a produção de dinâmicas horizontais e verticais, as horizontalidades territoriais dizem de um domínio dos arredores, uma continuidade territorial formada pelas vizinhanças existentes. Já as verticalidades são formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados pelas formas e processos sociais.

Nesse sentido, as redes de cuidado em saúde podem se dar, ora como horizontalidade, que vão integrando os pontos do território, ora como verticalidade, nas normativas e nos programas que incidem no território, por não serem planejados a partir das demandas e características locais. Sobre isso, Righi (2005) sinaliza que um dos efeitos da implantação de redes homogêneas, da simples reprodução de modelos de redes de saúde, sem a devida troca com o seu território, é a burocratização das relações. Outro efeito que redes homogêneas produzem é a burocratização dos espaços de participação da comunidade, que acaba por impossibilitar as inovações locais, as soluções criativas para os problemas cotidianamente enfrentados. Para o trabalho em saúde alcançar os seus princípios universalizantes e generosos, promulgados pelo SUS, a noção ampliada do território é fundamental. Isso significa que as redes não podem se limitar ao contorno físico ou apenas ao espaço geográfico, tendo a incumbência de construir o cuidado com o espaço habitado, o território vivo, marcado pela subjetividade, pelas relações afetivas, sendo importante considerar como território o conjunto dinâmico de elementos que flui e pulsa, como as relações que os sujeitos e instituições estabelecem (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

As redes de cuidado em saúde, ao habitarem os territórios e se fazerem pelos seus elementos, coexistem com multiplicidades além de seus domínios. No percurso desta investigação, a participação dos usuários da saúde mental na produção de saúde, a inclusão do seu saber no campo da atenção primária, não se apresentava como uma diretriz política do fazer saúde reconhecida pelos seus atores. Era esta a “verdade” posta nos encontros desde o início, foi isso que insistiu nas redes investigadas. Entretanto, para que o princípio da participação consolide-se através de um território cuidador, precisamos compreender e insistir em problematizar a responsabilidade da rede de atenção psicossocial na produção de territórios existenciais.

3.1.2 Os ritornelos do plano territorial

O território, além de espaço para composição das redes, pode também ser entendido como um plano de nossa existência. Ser trabalhador, ser usuário, ser gestor, ser comunidade é demarcar um domínio de atuação, é habitar um território existencial.

O território é primeiramente a distância crítica entre dois seres de mesma espécie: marcar suas distâncias. O que é meu é primeiramente minha distância, não possuo senão distâncias. Não quero que me toquem, vou grunhir se entrarem em meu território, coloco placas. A distância crítica é uma relação que decorre das matérias de expressão. Trata-se de manter à distância as forças do caos que batem à porta. *Maneirismo*: o *ethos* é ao mesmo tempo morada e maneira, pátria e estilo (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 111).

Deleuze e Guattari descrevem o território privilegiando seus sentidos e modos de expressão, entendido a partir de seu conjunto de procedimentos. Expressões processuais, expressões territorializantes, concretas e subjetivas, “o território é antes de tudo, lugar de passagem” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.132). As expressões que *passam* nos territórios, se congregam num *ritmo territorial*, que vai produzindo os modos de vida. Para esses autores, a formação territorial se explica por essa expressividade,

Há território a partir do momento em que componentes de meios param de ser direcionais para se tornarem dimensionais, quando param de ser funcionais para se tornarem expressivos. Há território a partir do momento que há expressividade do ritmo (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 121).

O território não é apenas ações e funções, para estes teóricos, é *ethos*, morada e estilo. O território se mostra nos seus “personagens rítmicos” e nas suas “paisagens melódicas”. O *ethos* é o território existencial em processo constante de produção e transformação. A formação do ritmo do território existencial se dá por ritornelos, outro conceito dos autores, que nos ajuda a pensar o território existencial habitado pelos “usuários da saúde mental”.

No encontro com o CAPS, foi possível perceber signos, elementos que indicavam territórios de domínio, como a placa no banheiro que grita “SOMENTE FUNCIONÁRIOS”, são marcas que falam de um espaço, que dizem do modo como alguns princípios da Reforma Psiquiátrica vão integrando os territórios. A formação do território, de suas relações, se dá por rizoma, não há uma estrutura ou uma previsibilidade de sua formação, há elementos heterogêneos que se agenciam. O território pode ser também entendido como um ato que afeta, como expressão, uma assinatura com constância temporal e alcance espacial, que se apresenta como marca (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Para os já referidos autores, o território é considerado uma assinatura expressiva, que comporta ritmos, não sendo da ordem de uma identidade, mas da ordem da formação de um certo domínio. Essa assinatura expressiva se encarna em condutas, não podendo, no entanto, ser explicada por estas. Desse modo, é como se o ritmo do território se encarnasse nos sujeitos, algo que “faz dançar”, mas não se explica pela “dança”.

Há uma autonomia da expressão. Assim, inverte-se a análise, não são as condutas que determinam a formação do território, elas são efeitos dos signos expressivos característicos de dado território, as condutas expressam o que há no território, exprimir não é pertencer, as condutas são efeitos do ritmo. Rolnik (1989) refere que, enquanto estamos vivos, não paramos de nos encontrar com corpos, humanos ou não, que nos tornam outros a partir destes encontros. Esses encontros implicam em atrações e repulsas, ali surgem afetos, fluxos de intensidades invisíveis, ilimitadas e inconscientes, que nascem entre os corpos. Estes afetos são incontroláveis e escapam, trançando o que ela denomina de devir, um “vir a ser” no campo social. É possível que esses territórios existenciais digam de nosso roteiro de circulação no mundo, aquilo que sentimos como reconhecível, familiar, que é finito, que está sempre a se constituir, pois há sempre afetos surgindo; os territórios são as diretrizes para a nossa consciência “pilotar os afetos” que surgem dos encontros, aos quais estamos sempre vulneráveis.

Podemos inferir que as “condutas” conhecidas nos encontros da pesquisa dizem de um domínio territorial, de um domínio existencial daqueles sujeitos. Os usuários apresentavam uma dinâmica no serviço substitutivo, tinham um ritmo, criavam um território existencial. Uma atitude mais protagonista significaria uma desterritorialização, sairiam da condição de “doentes” e assim, estariam aptos a assumir outro ritmo, outra conduta, talvez insuportável.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores da saúde igualmente habitavam um domínio, às vezes, o de “fazer costuras de dentro do serviço”, o de “ser funcionário apto a usar outro banheiro”, o de “esforçar-se para dar conta de todo município”. O *ethos* dos usuários destoava, então, do *ethos* do trabalhador e, talvez, ambos destoassem de um *ethos* protagonista.

Nos territórios existenciais o espaço-tempo é como um bloco de forças criado a partir do caos, elementos que se mantêm sob o caos e estão abertos ao caos. O ritornelo é o agenciamento, que vai transformando o caos em ritmo, ligando os espaços-tempo. O ritornelo é a produção de uma harmonia extraída do caos (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

O ritornelo tem os três aspectos, e os torna simultâneos ou os mistura: ora, ora, ora. Ora o caos é um imenso buraco negro, e nos esforçamos para fixar nele um ponto frágil como centro. Ora organizamos em torno do ponto uma "pose" (mais do que uma forma) calma e estável: o buraco negro tornou-se um em-casa. Ora enxertamos uma escapada nessa pose, para fora do buraco negro (DELEUZE; GUATTARI,1997, p.102).

O movimento de desterritorialização, que é mudança e transformação, se dá por estas forças do ritornelo, que vai germinando o novo nos territórios espaço-tempo. Da sua fragilidade, do próprio movimento de embate de forças, o território conhecido se esburaca, se deixa vaziar, se põe a recriar-se. O ritornelo diz de um movimento que extrai do caos um ritmo, que de início, assegura um espaço-tempo, capaz de preservar forças de criação, e que num *continuum* sustenta o movimento de desterritorialização.

O ritornelo vai em direção ao agenciamento territorial, instala-se nele ou sai dele. Num sentido geral, chamamos de ritornelo todo conjunto de matérias de expressão que traça um território, e que se desenvolve em motivos territoriais, em paisagens territoriais (há ritornelos motores, gestuais, ópticos, etc.). (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 115).

O ritornelo tem, portanto, um papel territorial, vai agenciando os territórios. Agenciamento territorial, cósmico, subjetivo, importante de ser ouvido e apreendido na sua movimentação, na sua potência transformadora. Desse modo, “O ritornelo pode ganhar outras funções, amorosa, profissional ou social, litúrgica ou cósmica: ele sempre leva terra consigo, ele tem como concomitante uma terra, mesmo que espiritual” (DELEUZE; GUATTARI,1997, p. 102). Ao conhecer o grupo terapêutico da unidade básica de saúde, outros territórios de domínio dos usuários se apresentaram. Lá, a maioria dos usuários ocupou o tempo do grupo relatando os efeitos colaterais das excessivas medicações, e sem questionamentos sobre o uso excessivo, apenas lamentavam a difícil condição de serem “doentes”. Talvez o mundo do trabalho, no seu modo de organização, tenha se esgotado para alguns usuários do CAPS. Talvez o excesso de medicação no cuidado primário, esteja esgotando as potencialidades para o protagonismo.

O modo de organização do trabalho em saúde vai criando ritmos que se encarnam na conduta de seus atores, ritmos que, ao que fora observado, acabam colocando os projetos igualitários e de protagonismo num plano secundário. A assinatura expressiva, o território existencial experimentado indicaram a dificuldade dos serviços ouvirem as linguagens de outro espaço-tempo. Talvez a “evidência” enunciada pelas trabalhadoras do CAPS como “pouca vontade de participar dos usuários”, estivesse ligada a uma necessidade de ampliação da escuta pela rede, das múltiplas linguagens produzidas nos territórios.

De que modo, então, possibilitar a experimentação em outros domínios? Não pode a RAPS produzir-se alheia aos sons, alheia às vibrações, como no desabafo da coordenadora do CAPS, que não conhece o controle social, nem os serviços de atenção básica, então, “*não tem muito a me dizer*”. No plano de domínio das políticas, de que modo a democracia tem incidido? De que modo os dispositivos do campo da saúde têm respondido à ordem democrática?

Espaços de participação podem oferecer um compartilhamento das funções territoriais, um compartilhamento de experimentações outras que não apenas a morada e o estilo criados no interior dos serviços. É preciso, no entanto, se atentar para aquilo que envolve a sustentação destes espaços, o seu método, o seu tempo, os seus atores. A partir dessa atenção, espaços de participação na RAPS poderiam ser como *incubadoras* de outros ritmos para os seus territórios.



4 SOBRE O DESEJO DE “PARTICIPAR” NAS TEIAS DO CAPITALISMO

Para o usuário vir participar, acho que é preciso convidar ele, mas fazendo ele sentir que é importante, que a participação dele é importante. E dá pra fazer um convite com algumas perguntas: o que você acha da saúde mental na atenção básica? O que você acha do atendimento da sua unidade? (Membro da Associação de usuários - sobre o modo como iríamos chamar os usuários para participarem da pesquisa).

A fala do usuário acima expressa algo que poderíamos entender como esperado em um processo de participação, entretanto, na presente experiência de investigação, a necessidade de que o campo da saúde mental e da saúde em geral concebesse a contribuição dos usuários na sua devida importância mostrou-se como um dos principais desafios da participação em saúde. De início, é preciso considerar que a ativa participação da sociedade na elaboração e no planejamento das políticas e dos serviços públicos responde a um modo de organização política: a democracia. O fato da participação comunitária não ser considerada na sua devida importância na esfera das políticas, é um efeito do modo como a democracia em si foi gestada na modernidade e como se perpetua na sociedade.

O projeto democrático, num plano macrosocial, tem vigorado sob a teoria política liberal, podendo ser considerado como modo de regulação política, que inclui o princípio de Estado, o princípio de mercado e o princípio de comunidade. A regulação, entre estes princípios, assenta-se no contrato social firmado entre Estado e sociedade civil. A partir do consentimento dos cidadãos e de sua obediência ao Estado, a segurança da vida, da propriedade e dos interesses particulares passam a ser a ele delegadas (SANTOS, 2013). A democracia do tipo liberal é uma adequação do liberalismo às reivindicações políticas e jurídicas dos movimentos de classes operárias do século XIX. O liberalismo reivindicava a igualdade individual ao contrário do privilégio hereditário de nobreza, prezava pela igualdade perante a lei e a igualdade de oportunidades, bem como, o direito de não interferência do poder do Estado na autonomia privada. A condição de cidadão, no entanto, deveria estar subordinada à propriedade privada. Nesse sentido, o status de cidadão devia ser concedido apenas aos proprietários, ou seja, só podia participar do processo político, aquele que detinha algum poder econômico. No liberalismo clássico, a participação do povo e da classe trabalhadora nos processos de decisão política poderia ser uma ameaça à ordem social e conduziria ao fim da propriedade (BISPO Jr.; GERSCHMAN, 2013).

A democracia orientada pelos princípios da teoria política liberal conseguiu restringir a cidadania civil e política ao exercício do voto, e qualquer outra forma de participação política dos cidadãos passou a ser excluída ou desencorajada. O contrato social, expresso na

representação democrática, assenta-se na distância entre representante e representado, além de conduzir subjetivamente a uma naturalização política: onde é natural existir Estado e indivíduos, e é natural estes se relacionarem pela ordem liberal, sendo também “natural” a existência de um Estado-provedor e a passividade política dos cidadãos (SANTOS, 2013).

Para Santos (2013), o desenvolvimento do mercado foi se dando em detrimento do desenvolvimento do Estado, e ambos em detrimento do princípio da comunidade. A teoria política liberal representa, nessa perspectiva, a total marginalização do princípio de comunidade, pois produz um conceito de cidadania pautada pela igualdade de direitos, mas sem considerar a desigualdade de condições. Na democracia temos direitos universais que excluem as particularidades do exercício da cidadania, bem como, exclui os grupos minoritários dos centros políticos. Os direitos e deveres por serem gerais e abstratos reduzem os sujeitos ao que neles há de universal, transformando-os em unidades iguais no interior das administrações burocráticas públicas ou privadas. Uma democracia de massa se forja e a igualdade cidadã é seletiva, deixa intocáveis as diferenças de propriedade, de raça, de sexo, entre outras. A igualdade da cidadania política é assim, meramente formal, pois declara como “não políticas” as distinções de nascimento, classe social, educação e trabalho (SANTOS, 2013). As abordagens democráticas, de um modo geral, caracterizam-se pela escolha de representatividades ou participação direta da população nas decisões que lhe dizem respeito. As principais características dos regimes democráticos são as eleições periódicas, a concorrência entre partidos, o direito de associação, a separação dos poderes e o respeito e garantia dos direitos individuais (BISPO Jr; GERSCHMAN, 2013).

Mesmo que de modo mais local, como, por exemplo, nos municípios, a participação apenas pelo voto produz uma implicação política de “adesão a distância”, que não requer por parte dos cidadãos mais nenhuma mobilização a não ser a dos momentos eleitorais, ficando a cargo apenas dos eleitos os assuntos de interesse dos eleitores (FEDOZZI, 2014). O processo puramente representativo caracteriza-se como um ato que desresponsabiliza a população com a construção do que é comum, pois individualiza a responsabilidade ao delegá-la a um representante. Um modelo baseado somente na representação tem os riscos de produzir práticas tradicionais, como: o corporativismo, o personalismo, o patrimonialismo-clientelar, a não incorporação de setores sociais mais vulneráveis, a ausência de pluralismo e o distanciamento entre representantes e representados. Desse modo, mesmo que se tenha uma “democracia representativa comunitária” esta pode incorrer num funcionamento semelhante ao de uma “democracia representativa convencional” (FEDOZZI, 2014).

Historicamente, a garantia de todos os direitos numa democracia é obstaculizada por sua relação com o sistema econômico global. As políticas econômicas marcam os projetos democráticos dos países, bem como sua capacidade de absorver ou não a participação social. Nessa perspectiva, um regime democrático, dificilmente, efetiva os seus ideais, até mesmo quando se trata de uma democracia mais participativa.

Para alguns autores (HABERMAS, 1987; SUBIRATS, 2005; SANTOS, 2013), a sociedade industrial, que serviu de base para a criação dos regimes democráticos, hoje assume outra configuração, que influencia diretamente os desenhos desses regimes. São cada vez mais raras e fugazes as relações produtivas em que há grande concentração de trabalhadores. O trabalho estrutura cada vez menos a vida das pessoas, o que transforma os vínculos sociais e a articulação entre os coletivos para a implicação em assuntos que transcendam o campo individual.

Habermas (1987), ao analisar um certo esgotamento das utopias no campo das lutas sociais, discorre sobre os limites encontrados pela proposta de Estado social que em sua constituição pretende alcançar um balanço entre democracia e capitalismo. Essa equação para o autor torna-se difícil, na medida em que produzir direitos sociais inibe os investimentos financeiros, os quais, justamente, se alimentam da exploração do trabalho e dos recursos de vida dos sujeitos. Além disso, o estado se coloca como mediador e protetor do capital, produzindo um apaziguamento das desigualdades de classe através dos direitos civis, da “igualdade” civil. Nesse projeto, a relação pacífica entre capitalismo e democracia deveria advir então da intervenção estatal, mas com os imperativos econômicos acaba sendo difícil a equação de garantir emprego como direito civil. Ademais, os instrumentos jurídicos-administrativos para implementar o projeto socioestatal não são desprovidos de significações, tem sim, refinados modos de normatização, regulamentação e controle dos modos de vida produzindo conflitos sociais, psíquicos e corpóreos não menos destrutivos. Há, assim, a contradição entre fins e meios, o projeto propõe a produção de formas de vida estruturadas igualitariamente e livres para autorrealização, mas a produção de novas formas de vida está para além do meio de poder do qual o Estado dispõe (HABERMAS, 1987).

