

Sobre *fazer viver* a participação dos usuários da saúde mental na produção de saúde

Tamires da Cunha Sivinski¹

Simone Mainieri Paulon²

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo: O artigo problematiza o envolvimento participativo de usuários do campo da saúde mental no campo da atenção básica em saúde e analisa essa participação à luz dos mecanismos do biopoder. Os processos participativos foram investigados com base na metodologia de pesquisa-intervenção, com análise cartográfica de narrativas retiradas de grupos e entrevistas. Relaciona o tema ao contexto biopolítico de nosso tempo, que, tal como estudado por Michel Foucault, imprime marcas nos modos de subjetivação de todos os atores envolvidos. Aponta, ao final, a necessidade de que se estreitem relações entre os pontos da rede de atenção psicossocial, a fim de incrementar os processos participativos que existem, mas que não necessariamente se realizam em sua melhor potência nos espaços oficiais que o sistema hoje lhes destina.

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

About do live the participation of mental health users in health production

Abstract: *This paper discusses the participatory involvement of mental health users in the field of primary care and analyzes this participation considering the biopower mechanisms. Participatory processes were investigated through intervention research methodology, cartographic analysis withdrawn from groups' narratives and interviews. These methods relate the subject to the current biopolitics context, as studied by Michel Foucault, which prints marks in modes of the subjectivity of all the actors involved. The results point out some participatory process, although these processes do not necessarily occur in its best potency in the official spaces that the system designated for them today. As a conclusion, the necessity of a closer relationship between the Brazilian's services providing psychosocial care network is signaled in order to enhance participatory processes that already exist.*

¹ Psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF – Viamão/RS). Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Av. Lúcio Bittencourt, 1350. Bloco 15, ap 403. Sapucaia do Sul/RS/Brasil

² Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Psicologia Clínica.

Rua Engenheiro Edmundo Gardolinski 115 casa 4 – Boa Vista Porto Alegre /RS / Brasil CEP 90480-130

Keywords: *Policy-public; Participation; Mental health; Primary Care*

Introdução

Desenvolver o tema da participação de usuários no campo da saúde mental só nos é possível e real num contexto democrático. A atual política pública de saúde mental brasileira abarca o tema da ampla participação dos seus atores, pois floresceu no mesmo período político de democratização do país. A democratização concretizou-se em todas as políticas públicas regidas por nossa Constituição de 1988 e reverberou, assim, nas práticas do cuidado em saúde como um todo (PAIM, 1997). Há 29 anos, nos é possível, portanto, escrever, dizer e viver a participação social. Podemos realizar em ato e reivindicar a nossa participação onde quer que estejamos inseridos, pois em qualquer política pública nos é dado o direito constitucional de participar (TEIXEIRA, 2013).

A fim de investigar o quão real tem sido tal participação no campo da saúde mental, este artigo apresenta cartografias de movimentos desejantes de participação e protagonismo de usuários e equipes de saúde de dois municípios do estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Essa produção resulta de uma pesquisa de mestrado incluída em um estudo maior intitulado “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: análise das práticas de equipes de região de saúde macrometropolitana a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”. O estudo maior investigou as práticas e ações de cuidado em saúde mental na atenção básica, e os resultados que aqui seguem advêm de um ‘território existencial’ específico e ainda insuficientemente explorado por estudos: o da participação dos usuários da saúde mental na Atenção Básica. Em literatura nacional, é sabido que o exercício participativo dos usuários da saúde mental esbarra no desafio de superar o estigma social da loucura e a tradição da tutela dos sujeitos em sofrimento psíquico. Tradicionalmente, o estigma da loucura a associa à periculosidade, ao risco social, com o que justifica modos tutelares de atenção ou mesmo a exclusão. No campo dos direitos civis de sujeitos que apresentem, não raro, apenas um único episódio de sofrimento psíquico agudo, uma crise que tenha resultado, por exemplo, em conflito com a lei, dispositivos jurídicos, como a inimputabilidade e a interdição judicial, passam a marcar indelevelmente essas vidas e contribuem para o não reconhecimento desses cidadãos como capazes de compor processos participativos e de controle social (ARRAES *et. al.*, 2012; COSTA, 2011; PRESOTTO, 2013).

