

## **Participação popular em saúde mental:** sobre a amplificação de vozes em tempos sombrios

Marjorie Aires Resgis<sup>1</sup>, Dayene Patricia Gatto Altoé<sup>2</sup>

### **Resumo**

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da formação em serviço conectado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Paraná, (Turma 2016-2018), tendo como cenários de práticas os dois Centros de Atenção Psicossocial da cidade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas, com questões semiabertas aplicadas a doze usuários, objetivando identificar as percepções dos usuários quanto à participação popular no contexto de seu processo de cuidado, à luz das discussões sobre educação popular em saúde. Os resultados indicaram que os usuários pouco conhecem sobre a questão da luta de direitos no Sistema Único de Saúde, especificamente na saúde mental; e também indicaram ausência ou insuficiência de ações viabilizadoras de acesso a informações por parte dos serviços, ocasionando pouca ou nenhuma representatividade nos espaços de participação popular na esfera municipal. A educação popular em saúde, considerada como uma nova forma de pensar e fazer saúde, na qual as pessoas são vistas como sujeitos capazes de superar o instituído, de serem protagonistas de seu cuidado e partícipes na luta por condições de saúde, foi apontada como estratégia para o fomento da mobilização coletiva dos usuários.

### **Palavras-chave**

Educação em saúde. Participação popular. Saúde mental.

---

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Mental pela Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Paraná, Brasil; pós-graduanda em Gestão em Saúde na Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná, Brasil; assistente social. E-mail: marjorieaires@hotmail.com.

<sup>2</sup> Mestra em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá; psicóloga da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Paraná, Brasil, atuando como docente nos Programas de Residências em Saúde e coordenando o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental ligados ao Departamento de Educação e Pesquisa da referida instituição. E-mail: dayagatto@hotmail.com.

## **Community participation in mental health: about amplifying voices in dark times**

Marjorie Aires Resgis<sup>3</sup>, Dayene Patricia Gatto Altoé<sup>4</sup>

### **Abstract**

The present study was developed in the context of “in-service training” associated to the Multiprofessional Mental Health Residency Program of the Municipal Health Department of Apucarana, State of Paraná, Brazil, (Class 2016-2018), having as practice fields the two Psychosocial Care Centers of the city. This is a qualitative research, with semi-structured interviews, with semi-open questions applied to twelve users, to identify the perceptions of users regarding community participation in the context of their own care process, based on the discussions about community health education. The results indicated that users know little about the fight for rights in the Unified Health System, specifically in mental health; they also indicated the absence or insufficiency of actions by the health services that enable access to information, causing little or no representation in the places of community participation in the city. The community health education, considered as a new way of thinking and doing health, in which people are seen as individual subjects capable of overcoming the institution, being protagonists of their care and participate in the fight for health conditions, was pointed as a strategy to develop the collective mobilization of users.

### **Keywords**

Health education. Community participation. Mental health.

---

<sup>3</sup> Specialist in Mental Health, Municipal Health Authority of Apucarana, State of Paraná, Brazil; ongoing specialization in Health Management at the State University of the Midwest, State of Paraná, Brazil; social worker. E-mail: marjorieaires@hotmail.com.

<sup>4</sup> Master in Psychology, State University of Maringá; psychologist of the Municipal Health Authority of Apucarana, State of Paraná, Brazil, acting as a teacher in the Health Residency Programs and coordinating the Multiprofessional Residence Program in Mental Health linked to the Department of Education and Research of that institution. E-mail: dayagatto@hotmail.com.

## Introdução

A presente pesquisa, desenvolvida no âmbito da formação em serviço ligada ao Programa de Residência Multiprofissional<sup>5</sup> em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Paraná (Turma 2016-2018), tendo como cenários de práticas os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) e em Álcool ou outras drogas (CAPS AD), pretende apresentar as percepções dos usuários dos referidos CAPS quanto à participação popular<sup>6</sup> em saúde mental<sup>7</sup> (SM), a partir do acesso aos elementos apontados por eles no que tange à realidade local. Esses elementos, assim, serviram-no de base para reflexões tanto acerca dos elementos formativos teórico-conceituais e prático-metodológicos necessários à atuação crítica dos profissionais de saúde, na lógica da atenção psicossocial, que se pretende transformadora no campo da saúde mental (SM) ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS); quanto norteadores da construção de canais que viabilizem o protagonismo dos sujeitos acompanhados pelos referidos serviços municipais, seguindo as bandeiras da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da Luta Antimanicomial.