Agrega-se a essa questão, a associação que Santos (2013) faz entre os interesses e as capacidades na pós-modernidade. O contexto moderno assenta-se na equação interesse = capacidade, quando se tem interesse na mudança, se tem capacidade para tal, atualmente essa equação já entrou em colapso. Por exemplo, mesmo a classe operária tendo o interesse em superar o capitalismo, já não parece ter mais capacidade, e se há a hipótese de ser possível essa mudança, já não há mais interesse.

O regime democrático assenta-se, então, na escolha de uma elite política para o governo, que são os representantes do povo, escolhidos pelo voto, elite a quem delegamos o poder de governar. O voto é o mecanismo de autorização e legitimidade do contrato social, a marca da cidadania, a democracia representativa do tipo liberal faz uma clara distinção entre a classe política profissional e os representados, o voto autoriza as elites escolhidas a conduzir as políticas de Estado. A limitação deste modelo de governo encontra-se no seu próprio procedimento de legitimação, a representação. Dificilmente os representantes conseguem atender às necessidades da população ou ao desejo coletivo. Essa configuração política pode ser considerada uma democracia de “baixa intensidade”, pois cresce o setor de excluídos políticos, e conseqüentemente, a sensação de inutilidade do exercício democrático. No regime democrático-liberal “Desigualdade e exploração socioeconômicas se perpetuam mesmo diante da garantia dos direitos universais” (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013, p. 12).

O risco da participação da comunidade nos processos de regulação do Estado é ainda uma marca da filosofia liberal no cenário político. A capacidade do povo influir nas decisões de governo é sempre limitada, pois há atravessamentos políticos, econômicos e sociais que compõem o campo da participação. Um regime democrático consegue legitimidade quando emana de uma aberta deliberação entre seus grupos, órgãos e representantes, entretanto, no contexto atual, a democracia, tal como descrita, vem sendo apenas um termo, uma palavra que, cada vez mais, explica menos da realidade política e social (SUBIRATS, 2005). Segundo Sintomer (2014), a Europa tem dado sinais de esgotamento de sua democracia representativa, que por algum tempo conseguiu atenuar a tensão com o capitalismo, mas que tem ampliado a lacuna entre o sistema político e os cidadãos. Já o Brasil apresenta inovações participativas que são inspiradoras.

No escopo das teorias democráticas, podemos falar em *democracias*. Apesar da democracia representativa ser dominante, há outras combinações que podem ampliar a influência da sociedade no âmbito democrático. A democracia representativa pode combinar-se com abordagens deliberativas e participativas e aproximar o princípio de comunidade de seu modo de regulação social. O Brasil é, atualmente, um exemplo na possibilidade de intersecção entre representação e participação social. Desde o período de redemocratização (anos 1980), a participação popular foi sendo instituída no campo político do nosso país, tendo sido uma tradição do nosso modelo democrático, o que nos permite afirmar que a nossa democracia se desenvolve na forma de democracia participativa (TEIXEIRA, 2013).

Teixeira (2013) afirma que as nossas instâncias participativas não são mais meros experimentos democráticos, são uma realidade do desenvolvimento político brasileiro. Pires e

Vaz (2012) reiteram que o Brasil tem sustentado, nos últimos governos, a participação social como método de gestão, criando diversos canais de interlocução social que teriam o potencial de promover maior inclusão e melhor aproveitamento dos recursos devido à adoção de métodos de consulta aos sujeitos e coletivos impactados com as decisões a serem tomadas.

No Brasil e na América Latina em geral, no período de transição democrática, surgiu uma nova constelação de organizações civis, que em conjunto com os movimentos sociais, provocaram a instituição da participação social nos modelos democráticos dos países latinos (HOUTZAGER; LAVALLE; ACHARYA, 2004). Assim, em nosso país, a inclusão da sociedade nas discussões e decisões sobre as políticas públicas tem conseguido firmar-se como configuração política desde o fim da ditadura, o que coloca o Brasil entre os países que desenvolvem uma democracia do tipo participativa (TEIXEIRA, 2013). Através da criação de espaços e canais de comunicação com a sociedade, esse modo de governo tem a pretensão de compartilhar o poder político com os atores sociais, produzindo dispositivos capazes de empoderar os sujeitos para o exercício de sua cidadania.

A Constituição brasileira de 1988 iniciou o processo democrático no Brasil e o processo de descentralização administrativa, produzindo mudanças significativas nas relações entre o Estado e a sociedade brasileira. Essas mudanças são provocadas, principalmente, porque o desenho institucional agregou um conjunto de mecanismos para a participação social, ampliando a participação direta da população nas políticas públicas e na regulação da ação governamental. Assim, a nossa democracia institui diferentes canais para a participação social em todos os níveis do Estado (municipal, estadual e federal) e em várias áreas políticas e sociais (HOUTZAGER; LAVALLE; ACHARYA, 2004). Após um mapeamento das “interfaces socioestatais”⁷, Pires e Vaz (2012) revelam que, desde 2002, houve um substancial aumento dessas interfaces nos programas do governo federal. Cerca de 90% dos programas contaram com algum tipo de participação social, no caso específico dos programas do Ministério da Saúde, 93% dos programas contaram com a participação social no seu desenvolvimento. Identificam, no período de 2002 a 2012, uma diversificação nas metodologias para a participação, sendo que, atualmente, teríamos como dispositivos participativos, “mais oficiais”: ouvidorias, reuniões com grupos de interesse (mesas de diálogo), audiências públicas, consultas públicas, conselhos, conferências e outros (envolvendo comitês diversos, sítios de internet, ações de transparência e atendimento ao

⁷Conceito utilizado em substituição à denominação “participação social”. Segundo os autores, esse novo conceito confere maior alcance e precisão “na compreensão e explicação tanto da complexidade quanto da variabilidade dos canais de interlocução existentes atualmente entre Estado e sociedade no país” (PIRES; VAZ, 2012, p. 8).

cidadão). A ocorrência desses canais de participação segue padrões para cada tipo de política pública. Os conselhos e as conferências são estratégias mais frequentes nos programas da área de proteção e promoção social (que incluem a saúde), já as audiências, consultas públicas e reuniões com grupos de interesse apresentaram-se mais associadas às políticas econômicas e de infraestrutura (PIRES; VAZ, 2012).

Hoje, temos em média 59 conselhos nacionais em funcionamento, mais de 30 tipos de conferências nacionais de diferentes políticas públicas já foram realizadas, quase a totalidade dos municípios brasileiros conta com conselhos de saúde, assim como conselhos de criança e adolescente e de assistência social. Há também, outros conselhos e instâncias de participação criadas pelos municípios sem que haja obrigatoriedade por lei (TEIXEIRA, 2013). Segundo Cunha (2004), somando todos os conselhos existentes no Brasil, é possível que haja mais de 1,5 milhão de pessoas atuando nestes espaços, o que supera o número de vereadores do país.

É reconhecível, então,

(...) que vem se conformando gradualmente no Brasil, ao longo das últimas décadas, uma ecologia da participação social, em que diferentes interfaces viabilizam o contato entre Estado e sociedade em diferentes políticas públicas (...) Isto é, diferentes instrumentos e mecanismos possuem diferentes vocações e potenciais para interferirem na gestão das políticas públicas (PIRES;VAZ, 2012, p. 51)

Entretanto, mesmo diante de tantos canais de participação e de atores interferindo nas decisões sobre as políticas públicas, temporalmente vão sendo impressas transformações nos objetivos da participação. A proposta de democracia participativa, quando gestada no tecido social brasileiro, em meados de 1970 tinha como ideário que os seus instrumentos servissem para se firmarem espaços de organização da sociedade, de educação para a cidadania, todavia, essa visão perdeu força, e a participação passou a centrar-se mais no objetivo de apoio ao governo e/ou fiscalização do Estado (TEIXEIRA, 2013). Há, com isso, uma diminuição da capacidade crítica da sociedade, no que tange às políticas públicas, sendo observada uma crescente “tecnificação” dos espaços de participação em detrimento da dimensão social na tomada de decisões (COHN, 2011).

Olhar diretamente para as instituições existentes sem pensar como de fato atores se movimentaram em torno da criação das instituições participativas tem mais obscurecido do que tornado claro as formas pelas quais o ideário participativo pode se contrapor, no processo de sua afirmação histórica, a valores profundamente arraigados como patrimonialismo, machismo, clientelismo etc.(TEIXEIRA, 2013, p. 10).

A representação, que se traduz pela escolha da maioria, não reflete numa escolha “melhor” nem na ampliação do conhecimento por parte dos envolvidos, por outro lado, a participação direta dos atores também não traduz uma melhor qualidade do processo de decisão. O espaço de participação para ser igualitário precisa considerar as desigualdades existentes no seu interior, ser equânime. O exercício político para incluir as diferentes vozes da sociedade se dará sempre de modo complexo, pois os sujeitos possuem saberes diferentes, poderes diferentes e implicações diferentes. Congregar os diferentes interesses em prol do comum é uma equação difícil, que todos esses espaços de participação precisam resolver. O ato de participar das discussões e decisões sobre as políticas é permeado pelo jogo político que envolve o duplo Estado-sociedade.

Assim como a ampliação da participação em pesquisas participativas demonstra grande complexidade metodológica, sendo necessária constante reflexão sobre a capacidade de inclusão dos diferentes saberes e de análise das implicações presentes nas metodologias escolhidas, a participação social, no contexto das políticas públicas, igualmente, precisa ser planejada metodologicamente, considerando a pluralidade de interesses que compõem os espaços participativos. O contexto político e econômico não cessou de se transformar e, atualmente, não podemos afirmar que vivemos em um período “altamente politizado”. A institucionalização da participação no nosso sistema democrático carrega também grandes chances das suas relações com o estado se configurarem pelo modo clientelista e utilitarista (TEIXEIRA, 2013). Uma limitação presente em espaços destinados à participação é a burocracia para as ações e também, a tecnocracia, onde o princípio democrático de que todos têm condições de decidir sobre algo, esbarra no poder do conhecimento técnico, que estaria mais legitimado a emitir opiniões, ocorrendo uma perda do controle dos processos decisórios, políticos e econômicos, pela população e um crescente domínio da organização burocrática (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Outro desafio é garantir a igualdade de participação entre as organizações/associações civis e os cidadãos individuais, já que tais organizações são representativas de segmentos da população e detêm poderes nos espaços participativos. As disparidades de riqueza, conhecimento e poder entre os participantes resultam em alianças que não beneficiam igualmente todos os segmentos. Os atores com vínculos institucionalizados, como partidos políticos, movimentos sindicais, grupos religiosos organizados e o próprio Estado, têm maior probabilidade de participar e decidir do que aqueles que não estão inseridos nessas teias de relações (HOUTZAGER; LAVALLE; ACHARYA, 2004). Além destas diferenças contidas nos espaços de participação, há também o seu uso para fins contrários ao próprio princípio de

bem comum. A articulação entre o sistema financeiro capitalista e os espaços de participação produzem efeitos diversos. A isso Dagnino (2004) atribui o sentido de confluência perversa - uma crise discursiva vigente nos regimes democráticos - o que não é diferente do que ocorre em nosso país, caracterizado pela confluência perversa de dois projetos políticos: o projeto neoliberal e o projeto democratizante. Trata-se de uma disputa político-cultural entre esses dois projetos, a “confluência perversa” estaria nos deslocamentos de sentidos que eles operam sob três noções: a de sociedade civil, a de participação e a de cidadania. Com a constituição de 1988 há a instituição do processo democratizante com o alargamento da participação da sociedade civil na discussão e tomada de decisão sobre questões relacionadas com as políticas públicas. A constituição de 1988 foi o marco formal desse processo, já gestado no interior da sociedade pelos movimentos sociais, que o pretendiam fundar para a ampliação da cidadania. A partir destas articulações, se reestabeleceu a democracia formal, com eleições livres e reorganização partidária, e se produziu a aposta no aprofundamento democrático com o trabalho conjunto e compartilhado entre estado e sociedade civil (DAGNINO, 2004). Já em 1989, com a eleição do presidente Fernando Collor de Mello, se inicia a implementação de um ajuste neoliberal, com a proposta de estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos, diminuindo suas responsabilidades sociais e transferindo-as para a sociedade civil. Ambos os projetos, com direções completamente antagônicas, requerem uma sociedade civil ativa e propositiva. Ao se utilizarem, entretanto, de mesmas referências como participação, cidadania, democracia e sociedade civil, mas com significados diferentes, torna-se difícil identificar os sentidos que estes projetos antagônicos de fato abrigam. Segundo a autora, a participação nos espaços de discussão e decisão conjunta com o Estado, muitas vezes, provoca a sensação de se estar distante das reais necessidades da sociedade e se trabalhando para o seu oposto. É como se a defesa dos interesses do projeto participativo democratizante, de aprofundamento da democracia e de redução da exclusão, estivesse em outro espaço que não aquele já instituído, dada a sutileza com que o discurso neoliberal se instaura nesse âmbito.

Essa confluência perversa evidencia a problemática da constituição de espaços públicos e sua dinâmica de funcionamento, que carregam uma complexidade que não pode ser analisada de modo simplista. A questão da representatividade civil é uma das dimensões da democracia participativa que sofre com essa confusão de sentidos. Com a crescente incorporação do neoliberalismo, um dos deslocamentos de sentido pode ser expresso pelas entidades representativas da sociedade como, por exemplo, as ONG's, que se dizem representantes de determinados segmentos, mas, muitas vezes, refletem os interesses de suas

equipes diretoras, sendo elas, seguidamente, nas diferentes esferas de governo, as interlocutoras da sociedade civil com maior prioridade de participação, parceiros “confiáveis” e “ideais” por parcelas do estado para a transferência de responsabilidades para a sociedade.

Para Boaventura de Souza Santos estas contingencias globais só podem ser combatidas localmente, “quanto mais global for o problema, mais locais e mais multiplamente locais devem ser as soluções” (SANTOS, 2013, p. 144). Com soluções locais, democraticamente formuladas, é possível lutar contra a fragmentação herdada da modernidade, contra a racionalidade global do capitalismo que já julgamos não sermos capazes de transformar (SANTOS, 2013). Para Subirats (2005), a resposta a essas capturas também seria uma só: mais democracia. A insistência no modelo, nas suas bases, pode recuperar o sentido igualitário, transformador e garantir o viés participativo. É fato que democracia e capitalismo não convivem bem, pois a democracia emerge da força pela igualdade, e o sistema econômico considera a desigualdade como algo natural e inevitável. A melhoria da capacidade de intersecção entre as instituições estatais, os movimentos sociais e as populações que estão à margem das decisões políticas, aparece, para estes teóricos, como caminho possível para a transformação social e econômica que a democracia precisa. Já é reconhecido que a igualdade de voto não resolve a desigualdade econômica, nem a desigualdade de poder e de conhecimento. A aposta está na ampliação da participação para o tensionamento dos poderes e saberes dominantes.

Y por otro lado, conviene recordar que hay muchos tipos de conocimiento y de saberes, y que –por tanto– es muy importante recuperar las “memorias” de la transformación y de los cambios sociales, recuperar y valorar el conocimiento tácito e implícito de muchos actores sociales y de muchos sectores populares, que aspiran no sólo a ser objeto de atención política y de preocupación transformadora, sino también sujetos políticos con voz propia. La democracia participativa e igualitaria por la que apostamos, debe recuperar la voz, la presencia y los saberes de los que han ido siendo apartados de los ámbitos decisionales (SUBIRATS, 2005,p. 6)

Santos (2013) recupera a noção de cidadania ao sugerir que esta se assente menos em direitos e deveres e mais em formas e critérios de participação. Assim, novas formas de cidadania, mais singulares, seriam possíveis. Para o autor, a cidadania tem sido um artefato de poder do Estado, e precisa ser retomada e assumida pelas comunidades. A comunidade, enquanto campo e lógica das lutas sociais, detém o poder de construir cidadanias socialmente contextualizadas, coletivas e individuais. Se cidadania passa a significar modos de participação, mais do que garantia de direitos e deveres, é preciso que as políticas se atenham

às metodologias de participação mais capazes de qualificar a democracia e de ouvir as diferenças comunitárias.