Na cena internacional, mesmo com programas comunitários de atenção e orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o fomento da participação comunitária na saúde, o protagonismo dos pacientes em sofrimento psíquico também é pouco considerado (OMS, 2009). Para enfrentar essa realidade, as práticas de participação em nível comunitário, articuladas pela rede de serviços de saúde são consideradas as vias mais capazes de enfrentar a exclusão desses atores das decisões sobre a sua vida e as dos territórios que habitam (CLÉMENT *et.al.*, 2013; DESVIAT, 2011). Estudos brasileiros indicam que a ausência de cultura participativa entre as comunidades e a ausência de estruturas institucionais participativas nos territórios são os principais desafios para o planejamento em saúde com os usuários da saúde mental. A postura dos gestores e trabalhadores tem sido apontada como decisiva nesse sentido,

visto que podem facilitar ou inibir a participação dos usuários dos serviços (BISPO Jr.; MARTINS, 2014).

A participação apresenta-se, pois, nesse sentido, como um nó crítico para o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira, e, por extensão inevitável, da própria consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) que tem, ao menos no segmento de usuários da saúde mental, um limitador importante à realização da diretriz da participação popular. A fim de não haver retrocessos nesses importantes processos reformistas do País, urge que usuários e familiares movimentem-se para sustentar tais processos naquilo que ampliaram a democratização do estado, construindo projetos, para incidir nessas políticas públicas, que não dependam exclusivamente dos serviços especializados (VASCONCELOS, 2009). Todavia, o estudo que aqui será apresentado nos indicará que a necessidade de tais projetos não depender de tais serviços não é o mesmo que prescindir deles.

No que tange à atenção básica, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma a necessidade de construção conjunta, com seus usuários, de suas práticas de cuidado e planejamento de ações. Há em perspectiva que alguns casos contem com planos terapêuticos singulares, que as ações voltem-se para as demandas territoriais, que as Equipes de Saúde da Família (ESF) ocupem-se do tema da saúde mental e concretizem princípios da Reforma Psiquiátrica, tornando o cuidado, em liberdade e territorializado, norteador de sua intervenção. A função da atenção básica no processo de Reforma Psiquiátrica tem, assim, se mostrado fundamental para a transformação cultural dos modos de se conceber o sofrimento psíquico. À proposta territorializada de atenção à saúde primária soma-se a proposta de cuidado em liberdade do campo da saúde mental e a ética de redução de danos. Desse modo, faz-se importante investigar o quanto tal combinação de objetivos consegue concretizar o princípio de participação dos usuários.

Rastreando as pistas da participação

No processo de pesquisa, colocávamos o tema da participação em discussão com atores do campo da saúde, com as equipes de atenção básica, gestores, usuários, membros de associação de usuários em saúde mental. A problematização dessa participação, nos grupos e nas entrevistas, 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, por meio do método da cartografia, movimentos e afetos que se davam diante de tão “impensada” questão foram sendo registrados. 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.

A participação foi compreendida como a capacidade dos usuários de incidir no planejamento e decisões da organização dos serviços de atenção básica, na sua capacidade de engendrar com as equipes modos de cuidado singulares. Ao longo do

processo investigativo, e nos encontros com os atores das redes, a dificuldade desse exercício participativo apresentava-se nos relatos dos usuários e profissionais ainda no âmbito dos próprios Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Associações para usuários. Contundente expressão dessa dificuldade apareceu já na etapa de contratação da pesquisa com as unidades de saúde, quando, em conversa com a coordenadora e com a Psicóloga de um CAPS, elas referiram que a pesquisadora “*Ia se decepcionar, porque essa participação (a dos usuários) era algo que não existia ali*”. A coordenadora do serviço verbaliza ainda: “*Não sei como ajudar com esta questão, pois fico mais dentro do CAPS, e não conheço o controle social, nem os serviços de atenção básica, logo, não tenho muito a contribuir*”. Apesar do já anunciado risco de decepção, insiste-se sobre a questão principal, com relação à participação dos usuários nas decisões de organização e planejamento dos serviços de atenção básica. A reação é unânime: “*É quase impensável*”, “*Há pouca vontade dos usuários*”, “*São inexistentes dispositivos de participação dentro dos serviços*”.