Destacamos a relevância e mesmo a necessidade tanto do reconhecimento da legitimidade de participação ativa desses sujeitos no processo cotidiano de produção de cuidado, quanto de seu incentivo frente ao atual cenário da SM, em um momento histórico de grande efervescência política e social no qual estamos, dentre outras coisas, além dos cortes orçamentários no SUS e dos retrocessos nos campos trabalhista (em especial desde a Reforma de 2017) e previdenciário (em trânsito), com as polêmicas e arbitrárias modificações nas diretrizes das Políticas Nacionais de Saúde Mental e de Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

A tônica dessas “atualizações”, em franca oposição aos princípios e às diretrizes da RPB e da Luta Antimanicomial brasileiras, defendidas há décadas, tem sido o rompimento

---

<sup>5</sup> Em 2005, a lei federal nº 11.129/0543 instituiu as residências em área profissional de saúde, definindo-a como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

<sup>6</sup> A Constituição Federal de 1988, além de instituir o SUS, garantiu a participação da comunidade como uma de suas diretrizes. E a Lei nº 8.142/90 apresenta os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nas três esferas de governo; bem como os colegiados de gestão nos serviços de saúde como forma de controle social.

<sup>7</sup> Saúde Mental é apontada pela Organização Mundial da Saúde como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade, ou seja, um completo estado de bem – estar físico, mental e social. Apesar da evolução do conceito, é questionável a existência de um indivíduo que viva dessa forma, visto que somos seres diversos, e qualquer categorização é capaz de nos reduzir.

<sup>8</sup> São marcos desses retrocessos em SM a aprovação, em 14 de dezembro de 2017, pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), da Resolução nº 32 e com a publicação da Nota Técnica GMAD/DAPES/SAS/MS nº 11/2019 assinada por Quirino Cordeiro Júnior, Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e membro prestigiado da Associação Brasileira de Psiquiatria.

com o movimento da desinstitucionalização e de fechamento dos manicômicos e com os ideais do cuidado em liberdade e do antiproibicionismo com relação à guerra às drogas, priorizando-se a destinação de recursos para as instituições psiquiátricas e para as comunidades terapêuticas<sup>9</sup>, evidenciando-se grande interesse na retomada ou na manutenção do domínio médico-político-ideológico e econômico nos cuidados em SM, sob a justificativa de fazer frente à desassistência psiquiátrica nas décadas anteriores, quando o cuidado se pautava nos serviços substitutivos de base comunitária, na perspectiva da atenção psicossocial e na lógica da redução de danos.

Destacamos, também, no escopo da presente discussão, a relação entre a importância de uma participação ativa desses sujeitos e a progressiva qualificação das ofertas de atenção e de cuidado por parte das equipes dos serviços por eles acessados, o que demanda o alinhamento de todos os profissionais, ligados à gestão e à assistência, tanto nos serviços especializados, quanto na atenção básica, com as demandas e com as necessidades de saúde de uma população historicamente segregada e estigmatizada e que enfrenta, pelo exposto, a retomada da lógica manicomial e o proibicionismo como norte prioritário das ações em saúde que, atualmente, servem de referência “oficial” para a atuação em SM.

Tendo o exposto como “pano de fundo”, convém destacar que o interesse no estudo da participação popular em SM surgiu das vivências como profissional de serviço social residente, oportunizadas tanto pela atuação nos CAPS, como já mencionamos, quanto no acompanhamento e apoio às atividades desenvolvidas pelos sujeitos em questão na esfera da Associação de Usuários, Familiares, Trabalhadores e Amigos da Saúde Mental de Apucarana<sup>10</sup> (AUFTASMA).

A partir da realização de entrevistas, conduzida por uma das autoras, profissional de saúde residente na época, com quatro usuários do CAPS i, e oito usuários do CAPS AD, no período de setembro a outubro de 2017, e da análise desses dados pudemos perceber que os usuários dos CAPS não participavam de forma efetiva nos espaços que dariam visibilidade e viabilização aos seus direitos. Isso nos instigou à busca dos fatores possivelmente envolvidos com essa fragilidade. Um dos elementos observados foi o desconhecimento de vários dos

---

<sup>9</sup> Almeida (2018, p. 21) sinaliza como esse mecanismo é algo “muito conhecido e utilizado pelo Estado em períodos de crise, diminuindo os investimentos públicos e repassando a instituições privadas, como forma de assegurar a sobrevivência de setores do capital, ameaçados pela crise”.