No Brasil, a via prioritária para a participação tem sido os conselhos gestores de políticas públicas e as conferências temáticas, assim, pouco foi investido em termos de democracia direta, por plebiscitos, referendos e iniciativas populares de lei (TEIXEIRA, 2013). A luta focada na busca por melhoria das políticas públicas (saúde, educação, assistência social, etc.), encabeçada por atores sociais ligados a essas políticas, tem-se dado, para além dessas vias, pelo vínculo com algum representante político nos governos. Com essa característica, os dispositivos de controle social têm se focado no campo das decisões sobre a sua política específica, sem a criação de uma interlocução com outras políticas, sem uma integração concreta entre suas instâncias participativas, que ficam mais concentradas nas decisões sobre a destinação e aplicação do orçamento público e pouco na fiscalização, monitoramento ou na preocupação com a formação política dos sujeitos participantes (TEIXEIRA, 2013).

Insistir na melhoria da qualidade da participação é necessária, devido ao grande distanciamento crítico de boa parte dos cidadãos sobre o jogo político-institucional. O desenho político vindo de uma posição hierárquica de poder não consegue responder de forma satisfatória aos problemas locais e coletivos, sendo importante valorizar os conhecimentos e saberes dos atores sociais e criar estratégias em que as disparidades do poder sejam atenuadas. Dentro das propostas democráticas, a abordagem democrática do tipo deliberativa tem produzido metodologias de participação política que objetivam a qualificação do debate nos espaços de participação e a diminuição das desigualdades apresentadas anteriormente. Nessa abordagem, entende-se que não é a participação mais direta possível ou as decisões pelas maiorias que trazem maior legitimidade à decisão democrática, pelo contrário, são os recursos e os instrumentos para a ampliação do debate de ideias que o espaço de participação oferece.

O processo deliberativo, apesar de comumente concebido como processo de tomada de decisão, refere-se à troca livre de argumentos como o elemento mais importante no âmbito democrático. O fluxo de argumentos, a atenção à percepção de todos, o respeito ao tempo necessário para a decisão, para sua melhor qualidade e para a formação política dos participantes são prioritários nesta abordagem. Uma democracia do tipo deliberativa-participativa considera que o peso maior deve ser o do melhor argumento, não o da maior quantidade de votos, ou de negociações entre os interessados (FEDOZZI, 2014). Bobbio (2012) refere que a ideia fundamental da democracia deliberativa é que as preferências não são definitivas, e que estas evoluem e se modificam quando expostas a uma troca discursiva.

Para Serapioni (2014), os métodos deliberativos representam uma forma de participação que oportuniza a expressão dos múltiplos pontos de vista. Com espaços pensados a partir desta metodologia, os participantes podem aprender e compreender as posições dos outros participantes, identificando os problemas e as preferências em comum. O consenso não é o objetivo principal de um processo deliberativo, este envolve um processo coletivo de tomada de decisão, ou não, pois o objetivo maior está na construção coletiva das questões de importância pública, onde os participantes têm a oportunidade de convergir para o compartilhamento das experiências, devendo dar voz e relevância a todos os argumentos apresentados.

A questão principal do usuário do CAPS-AD e membro de uma Associação de Usuários de que era necessário considerarmos a participação “importante”, demonstra o quanto os espaços de participação ainda carecem de metodologias que incluam o olhar do usuário, que o considerem importante naquele processo. Processos de participação, capazes de produzir a cidadania possível daqueles que participam, ainda são uma experiência em curso em nossa jovem democracia brasileira.

Para Fedozzi (2014), o que possibilitaria uma participação mais justa e capaz de refletir uma construção coletiva são os processos em que há ampla discussão entre os envolvidos. O aprimoramento da democracia implica o planejamento de metodologias democráticas que façam frente aos desafios que envolvem a representação e a participação, a fim de que, devidamente qualificados, os espaços de compartilhamento do poder consigam sustentar as mudanças político-econômicas, alcançando maior igualdade entre os sujeitos. Talvez, no âmbito local, seja necessária maior construção conjunta dos meios de participação social. As experiências que carregam maior potencial de inclusão política dos sujeitos são aquelas em que o sistema de participação é construído de modo compartilhado (FEDOZZI, 2014).

Inventar espaços de participação que propiciem a construção coletiva do que é comum apresenta-se como um desafio para o campo político, e, igualmente, para o campo da saúde. Se já estamos sob um regime democrático do tipo participativo, que preza pela igualdade de direitos, de que modo esse regime pode se qualificar para que as decisões e construções políticas sejam mais capazes de ouvir e responder aos seus interessados? Este é um questionamento importante para as ciências políticas, para o campo da saúde, mas também para o campo da saúde mental, pois o desenvolvimento do protagonismo, da autonomia e da política de saúde mental com a participação dos usuários não é garantido apenas com a

criação de espaços de participação. Para uma melhor qualidade e justiça nas decisões é preciso qualificar os meios em que se dá o debate.

Isso não é diferente no caso da interface Saúde Mental-Atenção Básica, de interesse deste estudo. Analisar as implicações dos serviços no âmbito da participação dos usuários torna-se importante a fim de compreender como o campo da saúde e o campo da saúde mental respondem à dinâmica participativa de nossa democracia, e vislumbrar quais outras metodologias de inclusão dos sujeitos têm sido desenvolvidas na esfera democrática e que podem nos servir de inspiração para a construção de outras frentes nesse sentido.

4.1 A saúde feita a muitas mãos

Moradora do bairro - “Querida saber por que a nova unidade de saúde está sendo construída justo no único lugar de lazer que temos aqui, a praça, onde os meninos se reúnem, andam de skate, as crianças brincam. Por que não foi discutido isso com a gente? Tinha todo o espaço da unidade velha que podia ser usado.”

Secretário de saúde: - “Quanto a isso não tem o que fazer, os técnicos vieram aqui, arquitetos e engenheiros e viram que o melhor lugar era na praça”.

Moradora-(silêncio).

Conforme já abordado, a democracia participativa no Brasil surge como efeito das nossas características culturais e políticas, do histórico de lutas dos nossos movimentos sociais. É reconhecível que o conjunto de instâncias participativas garantidas por lei é uma grande conquista brasileira. As experiências brasileiras de participação social têm sido, inclusive, consideradas pelos movimentos sociais internacionais potentes dispositivos de enfrentamento à relação paradoxal entre a crise financeira internacional e a democracia⁸ (TEXEIRA, 2013). Uma experiência exitosa, largamente referenciada, com relatos de seu desenvolvimento em todos os continentes, (YÁÑEZ, 2013; HE, 2013; ALLEGRETTI; STORTONE, 2013; DIAS, 2013) é a do Orçamento Participativo (OP), que nasceu em Porto Alegre, em 1989. A difusão e internacionalização do OP são apontadas por Sintomer (2014) como o motivo pelo qual desde os anos 1990 o tema da democracia participativa tem “renascido”. O objetivo do OP é o de democratizar o investimento dos recursos públicos, colocando em debate com as comunidades locais as prioridades de investimento, algo tão inovador no campo das políticas que inaugurou um novo campo de estudo e prática para as

⁸A autora cita o Movimento dos Indignados da Espanha que recebeu Tarso Genro (ex-governador do Rio Grande do Sul), em maio de 2012, e expressaram que gostariam do apoio do Brasil, porque consideram que o país teve avanços na democracia participativa (Teixeira, 2013).

Ciências Sociais, inspirando outras estratégias de participação. Olívio Dutra, um dos idealizadores, ao prefaciar o livro de comemoração dos 25 anos do OP no mundo, conta como essa proposta de participação no orçamento público foi engendrada:

A autoridade justificou as dificuldades do governo para atender com a presteza devida àqueles pleitos porque o “orçamento do município era um cobertor curto; se puxado para a cabeça destapava os pés; puxado para os pés destapava a cabeça.” Um trabalhador da indústria têxtil entre os presentes observou: “De feitura de cobertor eu entendo um pouco. Lá na fábrica a gente sabe a largura, o comprimento e a espessura de cada cobertor a ser feito. Mas esse cobertor que o Senhor fala nunca passou por nossas mãos. Desconfio que se a gente ajudasse a fazer poderia sair melhor.” (DUTRA, 2013, p. 8).

A “feitura a muitas mãos” da incipiente democracia brasileira sempre foi tecida e “cavada” pelas lutas dos nossos movimentos sociais. Experiências menos conhecidas mundialmente, como: as conferências sobre temas para ação pública, conselhos de participação, formas de economia solidária e a nossa diversidade de dispositivos de interação entre sociedade e Estado no nível local, estadual e federal fazem com que o Brasil seja considerado líder mundial em democracia participativa (SINTOMER, 2014).

O campo da saúde foi um dos pioneiros a inaugurar o viés participativo de nossa democracia. O artigo 198 da Constituição define que a organização dos serviços de saúde deve seguir as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e III - **participação da comunidade**. Tal definição atende, de certo modo, ao relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que demandava a garantia da participação: “participação da população, **através de suas entidades representativas**, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde” (BRASIL, 1986, p. 10).

De todo modo, houve resistência por parte do Estado para a regulamentação das instâncias de participação social do SUS, na Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), o artigo 11 referente à instituição das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, em cada esfera de governo, foi vetado pelo presidente Fernando Collor. O argumento utilizado para o veto era o de que uma instância de administração pública só poderia ser criada e estruturada por iniciativa privada do presidente da república, o que não era o caso. Outro argumento era de que já existia o Conselho Nacional de Saúde, que no entendimento do presidente, já desempenharia as mesmas funções destas novas instâncias. Os vetos provocaram nova mobilização dos movimentos sociais e seus

efeitos culminaram na aprovação da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) que assegurou o texto outrora vetado, regulando os conselhos de saúde como instâncias colegiadas obrigatórias, de caráter permanente e deliberativo. Na ausência de tais instâncias, os municípios e estados não podem receber os recursos financeiros do Fundo Nacional da Saúde. A lei determinou, também, a realização de conferências com caráter consultivo, propositivo e ampla participação social, a fim de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes a cada quatro anos.

Ao se instituir esses espaços como integrantes legítimos da administração pública da saúde, inaugura-se a diretriz de controle social do SUS, que implica o controle exercido pela sociedade dos recursos e políticas de saúde. Foram, assim, criados cerca de 5 mil conselhos de saúde no Brasil, através da participação do ator social nos Conselhos Municipais de Saúde, em que a participação se dá na deliberação sobre o conteúdo de uma política pública ou no controle sobre o atendimento prestado na área da saúde (AVRITZER, 2009).

Embora essa diretriz encontre resistências para se consolidar, desde sua criação, podemos dizer que, no caso específico da saúde, seus usuários, trabalhadores, gestores e demais entidades vinculadas ao tema detêm um espaço de poder e decisão no campo das suas políticas. Uma conquista que nos trouxe diferentes desafios, e precisa estar em permanente debate e atualização, criando estratégias que alarguem a corresponsabilização no campo da saúde para que a sua produção seja cada vez mais plural e afinada com as transformações locais e cotidianas.

O diálogo que apresenta este texto, entre uma moradora e um gestor da saúde, se deu em uma reunião com a comunidade. A reunião organizada pela gestão municipal tinha o objetivo de informar a comunidade sobre a mudança de uma unidade de saúde, e, também, da mudança do modelo de atenção, que passaria a ser o de Estratégia de Saúde da Família. A cena evidencia algo presente em espaços de participação popular, o silêncio que o conhecimento “técnico” provoca nos sujeitos. O argumento do secretário fala do quanto o conhecimento técnico se sobressai ao que já está construído comunitariamente e mostra o quanto a gestão e a comunidade, ao servirem-se de conhecimentos oriundos de outro lugar, que não o território, ficam sem recursos para o diálogo e a decisão.

O que é possível visualizar no campo da saúde é que entre as opções de metodologias para a participação, as metodologias mais institucionais, como os conselhos e as conferências, são as mais frequentes. Todavia, nem sempre essas instâncias dão conta de responder à realidade e necessidade da experimentação coletiva da participação. Os conselhos, por terem um modo de participação centrados em entidades representativas, incorrem no risco de

desempenhar ações neocorporativistas, deixando de lado questões sociais mais amplas. Há, igualmente, práticas clientelistas, quando bens e serviços são negociados em troca de apoio eleitoral, com recursos e benfeitorias públicas destinadas a grupos específicos (BISPO Jr.; GERSCHMAN, 2013).

No caso da participação da saúde, soma-se a essa padronização dos espaços participativos, na forma dos conselhos e conferências, as dificuldades do setor que também são preocupações dos conselheiros, gerando sentimentos de frustração pelo esforço cotidiano deles, às vezes, sem resultados (AVRITZER, 2009). Martins et al. (2013) analisam que, muitas vezes, o modo como os conselhos de saúde tem-se estabelecido é por composições de mera formalidade, por ser exigência para o repasse de recursos. Há, também, o enfraquecimento deste espaço decorrente de pressões políticas e a fragilidade das associações entre os usuários. Estudos recentes demonstram que há ainda um grande desconhecimento da população sobre as funções das instâncias participativas, inclusive, o desconhecimento se faz presente entre os trabalhadores da saúde e os próprios conselheiros. A desinformação sobre o que compete ao conselho abre brecha para a não apropriação de suas funções por parte de seus integrantes, o que implica, muitas vezes, em decisões dominadas pelos segmentos dos gestores e trabalhadores, sendo o segmento dos usuários continuamente enfraquecido (MARTINS et al., 2013; BATISTA et al., 2010; COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009).

É necessária a compreensão de que cada dispositivo criado para a participação irá produzir um tipo de participação, e a construção destes espaços, dispositivos, tecnologias, precisam ser pensada levando isso em consideração, problematizando as implicações éticas e políticas dos meios de participação. Essa lógica de que a oferta produz a demanda, já é conhecida dos movimentos institucionalistas e nos permite qualificar a reflexão: se a produção da saúde de forma democrática ainda não é vista como um direito, isso pode ser o resultado de poucas estratégias governamentais neste sentido, acrescido de um desenvolvimento econômico que reproduz a individualidade, a competição, e uma institucionalização do “ser usuário” nos serviços de saúde.

Com a preocupação de que a participação no campo da saúde não fique restrita às instâncias formais de participação, mas sim, seja valorizada e incentivada no dia a dia dos serviços, surge a Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza-SUS). A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003, uma política transversal no SUS. Tem a estratégia de alcançar a qualificação da atenção e da gestão do SUS. Incluir os distintos saberes nas redes de saúde é preconizado como fundamento para o trabalho desta política. Tem como método os espaços coletivos para discussão da produção de saúde, onde o trabalho

para atenção e gestão do SUS deve se dar pela tríplice inclusão, como planos que se atravessam: plano de inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) para a produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; plano de inclusão dos analisadores institucionais e sociais, acolhendo e potencializando processos de mudança; plano de inclusão dos coletivos - movimentos sociais, grupos, redes, etc. (ESCOSSIA, 2009).

Como diretriz ética-política, a PNH propõe a cogestão participativa para a democratização das relações, espaços coletivos de discussão e decisão conjunta. O trabalho, nesta perspectiva, precisa ser construído no exercício do próprio fazer, isso significa que quem executa a ação deve também participar do seu planejamento, com as decisões sendo tomadas em espaços coletivos de análise. A cogestão é feita por meio de colegiados, que podem ser compostos por gestores, trabalhadores, usuários e familiares (BRASIL, 2009). Esse método tem sido experimentado, também, sob a forma de apoio institucional, uma atividade realizada por consultores e apoiadores da PNH junto às redes e serviços de saúde municipais, estaduais e federais, que se propõem a criar os espaços de cogestão nos serviços de saúde (ESCOSSIA, 2009).

A aposta é no fortalecimento da democratização das relações no campo da saúde, atentando para o modo como as redes podem distanciar-se do território em seu movimento de constituição,

As redes de serviços de saúde dão ênfase ao entorno funcional. O conceito de redes de saúde ou, de forma mais abrangente, de redes de produção de saúde, procura dar conta desta coprodução tensa entre a rede assistencial (com suas normas próprias – necessárias) e o território. Contudo, o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido (BRASIL, 2010, p. 65).

Na proposta da PNH, a gestão e a atenção à saúde devem se dar na simultaneidade dos processos. A aposta no trabalho dos serviços orientados pela metodologia de cogestão visa reduzir as hierarquias das profissões e a fragmentação do cuidado em saúde. É na metodologia de cogestão que os usuários podem também ser chamados para discutir as metodologias de trabalho dos serviços, os serviços se disponibilizam a ouvir e a compor junto com os usuários a organização das atividades. Esse método de cogestão dos coletivos da PNH é denominado Método Paidéia e propõe reconhecer os conflitos inerentes às formações das redes de saúde, conflitos de saberes entre os atores que as compõem, gestores, trabalhadores e usuários. A partir deste reconhecimento, o grau de contratualização, discussão e organização dos serviços de saúde pode se dar de modo mais democrático (CUNHA; CAMPOS, 2010).

De todo modo, é ainda um desafio implementar essa metodologia de cogestão no interior da Rede de Atenção Psicossocial, na realidade vivenciada por esta investigação, a cogestão aparecia mais direcionada à participação dos trabalhadores, nenhuma experiência de cogestão dos serviços que contasse com a participação dos usuários foi registrada.

Na esfera internacional, existem experiências de metodologias para a participação que talvez nos ajude a pensar outras vias para a escuta do território. No interior das estratégias de democracia participativa, há métodos deliberativos que são considerados inovadores na potencialização da interação entre o governo e os cidadãos. A metodologia deliberativa que propõe o debate de ideias, de inclusão da “voz dos cidadãos”, não necessariamente tem a proposta de chegar a um consenso, mas centra-se, principalmente, na capacidade de aumentar o conhecimento e compreensão dos atores, aumentar o nível de tolerância e compreensão entre os grupos, confluindo na aprendizagem mútua entre especialistas e não especialistas (SERAPIONI, 2014).