Também no discurso dos usuários a inexistência de dispositivos para a participação confirmou-se, mas a ‘pouca vontade’ era desconhecida. Contavam que, em certo momento, insatisfeitos com as atividades do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD), as quais, segundo eles, eram apenas “*grupos de queixa e consulta com o psiquiatra*”, criaram uma Associação de Usuários. Essa “*saída*”, como relataram os membros da diretoria da associação, começou ao questionarem a médica do serviço acerca da insuficiência por eles percebida naqueles dispositivos. A sugestão de que criassem algo como uma associação, para diversificar as atividades de cuidado, foi o que obtiveram naquele momento como resposta da técnica do próprio serviço. O CAPS-AD manteve suas atividades, sem alterações, mas os usuários, seguindo a “*orientação médica*”, criaram a associação, independente do CAPS-AD, e esta manteve atividades diversas para os usuários, como trabalhos de geração de renda, espaços para grupos e contato com redes locais.

As ausências no campo da saúde mental sobre essa questão também fizeram-se evidentes no segundo município estudado. Em entrevista com gestoras de saúde, ao nos referirmos à Associação de usuários de saúde mental do município, comentam que ela fora “*respaldada tecnicamente*”, que se trata de uma entidade reconhecida por existir há muitos anos, por seu caráter inovador e também por ser responsável pela contratação (com escolha participativa) dos funcionários da saúde mental. Atualmente, entretanto, profissionais da área dos recursos humanos realizavam as escolhas. Na entrevista com a atual gerente da associação, funcionária contratada e não usuária, esta nos refere: “*Porque tu sabes, os usuários não tinham condições de se organizarem e responderem ao que era pedido*”. A gerente ainda nos explica: “*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*”.

Desse percorrido, compreendemos o porquê das expressões iniciais de estranhamento e o fato de essa participação na atenção básica ser tão impensável. Os próprios serviços de saúde mental, as coordenações e gestores municipais apresentavam dificuldades em reconhecer, legitimar e apostar nessa participação. A partir da observação e de entrevista com os atores, foi possível identificar o quanto a participação dos usuários da saúde mental na organização dos serviços de atenção básica, nos

serviços de saúde mental e em associações de usuários encontra desafios dos mais diversos. Entre esses desafios podemos destacar a desvalorização das contribuições dos usuários e o pouco reconhecimento dessa participação como direito político constitucional. Tais fatores culminavam no distanciamento das decisões tomadas, das necessidades reais dos usuários, aos quais os serviços deveriam beneficiar.

Na Associação ‘ocupada’ pela gestão, podemos analisar que, ao serem delegadas funções administrativas da gestão aos usuários, e na dificuldades destes em responder à demanda, o ‘respaldo técnico’ acaba por esvaziar a participação. Os saberes dos usuários não encontravam mais espaço na Associação que lhes era própria. A dificuldade para a inclusão dos usuários, dos seus saberes e questionamentos, se apresenta por eles representarem, via de regra, uma categoria “não técnica”, algo que foi igualmente sacramentado na "orientação médica" de que os usuários deveriam criar uma associação se quisessem variar os dispositivos terapêuticos de um CAPS-AD. Os usuários da “saúde mental” mostraram-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. Na negativa do CAPS-AD em ofertar diferentes estratégias de cuidado, visualizamos o serviço especializado resistindo a mudar o seu ritmo. Entretanto, de modo paradoxal, as forças desterritorializantes daqueles usuários indicam 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.

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).

Compartilhemos, então, que tipo de situação encontramos no âmbito da Atenção Básica que nos levaram a tais compreensões. Em um encontro do Grupos de Interesses, com a proposta de pensarmos juntos o modo de convidarmos os usuários para participar da pesquisa maior, surge a ideia de colar cartazes nas unidades básicas de saúde 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 gente 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 vem, não tem também uma visão mais coletiva, é pouca adesão nesses espaços, cada um quer saber do seu problema, muito individualista.” O grupo, que naquele dia era composto apenas por profissionais da saúde, como um todo, referiu que os usuários não gostavam de atividades coletivas, preferiam atividades individuais.

É possível refletirmos 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 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.

Vasconcelos (2014) considera que há no Brasil muitas limitações para o protagonismo dos usuários da saúde mental. Refere 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 que os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica tiveram predominância de profissionais e agentes estatais. Se, desde então, essa 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 e a sobrecarga de trabalho dos técnicos evidenciam as fragilidades do sistema para dar conta do princípio de participação social.