<sup>10</sup> Segundo o Estatuto da AUFTASMA, ela foi constituída em 10 de dezembro de 2013, tendo caráter associativo, sem fins econômicos, objetivando estimular a participação da população na luta pelas melhorias das condições da SM, a partir dos princípios da RPB e Luta Antimanicomial, além de promover o exercício da cidadania e direitos humanos; estimular ações e práticas de promoção da saúde.

envolvidos quanto às questões mais candentes no campo da SM à época, tanto nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS<sup>11</sup>) municipal, quanto dos próprios sujeitos.

Também foi possível identificarmos como norteador da busca por assistência, pela comunidade de modo geral, pelos familiares e, muitas vezes, pelos próprios usuários, a procura por internações em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas e, também: consultas médicas, remédios, atendimentos psicológicos individuais, pesando a insuficiente participação e a baixa frequência às atividades realizadas nos CAPS, na AUFTASMA, além de uma participação quase nula nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde<sup>12</sup>.

Lembremos que um dos objetivos pensados para os CAPS é o desenvolvimento de autonomia, dos usuários e de seus familiares, o que deve levar, por sua vez, ao incentivo irrestrito à participação popular nas discussões conjuntas entre eles e as equipes técnicas que lhe servem de referência, atuando-se no sentido de favorecer manifestações de contentamentos e de descontentamentos, bem como de sugestões e demais contribuições com relação à apropriação, por parte de todos os envolvidos, do que é necessário para avançarmos, em nossa comunidade, o cuidado em SM e a participação popular qualificada e vigorosa. Isso nos permitiria refletir sobre os vínculos que os usuários estabelecem para, assim, estimulá-los a participarem de forma ativa de seu tratamento e na construção de laços sociais que enriqueçam a existência social de todos os envolvidos, uma vez que cabem aos CAPS, ainda, ações de compartilhamento e corresponsabilização no cuidado com os sujeitos, familiares e com a sociedade (BRASIL, 2004).

A inserção em serviços de tamanho potencial transformador, vinculados à produção de pertencimento e ao compromisso com os princípios e com as diretrizes da RPB – algo que se enrobustece face ao desmonte colocado à nossa frente como desafio histórico diante do qual devemos nos posicionar ética, política e ideologicamente – deve nos conduzir ao questionamento acerca do quanto nós, trabalhadores da SM, muitas vezes, falamos pelos usuários, por suas familiares e pela comunidade.

---

<sup>11</sup> A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011, destinando-se às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo sido criada para a ampliação e para a articulação dos pontos de atenção à saúde, compondo-se da atenção básica em saúde, da atenção psicossocial especializada, da atenção de urgência e emergência, da atenção residencial de caráter transitório, da atenção hospitalar, das estratégias de desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial.

<sup>12</sup> Espaços de participação popular como os conselhos se caracterizam por uma composição plural, que possuem força e legitimidade para a negociação de conflitos entre diferentes grupos, possibilitando uma nova relação entre estado e população. No entanto, estudos apontam desafios nessa nova lógica de democratização do Estado e de efetivação da participação popular no controle das políticas. A desqualificação das instâncias de representação coletiva e despolitização da política são apresentadas como fatores que dificultam a capacidade de a sociedade civil intervir nas ações do Estado, assim como a própria lógica de natureza capitalista de estruturação da sociedade (RAICHELLIS, 2006).

Devemos reconhecer que, muitas vezes, deixamos de ouvi-los e mesmo de mobilizá-los, ligando-se esse mecanismo às políticas públicas em vigor, às características das instituições e aos perfis de gestão adotados, às dificuldades formativas e (conceituais, técnicas e afetivas) e de atuação de seus profissionais, não raro marcadas pelo “engessamento”, pela inabilidade ou pela recusa à reflexão e ao compartilhamento das responsabilidades e das atribuições, elementos que se vinculam ao modelo biomédico hegemônico em SM e ao higienismo<sup>13</sup> social que o acompanha e que está enraizado em nossa história, tendo atualmente ganhado força no cenário político, como vimos.