Bobbio (2012) apresenta algumas metodologias para a participação que contemplam a abordagem deliberativa, de resolução conjunta de impasses ou de discussão coletiva sobre alguma política pública. Há as *sondagens deliberativas* que são criadas para elucidar melhor alguma questão com a população. Os participantes, escolhidos aleatoriamente, discutem em pequenos grupos o tema em questão, durante um fim de semana, antes das discussões iniciarem há a aplicação de um questionário com perguntas sobre o tema em debate, e ao final do período do debate se reaplica o questionário. Trata-se de uma estratégia que visa estimular e ampliar o entendimento sobre uma questão ou uma política numa determinada comunidade. Segundo o autor, geralmente, com o debate se produzem posições mais solidárias e coletivas sobre questões mais polêmicas (BOBBIO, 2012). Outra tecnologia para a participação, que parece ser potente para pensar as questões do território, é a de *reuniões em espaço aberto* (*Open Space Technology*) proposta por Harrison Owen (apud BOBBIO, 2012), um tipo de fórum deliberativo, onde os participantes são convidados a propor temas e a discuti-los conjuntamente. O objetivo dessa metodologia é explorar uma ampla variedade de temas e de abordagens e incitar a criatividade, pode abranger um público entre 100 e 300 pessoas em eventos cujo objetivo é levantar livremente temas, problemas e soluções para a comunidade. Não há coordenadores convidados para falar, nem programa predefinido. A reunião vai se desenvolvendo pela proposta dos participantes, que vão organizando autonomamente o programa do encontro. Ao final do dia, é apresentado um relatório com os temas de debate e um resumo das discussões nos grupos, dos argumentos apresentados. O método é particularmente adequado para explorar uma situação crítica através de um processo

participativo. A ideia é que o produto destes fóruns possa evidenciar os discursos sobre os temas deliberados, não uma representação individual de opiniões. O relatório final deve expressar a pluralidade dos discursos, demandas, argumentos e posições que circularam durante o processo. O documento conclusivo pode ser um catálogo, mais ou menos argumentado, de tudo que resultou da deliberação.

Tampouco nesse caso a deliberação chega a uma proposição, mas não são as opiniões dos indivíduos que são detectadas (e contadas), e sim os argumentos apresentados, independentemente de terem sido defendidos por um grande número de participantes, por grupos minúsculos ou até mesmo por uma única pessoa. Nesse caso, é a natureza ou a qualidade do argumento que conta, não a amplitude da adesão. Renuncia-se a qualquer forma de cumulação quantitativa, limitando-se a representar – qualitativamente – a totalidade dos argumentos sem posicionar-se sobre nenhum deles (BOBBIO, 2012, p. 52).

Pode-se dizer que uma metodologia deste tipo contribui para a ampliação do conhecimento de uma comunidade sobre algo que lhe diz respeito e que, considerada na sua importância, pode aumentar a influência dos aspectos territoriais no desenvolvimento das ações públicas. Serapioni (2014) reitera que no campo da saúde tem-se afirmado internacionalmente a importância do envolvimento dos cidadãos nas decisões que afetam a sua saúde e que, ao longo da última década, o debate participativo tem realçado a necessidade de novas abordagens para envolver os cidadãos numa interação mais ativa com os “decisores”, que são os representantes de serviços e do governo. Dentre os métodos encontrados pelo autor na literatura internacional e que se propõem a criar estes espaços de debates e construções conjuntas, destacam-se os seguintes: júris de cidadãos, painéis de cidadãos, conferências de consenso, oficina de cidadãos, sondagens deliberativas e grupos de discussão deliberativa. Todas essas metodologias têm elementos deliberativos, o que inclui direcionamentos comuns, tais como: fornecer informações sobre o assunto em discussão a todos os participantes; descrever e formular os tópicos a serem analisados na linguagem do que o autor denomina de “cidadão comum”; precisam, ainda, considerar as opiniões dos demais participantes e estimular a discussão para aproximar várias posições (SERAPIONI, 2014). Os chamados “júris de cidadãos” são considerados como a abordagem mais “qualificada” para a participação na saúde, consiste num júri para discutir e decidir sobre assuntos relacionados à saúde da comunidade local, formado por 12 a 20 membros escolhidos aleatoriamente, mas que compõem um painel de especialistas que precisa emitir uma opinião em conjunto, para isso, reúnem-se por quatro ou cinco dias, com outras pessoas envolvidas, as chamadas “testemunhas”, que podem ser pessoas da comunidade, trabalhadores, usuários dos

serviços de saúde. Ao final do trabalho, um relatório com a decisão do júri é encaminhada ao gestor da localidade.

Essa metodologia foi criada de modo independente, na década de 1970, nos Estados Unidos e na Alemanha, para as áreas da telecomunicação, agricultura e ambiente. Foram sendo utilizados, também, para ouvir as opiniões dos usuários de serviços de saúde mental, para atribuir financiamento aos serviços de saúde locais e para prevenir possíveis tensões resultantes de problemas de acesso às estruturas de saúde. Posteriormente, ganharam popularidade ao abordarem questões associadas aos cuidados de saúde, a definição de prioridades e a avaliação das tecnologias de saúde. Durante a década de 1990, foram desenvolvidos no Reino Unido, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, sendo, atualmente, um método deliberativo em muitos outros países, como Espanha, Itália, Japão, Taiwan, etc. (SERAPIONI, 2014).

Fedozzi (2014) analisa alguns parâmetros para a avaliação dos limites e possibilidades de atuação dos espaços de participação, que podem nos servir para pensar em parâmetros que avaliem a capacidade de transformação destes espaços no campo saúde. Segundo o autor, os dispositivos de participação não podem simplesmente constituir-se como modelos a serem replicados, nem considerados mecanismos isentos de conteúdo político-ideológico. Cada mecanismo de participação carrega suas ideologias, sejam elas a fim de garantir a autonomia, o protagonismo ou favorecer interesses diversos, às vezes, contrários a proposta dos espaços. Este é um dos elementos a serem avaliados no âmbito dos dispositivos participativos, sejam eles espaços institucionalizados de participação, ou espaços de associativismo coletivo. As inovações no campo da democracia participativa não podem, simplesmente, contar com cenários e/ou “modelos” pré-determinados. Desse modo, coloca-se como desafio a compreensão das relações estabelecidas entre os atores em cada contexto específico, dado que as experiências participativas podem convergir em diferentes impactos civis, sociais, políticos e econômicos. Uma das questões importantes a ser avaliada nos processos de participação diz respeito ao lugar que a participação ocupa no sistema decisório, se é periférico ou nuclear (FEDOZZI, 2014). Poderíamos dizer que uma associação de usuários da saúde mental, ou os usuários de maneira individual, detém um espaço periférico no sistema decisório da saúde quando não estão presentes nas instâncias de participação já legitimadas, como os conselhos de saúde. E no âmbito dos serviços de saúde? A participação deste público tem sido mais periférica ou nuclear?

Se nos voltarmos para a interface saúde mental - atenção básica, analisando o viés da participação dos sujeitos nessa interface, ainda é sensível a questão do protagonismo, dado

certo domínio por parte dos profissionais sobre as decisões coletivas. A incorporação dos ideais democráticos da Reforma Psiquiátrica pelo Estado brasileiro abriu mais espaço para instâncias participativas com os usuários, os quais podem contar com assembleias nos CAPS, para decisões conjuntas sobre os serviços, e ainda criar Associações que lhes dão maior poder representativo no âmbito da saúde. Entretanto, se compreendemos que cada dispositivo participativo produz um tipo de participação, a participação nos conselhos, que é o espaço mais legitimado, exige uma organização representativa por parte dos atores envolvidos, e não necessariamente este dispositivo abrirá espaço para a diferença produzida pela loucura. Além disso, sendo o protagonismo dos sujeitos um dos objetivos dos serviços, como depositar a responsabilidade pela criação de espaços participativos apenas nos usuários? A participação apenas nos espaços instituídos tem-se mostrado insuficiente para a coprodução da saúde e é insuficiente para acolher a diferença. Há então a necessidade de se inventar a participação, seja nos espaços da atenção básica, seja nos espaços dos CAPS, e, por que não, espaços de participação que integrem as políticas do/no território?

4.2 O “ser usuário” e a participação no interior dos serviços

Em conversa com gestoras municipais, pergunto sobre a associação de usuários da saúde mental, que lembro, era bastante conhecida em âmbito regional, inclusive eram eles que faziam as contratações dos funcionários para a saúde mental. Elas contam que eles foram “respaldados tecnicamente”, fez contratações de pessoal da área dos recursos humanos. Peço para entrar em contato com eles, elas me passam o contato da gerente da associação, questiono se ela é usuária dos serviços, a gestora explica que não, que é uma funcionária contratada exclusivamente para esse cargo, e diz: “porque tu sabes os usuários não tinham condições de se organizarem e responderem ao que era pedido”.

No contato com a Associação dos Usuários, a gerente “escolhida” me explica que a Associação dos Usuários não conta com a participação de usuários, ela enfatiza: “- Não tem usuários aqui, tinha um que era morador de rua, que não aderiu ao tratamento e que, às vezes, aparecia aqui, entrava e conversava. Nós tentávamos vincular ele à rede, mas quando a pessoa não quer se ajudar, não adianta. Infelizmente, não tem atividades para eles aqui, não tem espaço pra isso”. O único usuário que aparece por ali é o presidente, ex-usuário do CAPS-AD e fundador da Associação, que iniciou no ano de 2001. A participação dele está na assinatura de papéis, antes só havia ele e uma auxiliar administrativa, e estes não davam conta da demanda de trabalho, com a atual gestão da associação ele se afastou das

atividades. Perguntei sobre o que ela achava da pouca participação dos usuários na gestão da Associação, ela refere não saber quando foi a última assembleia e disse acreditar que se pudessem disponibilizar atividades ou ganhos financeiros aos usuários, a participação ocorreria: “como não tem remuneração eles não participam, não tem uma diretoria presente, os usuários não têm interesse, pois é muito trabalho”.

Quando iniciamos a divulgação da pesquisa maior, convidamos os atores para o grupo de interesses, enviamos convite ao conselho de saúde, e um conselheiro de saúde apareceu. Ao se apresentar para nós, disse: “Quando eu recebi o convite pelo e-mail, eu pensei: Eu tenho interesse nessa pesquisa, porque eu sou da associação e já fui usuário do CAPS-AD”, nas reuniões ele sempre desenvolveu uma participação muito intensa, questionando a gestão local que participava, questionando os trabalhadores sobre as atividades dos serviços, não se encontrava nele a tal “falta de vontade de participar”. Desabafou que em certos momentos parecia passar por uma “crise de representação”, pois a associação dos usuários, a qual representa no conselho de saúde, não operava mais enquanto uma associação, com reuniões entre a diretoria e participação comunitária. Dizia inclusive, sentir-se envergonhado de se apresentar como representante da associação, pois estava muito distante dos serviços e dos usuários da saúde mental. Com a nova administração da associação, nem ele nem o presidente da associação tiveram mais espaço na entidade. Sentia por não auxiliar mais as contratações dos funcionários da saúde mental, nem poder opinar, mas diagnosticava que antes a associação já estava configurada de forma semelhante, “já era algo sem participação, pouco democrática”.

O conjunto de situações narradas apresenta as dificuldades enfrentadas localmente para a inclusão dos usuários, dos seus saberes e questionamentos, os quais representam uma categoria “não técnica”. Há um desencontro entre gestão, serviços, usuários e entidades representativas. Um desencontro, causado muitas vezes pelas capturas institucionais, ou exigências cotidianas do campo da saúde. Mesmo nos espaços destinados à participação, como os de controle social, habitam-se práticas do tipo clientelista e autoritária, principalmente, pelo poder contido no saber técnico, as práticas hierárquicas e tradicionais ainda são consideradas predominantes nos processos de decisão (CÔRTEZ, 2009). As próprias denominações já destinam um lugar aos atores. No que diz respeito aos “usuários”, a própria denominação demarca a posição de clientela e não de proponente.

Este é um dos motivos que leva a estudiosa dos espaços participativos na saúde, Soraya Côrtes (2009), a indicar como mais adequado o uso dos conceitos de atores estatais e

atores societais, fazendo referência então aos que agem, em geral, representando interesses de órgãos públicos ou governo e aos que representam interesses das coletividades ou particularidades nos espaços participativos. É preciso reconhecer que espaços de discussão e decisão conjunta são compostos por interesses diversos, e a organização hierárquica dos serviços tem reflexos nos espaços de participação. No campo da saúde torna-se importante um exercício crítico do uso da denominação “usuário”, dada à carência de protagonismo e as relações do tipo clientelistas que os serviços estabelecem com estes atores. A participação dos usuários concebida apenas na sua capacidade de associar-se, restrita à forma representativa, quando os seus saberes e as suas contribuições para o desenvolvimento dos serviços ficam direcionados apenas às instâncias formais de participação, as quais exigem periodicidade e compromisso com a representatividade, perde seu potencial transformador.

Costa e Paulon (2012), quando analisam uma associação de usuários da saúde mental, a descrevem como uma entidade enfraquecida, centralizada em um pequeno grupo ou nos posicionamentos da coordenadora do serviço de saúde mental. Os autores identificam como componentes deste espaço, a dimensão da cidadania como macropolítica e a dimensão das singularidades como micropolítica, assim, não basta o usuário ser simplesmente ouvido pelos serviços, que seria o “correto” para a condição de cidadão, é preciso saber o quanto a sua voz é valorizada, o quanto a sua voz repercute nos desenvolvimento das ações, o quanto reverbera no plano micropolítico.

Na Associação em questão, percebemos que ao serem delegadas funções administrativas da gestão aos usuários, estes encontram dificuldades em responder à demanda. Para responder a esse impasse a gestão respalda “tecnicamente” a associação, o que acaba por esvaziar a participação. Os saberes dos usuários não encontravam mais espaço na Associação que lhes era própria. As dificuldades em incorporar estes saberes nos espaços de participação que lhes são próprios é também encontrada por Arraes et. al. (2012) numa conferência local em saúde mental. A conferência estudada organizava-se mais em torno de apresentações expositivas de trabalhadores e pouco direcionada para espaços coletivos de debates, em que as experiências dos usuários participantes pudessem ser aproveitadas. Nesse formato, a instância de participação exigia dos participantes certa desenvoltura, atividades que eram mais destinadas ao público de gestores, trabalhadores e acadêmicos, pouco capazes de incluir usuários, familiares, que ficavam inibidos e restritos aos espaços dos grupos de trabalho, de apresentações artísticas. A burocratização de espaços participativos desconsidera as singularidades dos usuários da saúde mental, pois diante de suas condições sociais e de saúde,

por vezes, estes não seguem a lógica da normalização do tempo, do espaço em que deve se dar a participação (ARRAES, et. al. 2012).

No campo da saúde, nos serviços e nos espaços de participação, é um desafio tornar as relações mais democráticas, para que todos consigam participar dos processos de produção da saúde. É identificado, como tradição no campo da saúde, a sua organização em torno dos saberes profissionais/técnicos e não em torno de objetivos comuns, de modo que no cotidiano dos serviços há pouco incentivo aos usuários para se envolverem no processo de produção de saúde, dificultando uma gestão mais compartilhada do cuidado, bem como, a corresponsabilização dos sujeitos no cuidado de si (BRASIL, 2009).

A proposta de cogestão na saúde é também a de oportunizar que o simples “usuário” deixe de apenas requerer serviços e possa transformar-se num ator/atuante da produção de saúde. Na contramão disso, pude cartografar, em encontros com os trabalhadores, o discurso recorrente de que os usuários faziam o uso “inadequado” da proposta de participação, ou então que os usuários demonstravam “pouca vontade” em fazer parte dos processos de produção da saúde.

Num dos grupos de interesses, com a proposta de pensarmos juntos o modo de convidarmos os usuários para participar da pesquisa maior, surgiu a ideia de colocar cartazes com a pergunta: “O que você acha sobre o atendimento da sua unidade?”. De imediato, os coordenadores de unidades de saúde, que estavam presentes na discussão, ficaram preocupados e já se adiantaram: “ah não, mas aí vai vir só reclamação do serviço, quando se tenta fazer reunião com a comunidade, só o que se ouve é eles pedindo asfalto, só isso.” E o outro coordenador complementa: “Isso se vierem! Porque a maioria não vêm, não têm também uma visão mais coletiva, é pouca adesão nesses espaços, cada um quer saber do seu problema, muito individualista.” O grupo como um todo referiu que os usuários não gostavam de atividades coletivas, preferiam atividades individuais.