Desviat (2011) identifica que tivemos períodos reformistas, como os anos 70 e 80, em que 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. Daí decorre uma fragmentação no campo da participação, 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).

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, que se relacionam aos modos de subjetivação e lugar social que o louco ocupa, pois atribuem a esse fato problemas como a carência de informação, de formação política dos atores e a cooptação por segmentos, cujo poder de influência e decisão prevalece. Desse modo, no caso dos usuários da saúde mental, esses 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 e de abrir 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-mútua como formas eficientes de empoderamento e conseqüente 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).

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. 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 e, quem sabe, assim, provocar, para além das queixas, inovações capazes de qualificar a atenção.

Foi possível vivenciar que a instituição de espaços participativos, sejam eles associações, conselhos, não garantem maior participação no interior dos serviços. Segundo Costa (2011), no caso da participação no campo da saúde mental, falamos sempre de uma 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 o próprio espaço de controle social. E podemos aí acrescentar o fato de as equipes de saúde compreenderem a participação comunitária como um atributo mais dependente das comunidades do que de suas ações, algo que não contribui para a ampliação de espaços de participação local (BISPO JR.; MARTINS, 2014).

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 de que participam, caso contrário, as pessoas desistem de participar diante do não acolhimento de suas opiniões e se enfraquece o processo participativo. Identificam haver uma exclusão do ‘dever-outra’ 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 própria noção de cidadania, ao prever igualdade para os iguais, expõe da cena política cotidiana a loucura (COSTA, 2011).

O enfrentamento coletivo ao estigma da loucura não pode ser um enfrentamento solitário, dependente das habilidades individuais dos usuários. 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. Os serviços se apresentavam, nos discursos desses 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, pouco incluído

nas redes de saúde que os compõem. Quando houve a criação e a instituição de associações de usuários, nos municípios pesquisados, esse processo se deu por ‘fora’ das políticas, pela margem. Os movimentos mais protagonistas desses atores, naquele contexto, ora são capturados pela gestão, ora são deixados 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’.

O trabalho aqui apresentado pode acrescentar como resultado que a própria política de saúde mental carece de elementos norteadores para fomentar tais movimentos protagonistas. Os incentivos das políticas governamentais, nesse sentido, são importantes. Programas direcionados especificamente para fomentar a participação social no interior dos serviços de saúde mental fariam circular esse tema, colocando luz na necessidade de composição dos serviços com os saberes territoriais.

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 nos conhecer.” (Usuário participante da pesquisa). Podemos dizer que, num plano comum, todos nós estamos sujeitos às políticas públicas, sejam elas políticas de Estado ou políticas de governo. No caso da saúde, o SUS é considerado um sistema decorrente de uma política de Estado, instituído pela nossa constituição, a qual concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse tipo de política tem maior institucionalidade e continuidade. As políticas de governo, na condição de propostas mais pontuais de gestores eventuais, tendem a não ter tanta continuidade, pois dependem de conjunturas de sua época, decorrem de projeto político específico do governo que assume o aparelho de Estado. Os projetos de governo, cuja continuidade está mais sujeita às forças das diferentes esferas sociais, para irem além do período de gestão, necessitam da 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 (2001). Essa política pública se materializa cotidianamente nas ações desenvolvidas pela Rede de Atenção Psicossocial e no quanto mais essa consegue alcançar seus territórios. A política de saúde mental e seus dispositivos decorrentes só terão continuidade e conseguirão sustentar os princípios que carregam, da Reforma Psiquiátrica, se conseguirem alcançar o seu coletivo, com participação e discussão com a sociedade para a devida transformação cultural. Pelo que indica o usuário, na fala destacada inicialmente: trata-se de ‘compartilhar do sofrimento’ e de se interessarem pela ‘bagagem de experiência’ do usuário.

No plano territorial, as políticas e as redes se fazem e se mostram nas condutas, nas organizações e nos serviços, e alcançam o público, os seus ritmos, bem como se coproduzem com os regimes de poder de sua época. A política de saúde mental tem-se desenvolvido no 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.