### ***Marcos na construção de um novo modelo de saúde***

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nasceu da luta contra a ditadura e se estruturou nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços, tecendo discussões acerca de um novo modelo de saúde para o Brasil com a participação de representantes de todos os segmentos da sociedade civil. O movimento ou a proposta, o projeto e o processo de RSB, como aponta Paim (2008), buscaram produzir outra significação para as políticas públicas de saúde, cuja ideia principal não se referia à mudança de um modelo ou apenas a criação de um sistema, mas um novo modo de se pensar em saúde, tendo como um de seus desdobramentos o SUS.

Em consonância a esse processo de RSB, teve início a constituição da RPB, movimento consolidado no contexto de redemocratização do país e na mobilização política e social. Em 1978, trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas criaram o chamado *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental*, com base na crítica coletiva ao chamado “saber psiquiátrico” e ao modelo “hospitalocêntrico” na assistência às pessoas com transtornos mentais, denunciando a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência.

---

<sup>13</sup> “A higiene, de maneira geral, entendia que a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade eram as causas das doenças, cabendo à Medicina refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais, visando neutralizar todo perigo possível. Tornou-se “ciência social”, integrando a Estatística, a Geografia, a Demografia, a Topografia; tornou-se instrumento de planejamento urbano: as grandes transformações na cidade foram, desde então, justificadas como questão de saúde; tornou-se analista das instituições; transformou o hospital em “máquina de curar”; criou o hospício como enclausuramento disciplinar do doente mental; inaugurou o espaço da hegemonia da clínica, condenando formas alternativas de cura; ofereceu um modelo de transformação à prisão e de formação à escola” (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 118).

Para além da denúncia aos manicômios como instituições violadoras de direitos, a RPB propôs a construção de uma rede de serviços e estratégias de base territorial e comunitária, com força solidária, de cunho inclusivista e libertário e que tinha como referência para o cuidado o modelo italiano e de demais países que vivenciaram a ruptura com antigos paradigmas, visando um cuidado apropriado para usuários e familiares (AMARANTE, 2007).

Os esforços dessa luta antimanicomial e à conquista histórica pelo SUS culminaram na promulgação da Lei nº 10.216/2001, que redirecionou a assistência em SM no Brasil e privilegiou o oferecimento do cuidado em liberdade, em serviços de base comunitária, também dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto os CAPS<sup>14</sup> foram considerados elementos fundamentais para a afirmação das propostas da RPB, tratando-se esses dispositivos de ocupar, até então, o lugar de referência de caráter substitutivo das internações em hospitais psiquiátricos, posto serem serviços abertos, comunitários, voltados para o cuidado em liberdade mesmo em casos de crises e compostos por equipes multiprofissionais atuando sob a ótica interdisciplinar e na lógica do cuidado humanizado, personalizado e promotor do enriquecimento de vida, fomentando a participação popular tanto na qualificação dos processos de trabalho e de cuidado que dizem respeito ao que é oferecido por esses serviços, quanto no envolvimento desses sujeitos na esfera comunitária ampliada, em seu livre trânsito pela cidade e no acesso qualificado, dado o incentivo ao seu protagonismo social e cidadão, aos demais serviços, locais, bens e benefícios públicos e sociais.

### ***A saúde mental e a participação popular***

Entendemos as situações sociais vividas na atualidade, pesando as alterações substanciais das referências éticas e políticas em SM, como desafios complexos cuja transposição demandará firme propósito e insistente posicionamento, parametrado pelos

---

<sup>14</sup> O CAPS infanto-juvenil (CAPS i) é um dispositivo de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente (com quadros de autismo, psicoses, neuroses graves, por exemplo) e que se mostrem impossibilitados de manter ou de estabelecer laços sociais. É importante reforçarmos que o termo *infanto-juvenil* deve nos fazer avançar quanto à associação desse dispositivo quase que exclusivamente ao atendimento de crianças, excluindo-se, muitas vezes, pelo que temos visto, os adolescentes das agendas de debates. Tem-se que esse fato importa, uma vez que a questão da mudança de uma mentalidade punitiva e tutelar para uma mentalidade promotora de direitos e garantias se constitui um grande desafio para o fortalecimento de seus direitos (BRASIL, 2014). Já o CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) se destinam ao atendimento de pessoas cujas necessidades decorram do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, permitindo esse dispositivo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, historicamente sob a lógica da redução de danos (BRASIL, 2004).