O curioso é que neste mesmo município, um coletivo de usuários, insatisfeitos com as atividades do CAPS-AD, as quais segundo eles eram, apenas, “grupos de queixa e consulta com o psiquiatra”, criaram uma associação. Em conversa com os membros da diretoria da associação, eles nos contaram que tudo começou ao questionarem a médica do serviço. Quando contaram a ela sobre o quanto era insuficiente, para eles, aqueles dispositivos, tiveram, como resposta, a sugestão de que então criassem algo como uma associação para diversificar as atividades de cuidado. O CAPS-AD manteve suas atividades, sem alterações,

mas os usuários, seguindo a “orientação médica”, criaram uma associação, independente do CAPS-AD, e desde então conseguem manter atividades diversas para outros usuários.

É possível refletir sobre o lugar paradoxal do usuário na rede de atenção à saúde, do mesmo modo que se espera dele mais apropriação em seu cuidado, seus movimentos protagonistas também desacomodam o que já é habitualmente ofertado. No contexto da atenção básica não se tinha a percepção de que um espaço de participação poderia potencializar o que seria “realmente” uma discussão sobre saúde, as queixas sobre outros problemas da cidade ou sobre a unidade básica, não eram percebidas pelos trabalhadores como questões legítimas a serem escutadas. Em outro ponto da rede os usuários da “saúde mental” mostram-se propositores de invenções para o cuidado, de modo bastante solitário, já que o serviço especializado julga não dar conta do que lhe fora demandado. Do trecho que inicia esse capítulo, sobre dar importância à participação do usuário, por sinal, uma fala de um usuário deste mesmo município, podemos visualizar o quanto isso envolve toda a vontade do serviço em ouvir o que o usuário tem a dizer e considerar a sua colocação, independente do quão tecnicamente qualificada ela está, abrindo-se para composições outras, com os saberes múltiplos que estes atores produzem.

Na negativa do CAPS-AD em ofertar diferentes estratégias de cuidado, visualizamos o serviço especializado resistindo a mudar o seu ritmo. Entretanto, as forças desterritorializantes daqueles usuários foram a potência de criação e invenção de outros meios existenciais para a comunidade. Sozinhos, então, desterritorializam-se e inauguram um novo espaço para as suas forças germinativas.

Os interesses dos usuários, de um modo geral, nem sempre responderão à lógica técnica dos serviços, respondem, sim, à lógica dos seus territórios, à vida territorial que não está fragmentada em campos específicos de atuação profissional. Esses testemunhos refletem a realidade nacional, pois embora haja, no Brasil, cerca de 5.800 conselheiros de saúde, isso não implica, necessariamente, em maior participação da sociedade nos processos de produção da saúde (BISPO Jr; MARTINS, 2014). A instituição de espaços participativos como conselhos e conferências não garantiu maior participação no interior dos serviços. Há ainda poucas experiências de conselhos locais de saúde, e estes ainda podem acabar por funcionar como havíamos referido antes, apenas de modo mais “representativo”. Talvez a oferta de participação no interior dos serviços, precise ser mais bem pensada em termos metodológicos e conceituais, para que consiga alcançar o cotidiano da vida territorial. O sentimento de pertencimento ao que é de ordem pública só pode ser conquistado pela comunidade se os

serviços estiverem dispostos a acolher o que do território surgir, quem sabe, assim, provocar para além das queixas, inovações capazes de qualificar a atenção.

Nos movimentos protagonistas acompanhados por esta investigação, a origem da palavra *protagonismo* consegue representar bem o que estes atores vivenciaram. Derivada de *proto*, que significa primeiro, principal, e *agón*, que indica luta, competição, disputa; protagonizar é, então, lutar por aquilo em que se acredita, pelos seus interesses, os quais, em qualquer espaço de participação serão sempre múltiplos (COSTA, 2011). Segundo Costa (2011), no caso da participação no campo da saúde mental, falamos sempre numa dança “agonizante”, do confronto entre a instituição da participação e as capturas e aprisionamentos que caracterizam o que já está instituído, sejam os serviços substitutivos ou próprio espaço de controle social. Na evolução histórica da participação, seu início esteve centrado na representatividade, algo que produz problemas institucionais e, segundo o autor, contemporaneamente, é preciso apostar na participação por outras vias, não institucionalizadas, marginais, como a dos movimentos sociais (COSTA, 2011). O fato das equipas de saúde compreenderem a participação comunitária como um atributo mais dependente das comunidades do que de suas ações, não contribui para a ampliação de espaços de participação local (BISPO Jr; MARTINS, 2014).

Clément et al. (2013) ao estudarem a participação dos usuários no planeamento e na organização dos serviços de saúde mental no Quebec-Canadá, documentam que desde 1989 as políticas de saúde mental daquela localidade consideram essencial a participação dos usuários na governança dos serviços. A partir de 2005, com uma nova regulamentação para a saúde mental, ocorre uma descentralização da participação, com ampliação desta no nível comunitário e articulada à atenção básica. Para a participação no planeamento dos serviços de saúde mental, as diretrizes passaram a considerar o “poder de agir” dos usuários, definido como: “a capacidade das pessoas que sofrem de um transtorno mental para fazer escolhas e participar ativamente das decisões que lhes dizem respeito, apesar de certos sintomas ou desvantagens” (CLEMENT et al., 2013, p. 2875). A mudança ocorrida na orientação legal do Quebec proporcionou um aumento da participação dos usuários na organização e no planeamento dos serviços de saúde, sendo “uma importante alavanca para multiplicar as oportunidades de participação dos usuários e, portanto, fazer ouvir a sua voz” (CLEMENT et al., 2013, p. 2875). A determinação legal contribuiu para diversificar os lugares de participação, com medidas de apoio aos usuários envolvidos nas atividades de participação, como apoio técnico e psicológico, formação à participação e apoio financeiro. Os autores referem, no entanto, que faltam meios efetivos de avaliar a real influência dos usuários na

organização dos espaços, e que tais iniciativas apresentam, ainda, problemas da ordem de financiamentos e continuidade. É, contudo, reconhecível que ao assumir legalmente a necessidade de participação dos usuários, criando meios institucionais de incentivar a participação, o “poder de agir” dos usuários torna-se mais possível.

Presotto et al. (2013) destaca duas experiências de participação dos usuários da saúde mental em pesquisas participativas no Brasil, experiências que intentam esboçar novos caminhos para a inclusão dos saberes dos usuários para o benefício coletivo, e não apenas de seu tratamento individual. A primeira, diz dos grupos de suporte e ajuda mútua, que são facilitados por duplas de usuários ou familiares, com capacitação prévia e em estágio mais avançado de recuperação, têm como objetivo, a troca entre a experiência dos usuários, vivências que geram cumplicidade e apoio. É orientado que os grupos sejam realizados em espaços externos aos serviços, para vivenciar o território, aumentando, assim, o pertencimento comunitário. O processo de pesquisa sobre a pertinência de tais grupos para o campo da saúde mental gerou uma cartilha oficial com orientações para os usuários e familiares que desejarem constituir tais grupos na comunidade ou no interior de seus serviços (BRASIL, 2013b).

A outra experiência refere-se à coordenação de um grupo de intervenção com o Guia GAM realizada por dois usuários, com o financiamento de uma agência de fomento à pesquisa, os usuários, que já estavam envolvidos com a adaptação do guia em pesquisa anterior, recebiam pagamento para o desenvolvimento da atividade e eram acompanhados por um profissional e um pesquisador. Mas nos grupos, os profissionais em nenhum momento assumiam a coordenação do grupo, apenas ofertavam apoio caso necessário. O efeito de cogestão experimentado pelo grupo foi interessante, o autor refere que um dos coordenadores ouvia vozes, as quais se alternavam com as vozes ouvidas do grupo, e o próprio grupo acolhia essa situação aproveitando para compartilhar experiências semelhantes e discutir o uso dos medicamentos. Para Presotto et. al. (2013) essa experiência:

(...) permitiu descobrir habilidades dos usuários invisibilizadas no serviço de saúde e uma mudança de lugar provocadora de movimentos na direção do sujeito, para tomar posse de sua própria história como também movimentar-se em direção à cidadania e à inserção social. A partir dessa experiência de coordenação de grupo, esses usuários se tornaram pesquisadores no projeto, e essa nomeação foi de uma valia inestimável para eles, que desde o início do adoecimento e do tratamento no CAPS, tinham apenas um lugar no mundo: o de usuário de saúde mental. E a partir dali passaram a ser chamados e a se apresentar como pesquisadores da GAM (PRESOTTO et al., 2013, p. 2843).

Segundo Arraes et al. (2012) o exercício participativo dos usuários da saúde mental esbarra no desafio de superar o estigma social e a tradição da tutela. Nos espaços de

participação o estigma da loucura, a tutela e a interdição social e jurídica marcam estes atores e contribui para o não reconhecimento destes enquanto cidadãos, capazes de compor os processos participativos e do controle social (ARRAES, et al. 2012).

Num panorama internacional, mesmo com programas comunitários de atenção, o protagonismo dos pacientes em sofrimento psíquico ainda é pouco considerado. É preciso, ainda, uma prática em rede, no território, que rompa com a normalização e a disciplina (DESVIAT, 2011). A ausência de cultura participativa entre as comunidades é um desafio para o compartilhamento da gestão da saúde, a postura dos gestores e trabalhadores é decisiva nesse sentido, pois pode facilitar ou inibir a participação comunitária (BISPO Jr; MARTINS, 2014). A participação ainda é um nó crítico para o avanço da reforma. Há a necessidade dos usuários e familiares sustentarem a reforma para não haver retrocessos, construindo projetos que não dependam dos CAPS e que fujam da tutela (VASCONSCELOS, 2009). Entretanto, não depender dos CAPS não é o mesmo que prescindir deles.

Costa e Paulon (2012) consideram a participação como um processo de subjetivação, um movimento que comporta idas e vindas, e identificam, assim como o estudo aqui desenvolvido, a necessidade expressa pelos usuários de sentirem suas manifestações acolhidas pelo grupo que participam, caso contrário, a participação neste campo é enfraquecida, as pessoas desistem de participar diante do não acolhimento de suas opiniões. Há uma exclusão do “dever-outro” no campo da participação dos sujeitos da loucura. Essa dimensão desarrazoada da subjetividade, que consideramos constitutiva do tecido social, poderia indicar outro lugar social, contribuindo para a ampliação da democracia, entretanto, a cidadania, ao prever igualdade para os iguais, expelle da cena política cotidiana a loucura (COSTA, 2011).

O enfrentamento coletivo ao estigma da loucura, que discrimina e sufoca os sujeitos em sofrimento, não pode ser um enfrentamento solitário, dependente das habilidades individuais destes sujeitos. É uma autonomia que precisa ser construída em rede, com incentivos dos mais diversos, com dispositivos de atenção que sustentem o princípio de participação da comunidade na produção de saúde. A pesquisa maior ainda está em andamento. Aquele conselheiro que se interessou pelo Grupo de Interesse tem sido um assíduo frequentador dos espaços participativos criados por esta. Passados os encontros desta pesquisa que vinha coordenando, soube que ele passou a ocupar o cargo de vice-presidência da associação, após uma assembleia geral, a qual não contou com outros usuários, nem foi divulgada, sendo apenas uma formalidade. A associação do município vizinho continua a participar ativamente das discussões do Grupo de Interesse de seu município. Com esses encontros do grupo, os diretores da associação conheceram mais trabalhadores da rede,

divulgaram o trabalho da associação e articularam novas parcerias, inclusive com o CAPS II, que não os conhecia.

No desenvolvimento desta escrita é incômodo referir-me a estes sujeitos como simples “usuários”. No encontro com estes atores do campo da saúde mental ficou como marca desta experiência uma inversão de papéis, pois muitos dos profissionais dos serviços é que ocupavam uma posição de “usuários”, ao simplesmente “usarem” o seu espaço de saber-poder a fim de manterem as coisas como eram e não desenvolverem parcerias que preconizassem a inclusão dos usuários no planejamento dos serviços. Os serviços se apresentavam, nos discursos destes atores, como espaços que pareciam não suportar os sujeitos que desejavam mais participação. Por motivos geralmente justificados como de ordem estrutural ou técnica, aos usuários que desejavam mais espaços de participação lhes era oferecida a “porta de saída”.

Ao analisarmos as situações vivenciadas por esta investigação, num plano micropolítico, é possível afirmar que a participação dos usuários no campo da saúde tem-se produzido de modo marginal, no “espaço banal” dos territórios, mais do que incluído nas redes de saúde que o compõem. Quando houve a criação e instituição de associações, nos municípios pesquisados, entre os usuários, esta se deu pelo “fora” das políticas, pela margem. Os movimentos mais protagonistas destes atores, naquele contexto, ora são capturados pela gestão, ora ficam para “morrer”, dependente de uma vontade individual, já que os serviços especializados e/ou de atenção básica, nas suas demandas excessivas, justificam não ter tempo para “ajudar”.

A corresponsabilização e a cogestão preconizadas pela PNH talvez ainda sejam insuficientes para dar conta de tamanha complexidade que é incluir o saber dos usuários no fazer saúde. O trabalho, aqui apresentado, pode acrescentar que a própria política de saúde mental carece de elementos norteadores para fomentar tais movimentos protagonistas. Os incentivos das políticas governamentais, neste sentido, são importantes. Programas direcionados especificamente para fomentar a participação social no interior dos serviços de saúde mental fariam circular este tema, colocando luz à necessidade de composição dos serviços com os saberes territoriais.

4.3 O “deixar morrer” da Política de Saúde Mental

O usuário é a peça que tem toda a bagagem de experiência, compartilhem o nosso sofrimento, é a maneira mais rápida de conhecer. (Usuário, conselheiro de saúde).

Podemos dizer que num plano comum, todos nós estamos sujeitos às políticas públicas, estas podem se diferenciar entre políticas de Estado e políticas de governo. No caso da saúde, o SUS é considerado um sistema decorrente de uma política de Estado, instituído pela nossa constituição, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse tipo de política tem uma institucionalidade mais forte e maior continuidade, já as políticas de governo podem não ter tanta continuidade, pois dependem das conjunturas da época de cada Estado. Estas são produzidas a partir de um projeto político específico, que assume o aparelho de Estado. A continuidade de um projeto, assim, está sujeita a sua força nas diferentes esferas sociais, e para irem além do período de gestão necessitam efetiva participação social (BARROS; PIMENTEL, 2012).

A nossa Política Nacional de Saúde Mental, uma política governamental, que apresenta uma diversidade de dispositivos de atenção à saúde mental e de serviços já estruturados, apoia-se na política de Estado, sob a lei 10.216 de 2001. Essa política pública se materializa cotidianamente nas ações desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial, com os demais serviços dos territórios, bem como, através de ações intersetoriais. Mas essa política e seus dispositivos decorrentes só terão continuidade e conseguirão sustentar os princípios que carregam, da Reforma Psiquiátrica, se conseguirem alcançar o seu coletivo, o comum, através da participação social. Se conseguirem, como bem indica o usuário na fala destacada inicialmente, *compartilhar do sofrimento* e se interessarem pela *bagagem de experiência* do usuário.

Barros e Pimentel (2012) sustentam que as políticas públicas precisam se coproduzirem com o campo coletivo de forças. A dimensão pública dos projetos e programas se efetiva quando as políticas conseguem expressar interesses coletivos, mas coletivos no sentido de heterogeneidade, o que é diferente de políticas totalizantes.

Como já explanado, habitamos territórios expressos em formas e forças, territórios que coemergem com as dinâmicas sociais e institucionais. Neste plano territorial, as políticas e as redes se fazem, se mostram nas condutas, nas organizações e nos serviços, e alcançam o público, o espaço banal do território, os seus ritornelos, bem como, se coproduzem com os regimes de poder de sua época. A política de saúde mental tem-se desenvolvido neste plano coletivo e, se encontramos preocupantes fragilidades no seu modo de incluir a participação dos seus usuários, podemos inferir que sua dinâmica tem-se dado afinada aos regimes de poder da atualidade. Quando Foucault (2010), na década de 1970, elabora sua análise dos regimes de poder produzidos pelas sociedades, distingue os modos de propagação do poder no tecido social. Estabelece diferenças entre o regime de poder antes do século XVIII, do regime

de poder iniciado com a era industrial. Segundo o autor, o poder que o soberano detinha sobre a vida das pessoas se propagava através do direito de *fazer morrer* ou *deixar viver*, era ele que decidia sobre a vida de seus súditos. Esse grande poder da soberania, absoluto e sombrio, se manteve até o século XVIII, com as grandes potências mundiais da época ampliando suas capacidades industriais, sua população, foram necessários outros mecanismos de controle sobre as sociedades. Dessa transformação social, Foucault analisa ter sido forjado outro regime de poder, o biopoder.

O poder soberano já não alcançava as transformações sociais da época, seu modo de organização tornava-se inoperante para reger os meios econômicos e políticos. Para operar o controle sobre os indivíduos e as massas, foi preciso esse novo regime, um poder que se ocupa da vida de modo mais abrangente e que se opera através de duas tecnologias de domínio, a disciplina e a biopolítica. A primeira capaz de dar conta do “detalhe” e a outra da “massa” (FOUCAULT, 2010). A tecnologia disciplinar se destina ao controle dos corpos, concebe o corpo como organismo dotado de capacidades, que para melhor aproveitamento precisa ser docilizado, cria, para isso, grandes instituições sociais (família, prisão, escola, hospital, quartel). Para tornar o corpo mais útil às exigências sociais de produção, de aumento populacional e de industrialização, foi preciso, então, este mecanismo do poder, que nos individualiza, nos vigia e nos treina. É esse mecanismo de poder, disciplinar, que encontramos na organização dos serviços de saúde, produtor dos especialismos, das corporações profissionais, das hierarquizações do trabalho, da supervalorização do saber técnico em detrimento do saber dos usuários. É uma tecnologia de controle que organiza e produz a vida social, conseqüentemente, dita os lugares e papéis de cada um na produção de saúde.