Para compreendermos esses regimes de poder, encontramos em Foucault (2010) a noção de ‘biopoder’. Quando o autor, ainda na década de 1970, analisa os regimes de poder produzidos pelas sociedades e elabora uma distinção entre os modos de propagação do poder no tecido social, estabelece diferenças entre o regime de poder antes do séc. XVIII e o 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’, já que era o soberano quem decidia sobre a vida de seus súditos. Após o séc. XVIII, o poder soberano já não alcançava as transformações sociais dessa época de ampliação das capacidades industriais e de aumento populacional, e seu modo de organização tornava-se inoperante para reger os meios econômicos e políticos. Como os modos de operar o controle sobre os indivíduos e as massas exigiam transformações, foi preciso um novo regime, ao que Foucault definiu como ‘biopoder’. Forjado nesse processo de capilarização do capitalismo e suas correspondentes transformações sociais, esse outro regime de poder, um poder que se ocupa da vida de modo mais abrangente, opera por meio 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, que se destina ao controle dos corpos, concebe o corpo como organismo dotado de capacidades que, para melhor aproveitamento, precisa ser docilizado. Desse modo, a civilização foi erigindo 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, esse mecanismo de poder se desenvolveu nos individualizando, vigiando e treinando. Esse mesmo mecanismo de poder está na origem da organização dos serviços de saúde, produtor dos especialismos, das corporações profissionais, das hierarquizações do trabalho, e que subjetiva a relação hierárquica entre profissionais e usuários.

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. Dá-se por intermédio de metodologias que se expressam em previsões dos fenômenos globais, medições estatísticas, com a organização social voltada para o controle da vida, individual e coletiva. Dessa forma, a ciência detém-se no 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). Para Hardt e Negri (*apud* PELBART, 2011), a biopolítica transforma-se com a expansão do capitalismo e transforma, também, a própria significação da vida na sociedade. O biopoder vai assumindo um domínio paradoxal, pois cria igualmente um meio de pluralidade e singularização ingovernável. A própria noção de vida, a partir do regime do biopoder, muda e deixa de ser definida apenas pelos seus processos biológicos. A biopolítica passará a ocupar-se em dominar a vida também nas suas dimensões imateriais, o que simultaneamente ampliará 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. Pois o poder, ao investir na vida, encontra, como resposta e resistência, o poder da vida em transformar-se e ser incontrolável. Logo, o mecanismo da biopolítica consiste num duplo, operando essa

inversão simultânea. O poder político da vida está no seu modo “de variar suas formas e reinventar suas coordenadas de enunciação” (PELBART, 2011, p.83). Nessa lógica, a disciplina e a biopolítica operam o biopoder, o qual, ao contrário do poder soberano expresso na lógica ‘fazer morrer e deixar viver’, assumirá a lógica ‘fazer viver e deixar morrer’.

O biopoder investirá na vida de ponta a ponta, por processos de assujeitamento dos corpos às escolas, fábricas, família, e toda espécie de subjugação das populações aos meios de regulação da espécie humana. Diante desse 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. Segundo Pelbart (2011), o biopoder exige a vida, o direito à vida, e é só em defesa da vida que nessa lógica a morte torna-se aceitável. Como exemplo, as guerras genocidas do séc. XIX se deram sob essa justificativa e defesa, com 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. São regulações globais que estão disseminadas não apenas nos níveis estatais, mas também nas instituições sociais como um todo (FOUCAULT, 2010). É nesse período de transformação do regime de poder e de 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. Dessa 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, estará disperso no meio social, fabricando subjetividades. Inevitavelmente, imbricar-se-á com as políticas públicas, e no interior delas poderemos assistir à dinâmica do ‘fazer viver’ e ‘deixar morrer’. Pois há sempre algo à margem das políticas.

Sendo assim, 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’? O fato de os processos participativos estarem à margem na política de saúde mental, mesmo sendo o princípio da participação sua principal bandeira, não seria um efeito do regime de poder no qual estamos imersos? 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 ocupa-se muito pouco do fortalecimento da participação dos usuários nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e não apresenta incentivos financeiros e de formação política, nesse 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.

Em um texto inovador, em que os seus autores são usuários e pesquisadores da saúde mental, Flores *et.al.* (2015) avaliam que a participação ativa dos usuários na rede aumenta o vínculo entre os próprios usuários. Os autores concluem que o aumento da participação nos serviços substitutivos deve ser incentivado com financiamentos, para que os usuários possam circular mais pelos espaços da cidade. Identificam, assim como a presente investigação, que todos os pontos da rede, incluindo 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, a fim de potencializar a participação e valorizar as experiências dos usuários, os quais, “devem encabeçar/protagonizar diálogos sobre a loucura” (FLORES *et. al.*, 2015, p.264).