Direitos Humanos, considerando nosso país como marcado historicamente por processos centralizadores e de concentração bem definida de poder e de riquezas; e como se constituindo não apenas das cicatrizes, mas das “feridas abertas” das desigualdades sociais, do racismo, do machismo, da misoginia, da homo/transfobia, elementos que importam, no presente estudo, ao considerarmos todas as formas de atravessamentos (morais, religiosos, de raça, de classe, entre outros) na produção cotidiana do cuidado em SM em tempos sombrios como os nossos e que repercutem diretamente na forma e no conteúdo das ações ligadas à participação popular.

Nesse sentido, convém considerarmos, também, a fragmentação das políticas públicas, tornadas setorializadas, recortadas, desarticuladas e com difíceis e insuficientes comunicação e articulação como fruto de modos igualmente fragmentados de pensarmos as questões postas pela prática social – ligada ao modo de produzir e de reproduzir riquezas sob a lógica capitalista – o que acaba por compartimentar o atendimento às necessidades da população (sociais, educacionais, de saúde, de trabalho, de moradia etc.). Tais elementos dificultam, então, a efetividade das contribuições das políticas públicas na perspectiva da melhoria possível das condições de vida das pessoas.

Lembremos que, mesmo com os avanços obtidos com a RPB, como apontam Figueiró e Dimenstein (2010), ainda temos como grande desafio a participação dos usuários, em especial frente às mudanças das referências norteadoras do cuidado em SM contidas nas atuais Políticas Nacionais de SM e na área de álcool e/ou outras drogas, como vimos. Tornar as pessoas com sofrimento psíquico e/ou cujas necessidades decorram do uso de álcool e/ou outras drogas protagonistas atuantes, capazes de articularem suas demandas, a despeito do “contravapor” com o qual estamos tendo que nos haver no dia-a-dia dos serviços de saúde, constitui-se em uma tarefa hercúlea, mas não impossível.

Partindo do respeito aos Direitos Humanos, tendo como horizonte a possibilidade de outra sociedade, muito ainda devemos discutir acerca de estratégias que se direcionem apropriadamente aos usuários dos serviços de saúde e de SM, com a intenção de amplificar suas vozes, garantir a eles seus direitos e reconhecê-los como integrantes da sociedade que supere as formas instituídas de estigmatização e de exclusão, ainda que esse caminho se mostre difícil frente aos divergentes interesses que transitam nessa esfera. Diante do exposto, defendemos que isso se faz possível na esfera da participação popular em SM, com relação à elaboração, ao planejamento, à execução e à avaliação sistemáticas das políticas públicas caracterizadas pela atuação de usuários e de trabalhadores afetiva e intelectualmente



compromissados e envolvidos com a prática social em um vir -a- ser sob a lógica da humanização.

## Metodologia

Esse estudo se trata de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com a participação de quatro usuários do CAPS i e oito usuários do CAPS AD da rede de SM do município de Apucarana-PR, que conta, atualmente, com aproximadamente 134.996 mil habitantes (IPARDES, 2019). Os critérios de inclusão foram: serem os usuários maiores de 18 anos<sup>15</sup>, morarem em Apucarana-PR e serem atendidos por um dos serviços há pelo menos 30 dias<sup>16</sup>.

Tem-se que o público da pesquisa foi identificado, no período de construção do projeto dessa pesquisa, em 2016, com a colaboração dos trabalhadores das instituições, em buscas nos prontuários e ao longo dos atendimentos da profissional de saúde residente em sua atuação nos cenários de práticas em questão. No CAPS i, os convites à participação na pesquisa se deram por telefone, apresentando-se os objetivos eram apresentados, sendo as coletas de informações agendadas conforme a disponibilidade dos usuários.

De fato, em 2016 foram identificados sujeitos dentro dessa faixa etária no CAPS i. Porém, no ano de 2017, durante a fase de coleta, houve grande dificuldade para a identificação de usuários que atendessem aos critérios de inclusão estipulados para a Pesquisa, pesando o desconhecimento, por parte dos trabalhadores do CAPS i, acerca de usuários dessa idade que frequentassem o serviço, mesmo com respeito aos que frequentavam o grupo voltado para o público adolescente, uma vez que as atividades e o cuidado desses usuários ficavam, na ocasião, a cargo exclusivo de estagiários de um curso de graduação em Psicologia ligado a uma Instituição de Ensino Superior local (estando esses estagiários presentes no CAPS i apenas um dia da semana).