O segundo mecanismo do biopoder, a biopolítica, de um modo geral, e nas teorizações do autor, destina-se ao controle e regulamentação da vida-espécie, das massas, dos conjuntos populacionais, com metodologias que se expressam em previsões dos fenômenos globais, medições estatísticas, etc.. Com a organização social voltada para esse controle da vida, individual e coletiva, a ciência vai deter-se ao estudo do homem biológico, homem-trabalhador-produtor, e, os Estados, no empenho de diminuir a morbidade, estimular a natalidade e em criar meios de “esticar” e controlar a vida (FOUCAULT, 2010). Disciplina e biopolítica operam o biopoder, o qual, ao contrário do poder soberano da lógica do *fazer morrer* e *deixar viver*, assumirá a lógica do *fazer viver* e *deixar morrer*.

O biopoder investirá na vida de ponta a ponta, tanto pelo sujeitamento dos corpos às escolas, fábricas, família, à sujeição das populações aos meios de regulação da espécie humana. O biopoder exige a vida, o direito à vida, e é só em defesa da vida que a morte é

aceitável. Diante deste novo regime de poder, o direito de matar do Estado se justificará na defesa do direito de viver, se sob o regime do poder soberano se matava em nome de um soberano, sob o regime do biopoder se mata em defesa da vida. Como exemplo, as guerras genocidas do séc. XIX, se deram sob esta justificativa e defesa, massacres em defesa da vida das populações (PELBART, 2011). Trata-se, então, de uma atualização do regime do soberano, introduzido desde o séc. XVIII nas sociedades e nas formas de Estado, regulações globais que estão disseminadas não apenas nos níveis estatais, mas também, nas instituições sociais como um todo (FOUCAULT, 2010). É neste período, de transformação do regime de poder e seus mecanismos, que a saúde da população torna-se objeto de preocupação e avaliação para os Estados, a população como um todo passa a ser vista como força produtora de riqueza e potência das nações. Desta preocupação surgem os primeiros tratados de saúde pública e formas de governo voltadas para o “*fazer viver*” (MARTINS; PEIXOTO Jr., 2009).

Do biopoder decorre a individualização do social e, ao mesmo tempo, sua totalização, sua normalização em nome da vida. As técnicas políticas, “o direito à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação de todas as necessidades, é a réplica política aos novos procedimentos do poder” (PELBART, 2011, p. 59). O biopoder vai se produzindo nos modos de governo da vida e, conseqüentemente, marcará as políticas de Estado, as políticas governamentais, disperso no meio social, fabricando subjetividades. Inevitavelmente, estará imbricado com as políticas públicas, e no interior delas poderemos assistir à dinâmica do *fazer viver e deixar morrer*. Há sempre algo à margem das políticas.

Se nos atentarmos ao que Foucault observa sobre a dinâmica do biopoder, no que tange à Política de Saúde Mental, que faz viver uma multiplicidade de estratégias a favor da vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, cabe a questão: o que a política de saúde mental brasileira tem *deixado morrer*?

Na política de saúde mental, apesar do discurso ser focado no protagonismo dos usuários, os meios para tal objetivo concentram-se em estratégias como o Plano Terapêutico Singular (PTS) ou na formação de associações entre os usuários. A política de saúde mental se ocupa, ainda, muito pouco do fortalecimento da participação dos usuários nas RAPS, e não apresenta incentivos financeiros e de formação política neste sentido para os usuários. Assim, as possibilidades de inclusão da participação dos usuários é, muitas vezes, “deixada para morrer” diante de equipes com demandas excessivas de trabalho, precarização dos vínculos empregatícios, e metodologias para a participação que podem ser facilmente capturadas pelas lógicas e interesses contrários aos princípios reformistas.

O protagonismo e a participação dos usuários, nas cartilhas e diretrizes da política de saúde mental, aparecem como o objetivo do campo da reforma, da transformação cultural proposta por ela. Há o incentivo teórico à participação no interior dos serviços especializados, mas como o já discutido, sem planejamento metodológico e incentivo financeiro a participação fica dependente apenas das associações, que exigem uma organização dos usuários para serem representantes, na fragilidade destas, fica difícil os ideais reformistas se aproximarem do cotidiano territorial dos sujeitos.

A participação, que se faz pela via da representação, irá apresentar os problemas típicos dessa metodologia, a representatividade faz levantar uma série de questões discutidas pelas teorias democráticas, cada dispositivo participativo criado produz um tipo de participação e incide de um modo no campo das políticas públicas. No campo da saúde mental é preciso a criação, talvez, de estratégias governamentais que avaliem continuamente a inclusão dos sujeitos nos serviços, bem como, espaços de participação em rede, para a qualificação da RAPS com aumento do leque de possibilidades para o protagonismo dos usuários.

Esta investigação de mestrado possibilitou identificar que a participação dos usuários do campo da saúde mental e/ou atenção básica ainda é bastante dependente de suas articulações locais e de suas “vontades” individuais, não havendo campanhas, chamamento público ou destinação de espaços em que os usuários são convocados a expressar suas opiniões no andamento dos serviços, na avaliação das práticas dos serviços de saúde mental ou da rede de atenção psicossocial local.

Não encontramos nos documentos legais, ou em estratégias locais, meios para alcançar os usuários dos serviços e construir com eles a “vontade de participar”. Fazê-los sentirem-se importantes depende não só de iniciativas criativas, singulares e de reflexão crítica, mas de orientações institucionais, as quais poderiam auxiliar, desde que reconhecendo a complexidade que envolve a participação, a formulação de diretrizes para a criação de espaços de participação entre os serviços. É preciso que entre os serviços da saúde, especializados ou não, haja estratégias para a inclusão de todos os atores, espaços de participação nas políticas de modo integrado, territorial e aberto ao plano comum, não dependente de representatividades.

O trabalho da política pública é o de fazer-se por composição, da experimentação com o comum, com a heterogeneidade do território. Como afirmam as autoras:

Uma política pública deve garantir a participação social em sua elaboração, planejamento, execução, monitoramento e ser estruturada e balizada por meio de lutas coletivas e interesses das diferentes dimensões do *socius*. Essa dimensão pública de uma política se atualiza como rede de relações multivetorializadas, exige interferências, transversalidade, cogestão e inclui sujeitos com necessidades, demandas. (BARROS; PIMENTEL, 2012, p. 11).

A condição da política pública é, então, sempre abrir-se às forças do coletivo. O trabalho na esfera pública deverá ser o da recusa às formas naturalizadas, pois se entende que o trabalho com o coletivo é um exercício de constituição, movimento de construção de um mundo comum, singular. Mas aí cabe frisar qual a concepção de “comum” a que as autoras se referem:

Esse comum se faz como rede heterogênea, dispersa, complexa e multidirecional. Coletivo e singularidade não se excluem. Singularidade não é sinônimo de individualidade, pois esta última é relação do eu com uma realidade, transcende. Então, esse comum se faz não como materialização de forças hegemônicas que tendem a segmentar, individualizar, definir, demarcar, localizar, cerceando conexões de forças minoritárias que tendem a se exercer em outro sentido: faz-se por diferenciação e heterogênese, ou seja, gerando diferença e não homogeneidade e semelhança. Trabalhar com políticas públicas na esteira do que estamos afirmando é construir coletivamente estratégias de transformar para conhecer uma dada realidade que se constitui a partir de semióticas singulares, é incluir diferentes protagonismos (BARROS; PIMENTEL, 2012, p. 12).

Vasconcelos (2014) considera que há, no Brasil, muitas limitações para o protagonismo dos usuários da saúde mental, referindo, ainda, que tais limitações são estruturais, culturais e conjunturais, que fragilizam a experiência de ativismo e empoderamento dos usuários. Segundo o autor, são poucas as experiências de associações civis entre os usuários, trabalhadores e familiares, e as existentes, geralmente, são gerenciadas por profissionais, sem recursos financeiros para sustentar os encontros e atividades.

Um dos motivos para tal questão é a de que os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica tiveram predominância de profissionais e agentes estatais. Se, desde então, esta dimensão mostra-se frágil, podemos inferir que pouco foi investido no âmbito de programas e políticas no sentido de produção do desejo de pertencimento à coisa pública. Do que surgiu nos encontros desta pesquisa, a pouca articulação política entre os usuários dos serviços, a hipermedicalização que os deixa cansados até mesmo para eventos lúdicos, e a sobrecarga de trabalho dos técnicos, evidenciam as fragilidades do sistema para dar conta do princípio de participação social. Vasconcelos (2014) refere, ainda, haver uma hegemonia da cultura hierárquica com as classes populares nos serviços de saúde. É o famoso “você sabe com quem está falando?”, que intimida a participação e vai ao sentido oposto de uma relação igualitária.

Na presente investigação, a visualização de banheiros separados (usuários/funcionários) no interior dos serviços indica o quanto a igualdade entre os atores ainda é algo a ser alcançado. Desviat (2011) identifica que tivemos algumas décadas reformistas no mundo, onde a atenção psicossocial teve força como um valor, porém, atualmente, assiste-se a um redirecionamento da atenção, que retorna para um reducionismo, expresso principalmente na medicalização da assistência. O autor aponta que essa medicalização da sociedade tem como efeito um imaginário social cheio de prejuízos, que reflete na noção de cidadania dos sujeitos e no modo como estes se organizam para reivindicar seus direitos. Há uma fragmentação, grupos que se associam por sua patologia e se articulam para lutar por seus direitos individuais, sem considerar que fazem parte de um todo em adoecimento, são os bipolares, os limítrofes, os esquizofrênicos, e por aí vão as categorias diagnósticas agrupadas em associações que levantam bandeiras individuais e ficam à mercê dos lobbies como o das indústrias farmacêuticas: “Ni la farmacopsiquiatria ni el mercado como política de gobierno son una respuesta para garantizar la salud. La sociedad de mercado funciona sin referencias éticas: no le cabe el individuo en tanto sujeto moral” (DESVIAT, 2011, p. 4620).

Mesmo existindo espaços de participação, estes não estão livres de comportarem interesses contrários às reformas ou aos seus valores primeiros. Como apontam Luzio e Yasui (2010), os setores dominantes da psiquiatria, como os donos de hospitais psiquiátricos e os grupos dos laboratórios farmacêuticos, passaram também a ocupar os espaços de participação do campo da saúde, e a adaptar-se a esse novo modelo político de democracia participativa. Estes atores, inclusive, adotam a postura de abraçar a causa “por uma sociedade sem manicômios” e têm atuado no subsídio da participação de usuários ou fornecendo patrocínio para eventos da luta antimanicomial [ou fornecendo medicações “gratuitas” aos CAPS]. O processo de reforma criou novos atores para o campo, bem como a confluência de interesses, da qual falávamos, propostas nem sempre coerentes com a vontade de diminuir o estigma social associado à loucura.

No relatório final da IV Conferencia Nacional em Saúde Mental de 2010 são levantadas as preocupações com o contexto de terceirização e precarização do trabalho na saúde mental; crescente representação política dos médicos psiquiatras, surgindo novas exigências corporativistas, como o cuidado centrado no modelo biomédico e campanha contrária à reforma psiquiátrica. Assim como, a complexidade política no campo da saúde mental que tem como efeito as dificuldades de organização para a representação de usuários e familiares (ARRAES, et al. 2012).

Para Arraes et al. (2012), o campo da saúde mental enfrenta agravantes quando falamos em participação dos usuários, estes se relacionam aos modos de subjetivação e lugar social que o louco ocupa no campo da saúde. Em geral, já é sabido que a regulamentação de espaços democráticos para a formulação de políticas não garante atuação efetiva e protagonista dos sujeitos. Atribuem a este fato problemas como a carência de informação, de formação política dos atores e a cooptação por segmentos cujo poder de influência e decisão prevalece, de modo que no caso dos usuários da saúde mental estes atravessamentos tendem a dificultar movimentos de maior protagonismo.

As autoras destacam a necessidade de investimentos na formação política dos usuários, a fim de ampliar os canais de discussão no campo da saúde mental, mais espaços que propiciem o debate no cotidiano dos usuários e dos familiares. Sugerem, para tanto, a criação de fóruns periódicos, da gestão participativa nos serviços substitutivos, a participação de usuários nos conselhos, bem como, a potencialização da atuação de associações e grupos de suporte e ajuda mútuos como formas potentes de empoderamento e consequente desconstrução da cultura manicomial. Assim, a participação precisa se fazer no cotidiano e não apenas em momentos de realização de conferências e eventos específicos (ARRAES et al., 2012).

Segundo Flores et al. (2015), a participação ativa dos usuários na rede aumenta o vínculo entre os próprios usuários. O aumento da participação nos serviços substitutivos deve ser incentivado, com financiamentos para que os usuários possam circular mais pelos espaços da cidade. Os autores identificam que os CAPS precisam favorecer mais essa circulação, nas redes e nas cidades, para que o cuidado e a participação não fiquem restritos ao espaço do CAPS, ao tratamento medicamentoso, às linguagens já conhecidas do campo da saúde mental. Nessa perspectiva, a construção da rede de cuidados deve ser conjunta, potencializar a participação e valorizar as experiências dos usuários, os quais, “devem encabeçar/protagonizar diálogos sobre a loucura” (FLORES et al., 2015, p. 264).

Assim, se esta é a condição para a política pública ser efetivamente pública, a avaliação de seu caráter público necessita ser permanente. A questão inicialmente proposta, portanto, de “como a política de saúde mental pode tornar-se mais pública?”, ganha especial relevância no conjunto de problemáticas aqui analisadas para que a democracia brasileira avance no sentido de uma democracia cada vez mais participativa. Será possível pensarmos na participação em saúde mental capaz de se compor com o seu território, e assim fazer-se nele, e perdurar para além de períodos circunstanciais de gestão, resistindo às confluências perversas de nosso tempo, e não se tornando apenas instrumento biopolítico? Se a

participação estiver sendo “deixada para morrer”, qual política estaria ficando mais viva? Que espécie de relação com o estado nossa sociedade estará de fato constituindo nesses anos de aprendizagem democrática? Criar dispositivos de participação é tarefa complexa, não basta sua simples implementação ou orientação legal; é necessário, também, pensar sua metodologia, seu alcance, sua abertura ao comum, ao tempo não cronológico, aos ritornos do território e sua suscetibilidade inevitável à biopolítica.

O fato dos processos participativos estarem à margem na política de saúde mental, não é um efeito da biopolítica apenas nesta política específica, é um efeito nas políticas como um todo. Cabe ressaltar que a biopolítica transforma-se com a expansão do capitalismo e transforma, também, a própria significação da vida na sociedade. Para Hardt e Negri (apud PELBART, 2011), o biopoder assume um domínio paradoxal, cria igualmente um meio de pluralidade e singularização ingovernável. A noção de vida, a partir do regime de biopoder, muda e deixa de ser definida apenas pelos seus processos biológicos. A biopolítica passará a ocupar-se em dominar a vida nas suas dimensões imateriais, e simultaneamente a vida irá ampliando os seus sentidos, o biopoder tenta tomar o controle da inteligência, do desejo, do afeto, e numa propagação a vida vai assumindo outros contornos, se produzindo como sinergia coletiva, híbrida. O duplo da biopolítica consiste nessa inversão, nesse paradoxo, o poder, ao investir na vida, encontra como resposta e resistência, o poder da vida em transformar-se e ser incontrolável. O poder político da vida está no seu modo “de variar suas formas e reinventar suas coordenadas de enunciação” (PELBART, 2011, p. 83). É nessa transformação, operada pelo mecanismo biopolítico, que poderemos encontrar caminhos outros para o sentido da participação, nessa sinergia coletiva, inesgotável e sempre a se reinventar.

MUDOS OS TEMPOS MUDAS AS VONTADES

MUDOS OS TEMPOS

MUDAS AS VONTADES

MUDOS OS TEMPOS MUDAS AS VONTADES

NESTLÉ

5 A PARTICIPAÇÃO FAZ NASCER O TEMPO

Em um dia bastante chuvoso, fui ao encontro de uma comunidade, que em termos de saúde, estava preste a se transformar. A gestão municipal daquela localidade convidou a população para conversar sobre a iminente mudança no modelo de atenção básica do seu território. A velha unidade de saúde transformar-se-ia em Estratégia de Saúde da Família, uma mudança que gerava dúvidas e receio entre os moradores, motivo pelo qual o encontro tornou-se imprescindível.

Ao chegar no salão paroquial do bairro, eu estava encharcada pela chuva, sou recepcionada pelo abraço da coordenadora da atenção básica, já nos conhecemos do percurso da pesquisa maior que desenvolvemos no município. Fui adentrando o recinto, um pouco encantada com toda aquela simplicidade, que me dava uma sensação familiar. Lembrava da época em que frequentava os salões da igreja de meu bairro. Acomodei-me no banco e para a minha surpresa, o salão logo começou a encher, geralmente, os chamados à população resultam em encontros esvaziados... Mas não, este contrariava a lógica, talvez por ser à tarde? Mas com chuva?