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 delas, fica difícil os ideais reformistas se aproximarem do cotidiano territorial dos sujeitos.

Considerações finais

No campo da saúde mental, é preciso a criação 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. A presente investigação identificou que a participação dos usuários do campo da saúde mental e/ou atenção básica ainda é bastante dependente de suas articulações locais e de algumas ‘vontades’ individuais. Há fragilidades nos espaços legais de participação, resultando em pouca sintonia com a realidade cotidiana de participação dos usuários dos serviços. Do mesmo modo, há escassez de tecnologias satisfatórias para avaliação participativa das práticas dos serviços de saúde mental ou da rede de atenção psicossocial local.

Não encontramos, nos documentos legais ou em estratégias locais, orientações metodológicas para alcançar essa participação dos usuários nesse cotidiano, a fim de ser construída 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 e subsídios institucionais, que poderiam auxiliar – desde que reconhecendo a complexidade que envolve a participação – na formulação de diretrizes para a criação de espaços de participação compartilhados pela atenção básica e saúde mental. 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, apenas, de representantes institucionais.

Assim, se a inclusão dos sujeitos é a condição para a política pública ser efetivamente pública, a avaliação de seu caráter público necessita ser permanente. Será possível pensarmos numa participação em saúde mental capaz de se compor com o seu território, sem ser 'deixada para morrer', e, assim, fazer-se no seu território e perdurar para além de períodos circunstanciais de gestão? 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 ritmos do território e sua suscetibilidade inevitável ao biopoder. É necessário deixar viver a vontade de uma vida mais múltipla, intensa, acolhedora para todos e, quem sabe, um pouco mais louca.

Referências

- Alvarez, J. & Passos, E. (2012). Cartografar é habitar um território existencial (pp. 132-150). In: E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Arraes, A. K. M, Dimeinstein, M, Siqueira, K. , Vieira, C. & Araújo, A. (2012). Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). *Psicologia Política*, 23(12), 71-85. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Barros, M. E. B. & Pimentel, E. H.C. (2012). Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas Psi. *Polis e Psique*, 2(2), 3-22. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/35746>
- Bispo JR, J. P. & Martins, P. C. (2014) Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em Debate*, 102(38), 440-451. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140042>.
- Brasil. (2001). Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado de https://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/Lei_10_216.2001
- BRASIL.(2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão*. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Clément, M., Del Barrio, L. R., Gagné, J. & Lévesque, A. (2013). Participação dos usuários no planejamento e organização dos serviços de saúde mental no Quebec. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(18), 2869-2877. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000011>
- Costa, D. F. C. & Paulon, S. M. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, 95(36), 572-582. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400009>.

- Costa, D. F. C. (2011). *Loucos para prot(agonizar): micropolítica e participação em saúde mental*. Dissertação Mestrado, não publicada, no Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(16), 4615-462. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300010>
- Flores, A. A. *et. al.* (2015) 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 Humaniza SUS – Saúde Mental*, Brasília: Ministério da Saúde, p.257-276.
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade*. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Martins, L. A. M. & Peixoto JR. C. A. (2009) Genealogia do Biopoder. *Psicologia & Sociedade*, 2(21), 157-165. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200002>
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Recuperado de http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Paim, J. N. S. (1997). Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: S. Fleury (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Pelbart, P. P. (2011). *Vida capital*. Ensaio de biopolítica. São Paulo: Iluminuras.
- Presotto, R. F., Silveira, M., Delgado, P. G. G. & Vasconcelos, E. M. (2013). Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(18), 2837-2845. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000008>
- Teixeira, A. C. C. (2013). *Para além do voto: uma narrativa sobre a democracia participativa no Brasil (1975-2010)*. Tese de Doutorado, não publicada. Programa de Pós Graduação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Vasconcelos, E. M. (2009). Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1). 1 cd-rom.
- Vasconcelos, E. M. (2014). *Protagonismo e empoderamento de usuários e familiares em saúde mental: a experiência no Brasil e no MNLA, seus desafios e propostas*. Encontro Nacional do MNLA. Niterói: Universidade Federal Fluminense. (Texto digitado/comunicação oral).