Também, diversos adolescentes que eram atendidos pelo CAPS i em 2016 estavam com seus prontuários arquivados em 2017, por abandonarem o atendimento, segundo consta nas anotações, sem, no entanto, serem realizadas ações de contato para eventual retomada do cuidado. Houve, também, o fato de alguns usuários, tendo completado 18 anos, serem

---

<sup>15</sup> Isso porque o Ministério da Saúde, por meio do documento *Sobre os novos procedimentos de CAPS* (BRASIL, 2013), orientava que o CAPS i poderia realizar atendimentos para usuários de até 25 anos.

<sup>16</sup> Esta pesquisa foi apresentada para a Autarquia Municipal de Saúde, órgão responsável pela gestão do SUS no município e aprovada pelo *Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* da Faculdade de Apucarana (FAP), sob o número de parecer 2.237.766 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 64019517.9.0000.5216, após o cadastro na Plataforma Brasil, tendo atendido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Ministério da Saúde, conforme a Resolução 466/2012.

encaminhados para o ambulatório de Psiquiatria de referência da rede ou mesmo redirecionados para o CAPS i (destinado a transtornos mentais graves e persistentes), localizado no município vizinho de Cambira-PR. Dessa maneira, constituíram-se como possíveis participantes da pesquisa onze usuários, dos quais sete foram contatados, tendo quatro deles aceitado o convite e três se recusado a participar da pesquisa, sem explicitar os motivos. Já com relação ao CAPS AD, os convites foram realizados após a exposição dos objetivos do estudo, durante o período em que os usuários estavam na instituição para participarem dos grupos de intervenção, seguidos pelas coletas de informações<sup>17</sup>.

Depois disso, mediante o aceite do entrevistado as entrevistas foram realizadas após a explicação do objetivo da pesquisa, tendo sido todas elas gravadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), transcritas (sem a identificação dos sujeitos), e, posteriormente, descartadas. Essas entrevistas, com duração aproximada de 15 minutos, foram em datas acordadas com os participantes, nos próprios CAPS de referência dos participantes, em ambientes reservados (salas de atendimento individual), o que garantiu o sigilo das informações. O período de coleta das informações ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2017.

A técnica utilizada para coleta de informações foi de entrevistas semiestruturadas, direcionadas por questões semiabertas<sup>18</sup>, sendo a análise do conteúdo feita a partir da proposta metodológica de Minayo (2009), para quem o processo de pesquisa se dá em três etapas: fase exploratória; trabalho de campo; e análise e tratamento do material empírico e documental (por sua vez subdividido em três procedimentos: ordenação das informações, classificação das informações e análise propriamente dita).

## **Resultados e Discussão**

A análise das informações obtidas com as entrevistas possibilitou a classificação das seguintes categorias, construídas a partir das questões norteadoras, organizadas em torno de cinco grandes temas, que apesar de distintos, relacionam-se entre si:

---

<sup>17</sup> Os trabalhadores conheciam todos os usuários inseridos nas atividades da instituição. A única dificuldade encontrada foi o esvaziamento de participantes nas atividades em comparação com o ano de 2016, o que podemos relacionar ao momento político que ganhava força, na “contramão” dos princípios e dos objetivos até então postos a um CAPS AD.

<sup>18</sup> As questões direcionadoras foram as seguintes: 1. Você sabe o que são direitos? 2. Você já participou de alguma iniciativa do serviço de saúde mental que frequenta sobre direitos do usuário do SUS? 3. Se sim, quais, e o que achou? 4. Se não, você acha que o assunto deve ser discutido no CAPS? 5. Quais os fatores que dificultam a participação em iniciativas relacionadas ao tema? 6. Quais fatores facilitam? 7. Você tem alguma sugestão para ações que promovam a participação popular?

## ***O conhecimento dos usuários acerca do conceito de direitos***

Destacou-se o fato dos usuários afirmarem saber que possuem direitos, porém não sabem quais, como exemplifica a seguinte fala: “Eu entendo que o direito é uma coisa que a pessoa tem que ter né” (usuário CAPS AD).

Dentre os que desconhecem o que são direitos, houve sinalização para o entendimento do direito como algo relacionado à política, como vemos: “Direitos? Acho que direito a gente adquire conforme vamos construindo as coisas né. Conforme a gente vai construindo as coisas a gente tem direito de usufruir delas” (usuário CAPS AD).