Tal mobilização coletiva ia se desenhando de forma curiosa... Ao todo, mais de cem pessoas, na sua maioria idosas, foram se acomodando, não restando lugares. Na espera pelo início da reunião, fiquei divagando sobre aquele momento, pensando no tempo lá fora, pensando nos diferentes tempos que nos atravessam, ocorreu-me que em português a palavra tempo é indiscriminada, refere-se tanto ao clima quanto à duração. Passou a soar-me um tanto estranha a palavra “tempo” referida ao clima, tempo chuvoso era o que tínhamos naquele dia, como chove no tempo? Como pode existir um tempo que chove?

Sentada, em meio aos moradores, atentei-me para as suas conversas. Atrás de mim, ouvi algumas senhoras conversando sobre um abaixo-assinado que haviam passado ao longo da semana para os usuários da unidade. Do que pude entender, era um meio de reivindicar a permanência dos médicos na unidade. Argumentavam entre elas: - “Me trato com ele há 15 anos!” - “Já falaram com os médicos, e eles também não querem sair, mas é uma imposição da prefeitura”. Nesse instante, o representante do planejamento urbano chega e, por conhecer a comunidade há 30 anos, é chamado por aquelas senhoras, que o questionam e comentam: - “Não é cubano, né? ... Não é questão de discriminação, mas é que tem que ser alguém que nos conheça!”. O burburinho continua, dirijo o meu olhar às médicas cubanas, três, sentadas à minha frente.

A reunião inicia com a fala desse representante, ele aproveita o momento para dizer que “agora é lei”, o lixo não pode mais ser jogado na rua, informam que as “sacolinhas” distribuídas na entrada têm o objetivo de divulgar isto, e fica contente que o número de presentes excedeu o número de “sacolinhas” disponíveis. Ele também articula essa necessidade de mudança cultural ao cuidado em saúde, “cuidar do ambiente é cuidar da saúde de todos”, logo, alguns saem em defesa das suas ruas, afirmando que estão sempre

limpas e cuidadas. Outras ações neste sentido são divulgadas, como a construção de “ecopontos” para o descarte de lixo e a tentativa de associação com os carroceiros do município, mais de mil, a fim de que a prefeitura não os prejudicasse, já que eram eles os responsáveis, até então, pelos descartes.

O secretário de saúde inicia a sua fala. Não sei se foi o entusiasmo dele ao falar, ou o meu, em ver transformações tão importantes sendo discutidas com a comunidade (coisa rara!) que sua fala tenha me soado tão apropriada: “A comunidade precisa ser fortalecida, a ESF é para fortalecer os vínculos da comunidade, todos serão acolhidos! (...) Não é um modelo que trata da doença, é um modelo que promove a saúde. (...) Há alguns anos não há conversa com a comunidade! Precisamos começar com um relacionamento”. A iniciativa do diálogo ia produzindo uma intensidade positiva no ambiente.

As novas equipes foram, então, apresentadas. As posturas das três médicas cubanas chamaram atenção. O técnico de enfermagem que as apresentava fez questão de reafirmar que elas eram pessoas simples, “como nós”, “que irão nos tratar de igual pra igual”. Ele enfatizava que o modelo de ensino delas era integral. Fez comparações com os modelos de ensino reducionistas e fragmentários, que por tanto tempo foram os únicos ofertados à comunidade. Seguiu sua apresentação com um vídeo “motivador para as mudanças”, explicou que era um vídeo muito apresentado em empresas e que ajudaria na reflexão sobre aquele processo, “diminuindo o pessimismo”. O filme continha imagens de batalhas, com um narrador descrevendo a importância de mudarmos e enfrentarmos os nossos medos. Entusiasmado por aquela mudança, ele ainda expôs que o encontro era para fomentar o debate, inserir a comunidade naquela transformação. A coordenadora da Atenção Básica e o coordenador do ESF apresentaram slides, que, aos poucos, estabeleciam comparações entre o antigo modelo da UBS e o novo, da USF. Era um esforço para explicar como uma unidade de saúde não terá mais um ginecologista e um pediatra. Para os usuários, acostumados com os especialismos e recortes cartesianos do corpo, soava como um descaso. Mas algo de novo passa a ter mais relevância naquele encontro. Os que ali ouvem as propostas começam a se encantar com o fato de que as médicas irão examiná-los, irão “encostar no seu corpo”, e que, para fazer isso, a sua especialidade é mais abrangente, é para todos os períodos de uma vida: infância, adolescência, idade adulta e velhice. Os gestores discursam com veemência que não haverá mais as consultas rápidas, em que os médicos sequer olham para o paciente, e a frase “elas vão encostar em vocês” são entoadas como palavras mágicas. Ficam em “ebulição”, no ambiente, as décadas de descaso com o corpo. As resistências vão se esvaindo.

Aquelas pessoas, antes interessadas em manter seus velhos médicos, agora, parecem entusiasmadas com a oferta da ação mais característica do cuidado humano: o toque. Esquecido e negado, agora está de volta, ainda como virtualidade, promessa e esperança. Ao abrirem o tempo para os questionamentos, ficam mais vívidos os relatos de negligências com

o corpo. Uma das senhoras, que iria entregar o abaixo-assinado, levanta e diz que não sabia que a mudança era pra melhor, que a equipe ia aumentar, sendo assim, não mais o entregariam, pois estavam entendendo o benefício para a comunidade. Neste instante, sua fala é atropelada pelos berros de um senhor: “Eu assinei isso aí, mas eu não assino pra médico! Eu fiquei seis meses me tratando pra coluna, e depois fiquei sabendo que o que eu tinha eram dois tumores na cabeça! O médico nem me olhava! Pra médico eu não assino, pode tirar o meu nome daí!” Silêncio na sala...

Os espaços de discussão e participação desta pesquisa, de algum modo, permitiram experimentar temporalidades distintas. De todos os encontros até aqui relatados, este, em especial, foi o que mais propiciou esta experiência de um tempo territorial, carregado de afetos. Tratava-se, a princípio, de uma reunião informativa, mas que foi ampliando os seus sentidos, evidenciando a profundidade do passado no tempo presente. O encontro não havia sido proposto pela pesquisa maior ou pela minha pesquisa, fui com o único intuito de experimentar um espaço comunitário de discussão. Este encontro com a comunidade se deu no período de início da nossa aproximação com o campo, os grupos de interesse ainda não haviam sido criados. Apesar de tão inicial, foi um encontro marcante no percurso de pesquisa. A potência de um espaço de participação, as multiplicidades produzidas pelo território, produziram o desejo de que espaços assim pudessem ser do cotidiano comunitário e do cotidiano da saúde. Produziram desejos de mais participação em todos nós que ali participávamos.

Da abertura do tempo comunitário para a participação, ao depoimento final, inflamado, ao qual não restaram palavras capazes de resgatar o tempo perdido, foi operada como que uma fratura no tempo homogêneo daquela comunidade. Uma fratura que fez jorrar temporalidades vívidas/vividas que coexistiam naquela cena. A passagem do tempo, para autores como Deleuze, Bergson e Proust, se dá pelo duplo atual-virtual (DELEUZE, 1990). O tempo se desdobra num instante em presente e passado, o passado vai se conservando como virtualidade e coexiste com o presente em diferentes níveis.

No encontro comunitário, o território carregava o peso de seu passado, a profundidade do passado era presente no plano virtual, nas marcas concretas que os sujeitos carregavam. O passado e o presente coexistem e, em seus desdobramentos, formam o que Deleuze (1990) chama de imagem cristal. É como se o tempo, ao se fundar, passasse por um cristal, e o cristal operasse essa cisão virtual-atual no tempo, o transforma em passado, presente e devir. Essa passagem do tempo independe de nossos movimentos, é compartilhada, é a duração que não cabe nos ponteiros, é o tempo não cronológico. Aquele espaço de discussão possibilitou o

engendramento passado-presente-futuro que pode nos ajudar a ampliar os sentidos da participação social no campo da saúde. Conjugavam-se “passados-crentes-no-saber-médico”, “futuros-a-espera-do-toque”, “presentes-carentes-de-cuidado”. Dessa mistura temporal, outro tempo foi possível nascer. Em um instante, outras marcas foram inscritas naquele território.

Na dinâmica de fundação do tempo, temporalidades distintas coexistem, é o passado, é o presente, é o tempo que se perde (DELEUZE, 2003). Conectamo-nos a essa passagem pela faculdade da memória, mas não a memória que conserva o que foi experiência consciente. Cláudio Ulpiano (1997) explica, a partir de Proust, que somos dotados de uma memória que nos conecta ao próprio tempo. Uma faculdade humana que nos proporciona o contato com o tempo puro, que comporta também a dimensão do tempo que se perde, que nunca foi presente. Essa memória, chamada de ontológica ou memória involuntária (DELEUZE, 2003), não estaria ligada somente as nossas experiências vividas, há em nós essa memória capaz de trazer de volta algo que nunca foi experimentado, mas que existiu como possível. Proust (apud DELEUZE, 2003) indica que essa memória não lida com o antigo presente vivido, mas com o próprio tempo que não depende de um movimento (experiência) para existir, é como um “ser em si do passado”, que comporta os signos daquilo que nunca foi. Sem a existência deste “ser em si do passado”, não seria possível a passagem do tempo, pois ele é uma das dimensões virtuais do duplo atual-virtual. O atual não seria possível se não houvesse, também, a conservação virtual daquilo que poderia ter sido.

O território existencial, compartilhado nessa experiência de pesquisa, comportava ritmos e personagens, personagens que carregavam as marcas de um modelo de cuidado e uma angústia pela desterritorialização. O espaço de participação tentou se desenvolver como um espaço de cuidado para esse processo de mudança. A gestão municipal, de certo modo, preocupou-se, ainda que tardiamente, em propiciar um ambiente de passagem, a fim de que a mudança fosse percebida como algo positivo. É possível inferir que aquela polifonia, o misturar das vozes, ia abrindo caminho à composição de outros ritornelos. A mistura propiciada pela discussão coletiva inaugurava outros ritornelos e atualizava o tempo territorial.

Naquele acontecimento comunitário, a memória e a história do território foram ativadas, os atores iam verbalizando suas marcas, e a profundidade do passado se fazia visível na superfície atual. A discussão coletiva possibilitava “revirar” o presente e encontrar no desejo coletivo o ponto de ruptura com a lógica que até então era dominante, possibilitou ampliar o sentido do cuidado em saúde. Para Farina et al. (2010) revirar o presente é um gesto de construção de outras formas de existir, de encontrar outras problemáticas. Desse modo, no

campo da participação como um todo os sujeitos trarão suas angústias comunitárias, as experiências vívidas não se ligarão apenas a uma circunscrição, a um domínio, seja ele sanitário ou de habitação. Aproveitar essas experiências é importante para ampliar culturalmente a concepção de saúde, enfrentar o estigma da loucura e também produzir apostas em ações intersetoriais. Para Foucault (1992), o presente é entendido como o corpo do devir, a história está no presente, o presente é a superfície de inscrição dos acontecimentos. No presente encontramos as marcas, as intensidades, as agitações, é um plano de vetores que se entrecruzam, é o passado que se presentifica e o futuro que espera. Ao “revirar” o presente se encontram nas suas marcas os pontos de ruptura, de resistência, que mostram a possibilidade de desviarmos daquilo que insiste, em qualquer temporalidade (SANTOS, 2010).

Os Grupos de Interesse da pesquisa maior também possibilitaram a atualização desta *superfície profunda*. Foram muitos os episódios em que os atores, ao irem narrando a sua história no campo da saúde produziam reflexões sobre práticas e papéis já enrijecidos, como no caso do conselheiro da saúde e membro da associação de usuários que há tempos sentia-se estagnado neste papel e sem ver sentido nessa função de representação. Os espaços de discussão coletiva abrem brechas nas formações já instituídas, para que outras forças do *fora*⁹ possam dobrar e se fazerem presentes. Do livre debate, possibilitado tanto pelo encontro comunitário, quanto pelos GIs, foi possível operar uma diferenciação dos papéis já instituídos no campo da saúde, criando outras roupagens para o “ser usuário”, podendo deixar evidente o quanto este usuário é gestor em seu território, o conhece e pode trabalhar na sua constituição.

Para além de uma presentificação do passado, é possível que no encontro comunitário outro fenômeno se desse, uma conexão com o *tempo puro*. Os signos de um encontro temporal nos forçam a pensar, nos levam a redescobrir o tempo que ainda é possível. Quando o pensamento se liga e se atenta a esse movimento de nascimento do tempo, ele se torna criador (ULPIANO, 1997). Segundo Deleuze (2003, p. 89), “Sem algo que force a pensar, sem algo que violente o pensamento, este nada significa”. É nessa operação que “abrimos a porta do devir”, o pensamento é, então, alguma coisa, quando consegue mergulhar nessa mistura temporal e no mundo dos seus signos. O que nos força a pensar é o signo, daí criamos algo para além do tempo, quando se conecta com um devir.

⁹ Ao *fora* pertencem as forças, as formações históricas, as dimensões vívidas de modos de ver e modos de dizer, virtuais, concretas, formações discursivas e formações não-discursivas, forças que vão operando agenciamentos diversos (DELEUZE, 2005b).

Produzir conhecimento é, assim, estar atento ao nascimento do tempo, é produzir a conexão criadora com o devir. A sobreposição das temporalidades, ligadas ao problema da qualificação do cuidado em saúde, provocou o surgimento de novos conceitos para o cuidado, saberes singulares, vindos de orientações diversas dos atores que ali estavam. Para a comunidade produzir conhecimento sobre si é preciso um espaço para que os tempos se misturem, se conectem com uma questão comum e assim se produza o novo. O espaço de discussão coletiva, de participação, foi um meio para “revirar” o tempo presente do território e fazer nascer outro tempo. O desejo pelo cuidado pode ligar-se novamente ao toque. O olhar reencontrou a pele naquele espaço-tempo da participação. A experimentação coletiva se deu como momento singular na vida daquele território, abrindo a possibilidade da própria comunidade produzir um conhecimento sobre si, sobre a sua história e o seu futuro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Quando tu tá mal, fica numa situação que não tem mais caminho, tu quer só uma palavra de carinho, de carinho. No acolhimento é carinho, não é técnica, é carinho, não é técnica, é sensibilidade. Tu precisa de uma coisa ali que ninguém é paga pra ser, é amigo” (Usuário- Conselheiro de saúde).

No início deste percurso de pesquisa, objetivava-se compreender melhor o modo como os usuários da saúde mental participavam nos serviços de atenção básica à saúde, bem como investigar o modo como eram incluídos nos espaços de decisão e planejamento dos serviços, se conseguiam incidir com seus apontamentos na organização desses. Nesse caminhar, foi-se inventando caminhos para alcançar o objetivo de pesquisa. O método foi se desenhando pela habitação no território, a participação foi desenhando a pesquisa. Segui os rastros da participação dos usuários, encontrei-os nos desvios metodológicos da pesquisa maior, no plano subjetivo de gestores, trabalhadores, e deles, os usuários. Foi possível produzir como dado de pesquisa, que não há “o” usuário da saúde mental, como espécie de personagem identitário. Há territórios de domínios habitados por estes. Ora os usuários parecem tão absortos na condição de passividade que qualquer posição mais protagonista se esvai no horizonte, ora escapam às mesmices dos serviços e inventam alternativas outras para o cuidado. Se os usuários assumem, por exemplo, a conduta de não serem mais autônomos para não entrarem no mercado de trabalho, não seria esta uma possível expressão de resistência? Aderirem à simples proposta de integrarem grupos de interesse de uma pesquisa, cujo tema pode lhes dizer respeito, não falaria de um desejo de mais participação? A conduta do “ser usuário da saúde mental” depende dos ritmos dos serviços e dos territórios habitados. Aqueles que escapavam aos ritmos dos serviços pareciam mais potencialmente inovadores. O território existencial dos usuários ia se produzindo de modo múltiplo, vi alguns, em pequenos instantes, se transformarem. Ia se produzindo de acordo com os encontros.

A questão da participação dos usuários, na visão de gestores e trabalhadores, parece ainda estar, muitas vezes, restrita às suas formas tradicionais de associações e conselhos. Os usuários demonstraram desejar mais que as instâncias formais, entretanto, os serviços e municípios pesquisados ousavam pouco nesse sentido. A participação se dava, então, mais ou menos, de acordo com o espaço para a sua existência.

A simples existência ou institucionalidade de um espaço de participação não garantia a participação. Associações de usuários ou conselhos de saúde encontravam dificuldades em conseguir incluir os segmentos interessados. A participação social responde, então, a um regime de governo, o democrático. Entretanto, viver sob uma democracia não nos garante que

conseguiremos participar da construção das políticas públicas. Um problema de método e de interesses globais. Na pesquisa maior, ao ser identificável que as divisões por categorias, ou a simples representação dos interessados não era suficiente para a produção dos dados, foi possível inventar outras metodologias que possibilitassem maior participação. Vivenciamos a dificuldade inerente à criação de espaços participativos e as dificuldades experimentadas para a inclusão da participação dos usuários na pesquisa maior foram semelhantes às percebidas nos discursos sobre os obstáculos para a participação dos usuários no campo da saúde como um todo.