No entanto, alguns não souberam responder por não compreenderem a questão, mesmo após conversa explicativa: “Olha essas coisas eu quase não acompanho, para falar a verdade eu não entendo quase nada” (usuário CAPS AD).

O *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental* (BRASIL, 2014) deixa claro o direito dos usuários quanto ao acesso à informação e participação popular, nas instâncias de representação. Diante do discurso dos usuários, entendemos que, no cenário da época eles não possuíam compreensão de seus direitos e da importância da sua participação. Seguindo o pressuposto da RPB de permitir às pessoas em sofrimento psíquico condições para que elas se identifiquem como sujeitos de direitos, no entanto, devemos reconhecer a Reforma como algo processual, mais favorável quanto melhor for a atuação e a luta dos vários agentes, incluindo os usuários, que já obtiveram vitórias com a criação de legislações específicas e com a criação dos serviços substitutivos. Porém, parece-nos ter havido uma estagnação por parte daqueles tidos como os protagonistas desse processo, sabendo-se dos muitos interesses contrários à RPB que atuam nessa esfera. Assim, quando os usuários não se reconhecem como cidadãos, como sujeitos de direitos e deveres, a possibilidade de nos distanciarmos do que já foi conquistado se torna um risco de grandes proporções.

Por outro lado, se os profissionais de SM não estiverem afinados com as disposições das legislações, os propósitos e os ideais humanos e sociais, bem como os legais, dificilmente serão alcançados. Mais do que a substituição de um modo de atendimento por outro, é preciso revermos saberes, crenças, valores e práticas que acabam por perpetuar a exclusão em suas formas mais perversas.

Parece pauta vencida a defesa da inclusão social dos usuários dos CAPS, que não pode ser tratada de forma individualizada, mas deve se dar coletivamente ao se vislumbrar a superação do “novo modelo de assistência” definido pelas políticas nacionais de SM em vigor

desde o final 2017, como vimos. Mas não se venceu essa pauta, considerando-se as múltiplas dimensões que englobam a experiência do sofrimento deve ser vista como expressões da questão social. Discutir a respeito das práticas em SM como um processo de construção e também de ressignificação de saberes, frente às formas habituais e hegemônicas do cuidado, assim sendo, reivindica o fortalecimento da participação popular nas discussões, nas formulações e no controle das políticas públicas, constituindo-se de ferramenta importante para que possam ter expressão os segmentos excluídos da sociedade (ANDRADE; VELOSO, 2015, p. 84).

O incentivo à participação popular deve ser um compromisso ético, político e ideológico dos profissionais de SM que atuam nos dispositivos da rede extra-hospitalar, no intuito de permitir dar vez e voz às demandas, expectativas e sugestões dos usuários, atores tão importantes para consolidação de um modelo de cuidado em liberdade. Dessa forma, os trabalhadores de saúde, são chamados a assumir o compromisso de instituir, no sentido de proporcionar condições para que, de forma efetiva à população possa se tornar protagonista nesse processo de controle social em políticas públicas de saúde.

### *A participação dos usuários em iniciativas proporcionadas pelo CAPS sobre direitos dos usuários no SUS*

A maior parte dos entrevistados afirmou nunca ter participado de alguma iniciativa em que os direitos dos usuários no SUS tivessem sido abordados, surgindo nesse quesito à referência aos atendimentos serem focalizados no uso de álcool e /ou outras drogas: “A mocinha que me entrevistou, ela só perguntou sobre o que tá acontecendo comigo, sobre o uso do álcool, essas coisas todas” (usuário CAPS AD).

Costa e Paiva (2016) expõem que mesmo com a organização da RAPS, no intuito de se prestar um atendimento que possibilite um cuidado contínuo, territorial e integral, com as discussões quanto a uma nova compreensão e abordagem dos usuários de álcool e outras drogas, estudos indicavam, mesmo antes das mudanças ocorridas em 2017, à existência de conceitos respaldados por modelos contrários a RPB, baseadas no modelo biomédico, que priorizava os fatores biológicos, desconsiderar as categorias psicossociais ou fundamentadas em concepções morais. Os autores apontam, ainda, que as práticas de muitos profissionais estavam envoltas por uma série de questões singulares, pessoais, institucionais e sócio-políticas que influenciavam de forma direta a maneira com que eles abordavam e percebiam as problemáticas, o que, por consequência, tinham impacto direto na vida dos sujeitos.