Isso nos remete a pensar que experiências em pesquisas de cunho participativo podem indicar, também, inovações para o princípio de participação social do SUS. Estas se dão num exercício inventivo de qualificar e aprimorar as metodologias de participação, experimentos metodológicos inclusivos e formativos que o SUS poderia aproveitar para incorporar e transformar em dispositivos de humanização da atenção e gestão da saúde. A pesquisa maior repensou sua metodologia participativa a fim de conseguir incluir melhor os atores da saúde, e ainda está por se reinventar. E o controle social do SUS, tem se (re)inventado?

A participação era “impensável” em muitos dos serviços estudados, mas nos encontros da pesquisa foi possível observar que não faltava vontade aos usuários para o exercício de seu protagonismo. Faltavam espaços onde ele pudesse de fato ser experimentado. A falta de espaços de participação decorre, também, das precariedades da condição de trabalho no campo da saúde, dos poucos investimentos, da demanda excessiva. Entretanto, essa pesquisa de mestrado analisa que a não existência de espaços de participação nos serviços de saúde mental também decorre de poucas iniciativas institucionais com o objetivo de promover a participação. Daí foi possível inferir que, alinhada à dinâmica da biopolítica, a política de saúde mental “deixa morrer” a participação dos usuários. O protagonismo dos usuários, a construção de sua cidadania e autonomia são objetivos da política de saúde mental, mas estes, no interior dos serviços orientados por essa política, ficam mais a cargo dos usuários, da sua condição financeira para custear os encontros, já exaustos da exclusão cotidiana do estigma da loucura. Ou, então, se dá por espaços de participação metodologicamente preparados para aqueles que respondem ao tempo cronológico, homogêneo, fechados às alteridades.

Falta ainda aos serviços compreenderem que a linguagem do território difere da linguagem técnica no interior dos serviços. Falar de asfalto, criminalidade e problemas comunitários é falar de um domínio, de modos de ser singulares, vivências encarnadas que merecem ser aproveitadas pelo campo da saúde. As redes de produção de saúde produzem mais que saúde, produzem ritornelos, ritmos e estilos, assim como os territórios também

fervilham ritornelos outros. A Rede de Atenção Psicossocial ainda carece de melhor consolidação dos princípios democráticos, de espaços democráticos que sustentem melhor a participação dos usuários. A construção de projetos de vida corresponsáveis, que efetivamente inclua o sujeito nas discussões e tomadas de decisão, demanda uma urgente ampliação da escuta.

A proposta da PNH e sua incidência na saúde mental, com dispositivos de cogestão, de rodas de conversa e inclusão dos diversos atores, é relevante, porém, de existência ainda recente nos territórios pesquisados. Quando aparece é através de eventuais dispositivos gestionários, mas com pouca inclusão dos usuários. No caso específico da participação dos usuários da saúde mental, o muro ainda maior a ser enfrentando é o estigma da doença mental que joga todo diferente à margem, fazendo com que qualquer muro pareça intransponível. Nesse processo de marginalização, como já referido, uns insistem, outros desistem. Desenvolver a presente cartografia foi uma aposta nos “raios de sol” que insistem por entre os muros. Dentre estes, vi usuários desejosos pela participação, trabalhadores com uma capacidade intuitiva que carecia de valorização, a participação fazendo nascer o tempo e atualizando territorialmente projetos de saúde.

Talvez um espaço de participação no interior da rede de saúde precise ampliar os seus sentidos, ser espaço de experimentação para o protagonismo, ser *incubadora* de novos domínios, um espaço de trocas entre terras, entre domínios existenciais, de experimentação de outros modos de ser. Esperar que tais espaços sejam criados solitariamente pelos usuários é reafirmar o individualismo de nossa sociedade. O mesmo individualismo que dita os modos de trabalho contemporâneos, que já esgotaram algumas existências. Estar junto, nesse momento, é disponibilizar ao outro uma pluralidade de vias para esse protagonismo, é tecer junto outro território, outro tempo.

REFERÊNCIAS

- ALLEGRETTI, Giovanni; STORTONE, Stefano. Os OP em Itália reconfigurando um panorama desmoronado. In: DIAS, Nelson (org.). **Esperança Democrática. 25 anos de orçamentos participativos no mundo**. S. Brás de Alportel: In-LoCo, 2013, p.311-322.
- ALVAREZ, Johnny. PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina. 2012,p. 132-150.
- AMARANTE, Paulo. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, jan/abr. 2009.
- ARRAES, Ana K. M. et al. Empoderamento e Controle Social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). **Psicologia Política**. v. 12, n. 23, p. 71-85, jan/abr. 2012.
- AVRITZER, Leonardo. Associativismo e participação na saúde: uma análise da questão na região Nordeste do Brasil. In: FLEURY, Sonia. LOBATO, Lenaura de V. C. (Org.) **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- BARROS, Maria E. B. PIMENTEL, Ellen H.C. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. **Polis e Psique**, v. 2, n.2, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/35746/25571> Acesso em 9 de setembro de 2014.
- BARROS, Regina D. B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS: Sulina, 2009.
- BATISTA, Adriana A. et al . A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, dez. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mar. 2014.
- BISPO Jr, José P. GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 7-16, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100002&script=sci_arttext Acesso em 10 de fevereiro de 2015.
- BISPO Jr, José P. MARTINS, Poliana C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, jul-set, 2014.
- BLANCHOT, Maurice. **O livro por vir**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- BOBBIO, Luigi. Entre o reflexo e a proposição. Dilemas sobre o encerramento dos fóruns Deliberativos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 14, n. 30, mai./ago. 2012, p. 46-69. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/sociologias/article/view/30086> Acesso em 20 de dezembro de 2014.

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

BRASIL. **Lei Estadual n. 9.716, de 07 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm>>. Acesso em: 01 Out.2014.

BRASIL. **Lei federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/Lei_10_216.2001> Acesso em: 25 set. 2013.

BRASIL. **Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acesso em: 15 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Cartilha de ajuda e suporte mútuos em saúde mental**. Brasília, Rio de Janeiro: MS, UFRJ; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 11**, Ano VII, nº 11, outubro de 2012. Brasília, 2012b. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Portaria nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf

BRASIL. **Portaria nº224 de 29 de janeiro 1992** – Estabelece diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Brasília, 1992b.

CAMPOS, Gastão W. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup):1865-1874, 2007 <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>

CLEMENT, Michèle et. al. Participação dos usuários no planejamento e organização dos serviços de saúde mental no Quebec. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de novembro de 2014.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, Nov. 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Jan. 2015.

COHN, Amélia. **Participação social e conselhos de políticas públicas**. Brasília, DF: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA, 2011.

CÔRTEZ, Soraya M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia. LOBATO, Lenaura de V. C. (Org.) **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

COSTA, Diogo F.C. **Loucos para prot(agonizar): micropolítica e participação em saúde mental**. Porto Alegre: UFRGS, 2011.111f. (Dissertação Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

COSTA, Diogo F.C. PAULON, Simone M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, out./dez. 2012.

COSTA, Luis A. ANGELI, Andréa A.C. FONSECA, Tania M.G. Cartografar. In: FONSECA, Tania M.G. NASCIMENTO, Maria L. MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abcedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.45-48.

COSTA, Nilson R. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Sept.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300809&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Jan. 2015.

COTTA, Rosângela M. M; CAZAL, Mariana de M; RODRIGUES, Jôsi F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 419-438, 2009.

CUNHA, Eleonora. S. M. Aprofundando a democracia: o potencial dos conselhos de políticas e orçamentos participativos. **Dissertação (Mestrado)** – Departamento de Ciência Política, UFMG, Belo Horizonte, 2004.

CUNHA, Gustavo T. et. al. Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. (**Anais**)2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte. 2013.

<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/235.pdf>

CUNHA, Gustavo.T.; CAMPOS, Gastão.W.S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

DAGNINO, Evelina. Confluência perversa, deslocamentos de sentido, crise discursiva. In: GRIMSON, Alejandro. (Org). **La Cultura em las crisis latino americanas**. Buenos Aires: Clacso, 2004.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005b.

DELEUZE, Gilles. **A ilha deserta e outros textos**. Textos e entrevistas (1953-1974). São Paulo: Iluminuras, 2005.

DELEUZE, Gilles. **A imagem-tempo: cinema 2**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4. São Paulo: Ed. 54, 1997.

DELEUZE, Gilles. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2ªed, 2003.

DESVIAT, Manuel. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.16, n. 12, p.4615-4621, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/10.pdf> Acesso em 10 de novembro de 2014.

DIAS, Nelson (org.). **Esperança Democrática. 25 anos de orçamentos participativos no mundo**. S. Brás de Alportel: In-Loco, 2013.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**. Barbacena, v.3, n.5, nov. 2005. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2014.

DIMENSTEIN, Magda. LIMA, A. I. O. MACEDO, João P. S. Integralidade em Saúde Mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. PAULON, Simone M. NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica: A territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013, v.1, p. 39-60.

DUTRA, Olívio O. Prefácio. In: DIAS, Nelson (org.). **Esperança Democrática. 25 anos de orçamentos participativos no mundo**. S. Brás de Alportel: In-Loco, 2013, p. 6-9.

ESCÓSSIA, Liliana. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface**. v. 13, n.1, p.689-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a19v13s1.pdf> Acesso em 28 de agosto de 2014.

FARINA, Juliane. T. et al. A construção social do presente: ética, estética e política. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 3, p. 296-302, jul./set. 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/8159/5849>
Acesso em 15 de julho de 2014.

FEDOZZI, Luciano. Avaliação das práticas de construção dos orçamentos participativos. In: MARX, Vanessa. (Org.) **Democracia Participativa, Sociedade Civil e Território**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014, p. 49-78.

FLORES, et. al. A Experiência de Produção de Saber no Encontro entre Pesquisadores e Usuários de Serviços públicos de Saúde Mental: A construção do Guia GAM Brasileiro. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno HumanizaSUS – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FOUCAULT, Michel. A Escrita de Si. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a Genealogia e a História. In: **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1992.

FURTADO, Juarez P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.165-182, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan.2014.

FURTADO, Juarez Pereira. LAPERRIÈRE, Hélène. SILVA, Rogério Renato. Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 468-481, jul-set 2014.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

HABERMAS, Juergen. A nova intransparência: A crise do Estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. **Novos Estudos CEBRAP**, nº 18, setembro 1987 p. 103-114. Disponível em: [http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Habermas,%20J%C3%BCrgen/A%20nova%20intranspar%C3%Aancia%20\(CEBRAP%20-%20Carlos%20Novaes\)%20A%20crise%20de%20bem%20estar%20social%20e%20o%20esgotamento%20das%20energias%20utopicas.pdf](http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Habermas,%20J%C3%BCrgen/A%20nova%20intranspar%C3%Aancia%20(CEBRAP%20-%20Carlos%20Novaes)%20A%20crise%20de%20bem%20estar%20social%20e%20o%20esgotamento%20das%20energias%20utopicas.pdf) Acesso em 10 de agosto de 2014.

HE, Baogang. Compromisso cívico através do OP na China: três lógicas diferentes em ação. . In: DIAS, Nelson (org.). **Esperança Democrática. 25 anos de orçamentos participativos no mundo**. S. Brás de Alportel: In-Loco, 2013, p. 253-267.

HOUTZAGER, Peter P. LAVALLE, Adrián G. ACHARYA, Arnab. Atores da sociedade civil e atores políticos, participação nas novas políticas democráticas em São Paulo. In: AVRITZER, Leonardo. **O Associativismo em São Paulo**. São Paulo: UNESP, 2004.

LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, René. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S.(org). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004. pp. 246-258.

LUZIO, Cristina A. YASUI, Silvio. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Sociologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1> Acesso em 15 de outubro de 2014.

MARTINS, Camila. S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul/set 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a07v37n98.pdf> Acesso em: 20 fev.2014.

MARTINS, Luiz A. M. PEIXOTO JR, Carlos A. Genealogia do Biopoder. **Psicologia & Sociedade**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 157-165, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a02.pdf> Acesso em 20 de janeiro de 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Prefácio. In: PAULON, Simone M. NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica: A territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013, v.1. p.7-9.

PAIM, Jair N. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sonia. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PASSOS, Eduardo. BENEVIDES, Regina. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina. 2012, p. 17-31.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice L.; ONOCKO CAMPOS, Rosana. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **Revista Ecos**. v. 3, n. 1, 2013. p. 4-17. <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1110>

PAULON, Simone M.; DIMENSTEIN, Magda ; FERLA, Alcindo. (Org.). Saúde Mental na Atenção Básica. Oficina Avaliativa da inserção da Saúde Mental no PMAQ, março de 2013. Porto Alegre, **Relatório**. UFRGS/Rede Governo Colaborativo.

PAULON, Simone, M. NEVES, Rosane. Apresentação. In: PAULON, Simone M. NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica: A territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013, v.1. p 11-16.

PELBART, Peter P. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura - Loucura e Desrazão**. Editora Brasiliense, 1989.

PELBART, Peter P. Das abas do livro. In: DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Félix. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4 - São Paulo: Ed. 54, 1997.p. 3-4.

PELBART, Peter P. **Vida capital**. Ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PIRES, Roberto. VAZ, Alexander. Participação social como método de governo? Um mapeamento das “interfaces socioestatais” nos programas federais. **Texto para Discussão** 1707. Rio de Janeiro, fev. 2012. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1707.pdf Acesso em 10 de agosto de 2014.

PRESOTTO, Rodrigo F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2014.

RIGHI, Liane B. Produção de Redes de Atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, Dário F. CRUZ, Ivana B. M. (Org). **A Saúde Coletiva: Diálogos Contemporâneos**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005. (Coleção Saúde Coletiva), p. 73-92.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SANTOS, Boaventura de S. **Pela Mão de Alice - o Social e o Político na Pós-modernidade**. 14ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2013.

SANTOS, Lenir. CAMPOS, Gastão W. S. SUS BRASIL: A região de saúde como caminho. **IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado**, Campinas, novembro de 2014. Disponível em: [http://idisa.org.br/img/File/regi%C3%A3o%20de%20saude%20lenir%20e%20gast%C3%A3o%20v%204%20\(1\).pdf](http://idisa.org.br/img/File/regi%C3%A3o%20de%20saude%20lenir%20e%20gast%C3%A3o%20v%204%20(1).pdf) Acesso em 10 de Janeiro de 2015.

SANTOS, Maria F. C. A ontologia do presente e as artes da existência em Foucault. In: SABERES. **Revista Interdisciplinar de Filosofia e Educação**. Natal – RN, v. 3, número especial, dez. 2010. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/saberes/Numero%20Especial/Numero%20Especial%20Completo%20da%20SABERES.pdf#page=89> Acesso em 15 de novembro de 2014.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: **OSAL: Observatorio Social de América Latina**. Año 6, n. 16. jun. Buenos Aires: Clacso, 2005.

SERAPIONI, Mauro. Saúde, participação e abordagens deliberativas. Potencialidades e limites dos júbis de cidadãos. **Forum Sociológico** [Online], v.24, 2014. Disponível em: URL: <http://sociologico.revues.org/1101>; DOI : 10.4000/sociologico.1101 Acesso em 26 de dezembro de 2014.

SINTOMER, Yves. Prefácio. In: MARX, Vanessa. (Org.) **Democracia Participativa, Sociedade Civil e Território**. Porto Alegre : UFRGS/CEGOV, 2014, p. 7-10.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 105-121. jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a08n24.pdf> Acesso em 23 de setembro de 2014

SUBIRATS, Joan. Democracia, participación y transformacion social. **Polis Revista Latinoamericana [En línea]**, 12 | 2005, Publicado el 17 diciembre 2005, consultado el 02 enero 2015. URL : <http://polis.revues.org/5599>

TEIXEIRA, Ana Cláudia C. **Para além do voto: uma narrativa sobre a democracia participativa no Brasil (1975-2010)**. Campinas: UNICAMP, 2013, 174f. (Tese de

Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

TRINDADE, Letícia L. PIRES, Denise E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p. 36-42. Jan-Mar, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf Acesso em 10 de agosto de 2014.

ULPIANO, Cláudio. “**Em busca do Tempo Puro**”. (vídeo-aula), 1997. Disponível em: http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/?page_id=567 Acesso em 12 de março de 2014.

VASCONCELOS, Eduardo M. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, p. 8-21, 2012.

VASCONCELOS, Eduardo M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, no 1, jan-abr. 2009.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Protagonismo e empoderamento de usuários e familiares em saúde mental: a experiência no Brasil e no MNLA, seus desafios e propostas**. Niterói, Universidade Federal Fluminense, Encontro Nacional do MNLA, 2014. (Texto digitado/comunicação oral)

YÁÑEZ, Pablo P. Análise dos OP no Chile: Um reflexo da evolução da política pública nacional? In: DIAS, Nelson (org.). **Esperança Democrática. 25 anos de orçamentos participativos no mundo**. S. Brás de Alportel: In-Loce, 2013, p. 175 -187.