Quanto aos usuários que afirmaram terem participado de iniciativas em que os direitos dos usuários no SUS foram abordados, identificamos um discurso em que o usuário não sabia do que se tratava a atividade: “Não, ouvir falar eu já até ouvi, só não fiquei sabendo direito” (usuário CAPS AD).

Lembramos que a *Carta dos Direitos dos Usuários na Saúde* (BRASIL, 2012) afirma que as equipes devem informar os usuários, familiares e acompanhantes, de forma clara, direta, respeitosa, compreensível e adaptada sobre seu estado de saúde; e que todas as informações prestadas à população devem ser claras para propiciar sua compreensão por qualquer pessoa. Cabe também discutir a diferença nos modos de pensar dos envolvidos nos processos de cuidado, o que acaba por tencionar e distanciar os usuários, trabalhadores e gestores do SUS da construção do modelo de saúde mais alinhado aos Direitos Humanos em SM, ocasionando-se, inclusive, o afastamento de muitos sujeitos na procura pelo cuidado.

Ao longo dos anos, apesar de as formações em saúde terem passado por diversas mudanças e, dentro do próprio sistema, várias estratégias para sua reorganização na lógica da humanização terem sido anteriormente adotadas, implicando novas dinâmicas nas atuações dos profissionais, convém destacar que as mesmas se apresentaram insuficientes para mudança nas práticas definitivas. Porém, sem ela não teríamos avançado além do alcance de nossas próprias sombras no entendimento de nosso papel social na construção da sociedade que queremos.

### ***O entendimento dos usuários em relação às iniciativas***

Os usuários que participaram de iniciativas realizadas pelos CAPS referentes aos seus direitos como usuários no SUS foram questionados se recordavam sobre o que havia sido falado, constatando-se homogeneidade nas respostas: enquanto alguns não se lembravam das discussões, uns se recordavam de poucos aspectos relacionados ao SUS, mas afirmando seu desinteresse pelo tema: “Não sei explicar agora. É legal, mas tem coisa que é chata” (usuário CAPS i).

É importante nos atentarmos ao fato de alguns sujeitos, ao serem apresentados ao tema, não perceberem a relevância do conhecimento de seus direitos. Como apontado anteriormente, é possível que não tenham entendido o que estava sendo discutido, devido à complexidade do tema, inclusive devido ao uso de uma linguagem de difícil compreensão, não adequada a realidade dos usuários. Os sujeitos, ainda, podem não estar se identificando como protagonistas de tais processos uma vez que, vivenciando múltiplas expressões da

questão social, podem não se perceber como sujeitos de direitos e deveres, com consequência no não exercício de relações de cidadania e autonomia (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

Perguntamo-nos: seriam os sujeitos capazes de romper com suas amarras, de se conscientizarem a ponto de se inserirem nos processos históricos que constituem suas vidas? Isso porque, como aponta Freire (1987), os sujeitos acreditam que não podem mudar a realidade vivente, acomodação que, não raro, são reflexo do fato de criarem uma identificação com a forma em que são oprimidos socialmente.

Em se tratando de SM, quem melhor, senão os próprios usuários, sujeitos historicamente excluídos, estigmatizados e oprimidos, para encontrar significado na necessidade de sua conscientização, de sua identificação? A estratégia da educação popular em saúde aponta que somente a partir da validação do saber, de suas vivências, é possível o desenvolvimento da criticidade a ponto das pessoas se apropriarem de sua existência e serem capazes de intervir sobre suas vidas e seus meios.

Quanto aos usuários que responderam nunca terem participado de iniciativas sobre seus direitos no SUS, em sua maioria acreditam ser importante a abordagem do assunto nos CAPS, apontando aspectos relevantes, como: a ideia de que a discussão acerca dos direitos se dê para além da política pública de saúde; o fato de muitas pessoas desconhecerem a realidade social em que estão inseridos; a condição de saúde interferir na pró-atividade da pessoa; as informações podendo contribuir para um melhor aproveitamento do cuidado; e a percepção do usuário em ver o trabalhador como um viabilizador de conhecimento. Vejamos:

Acho que seria muito bom. É interessante ter, não um debate, mas uma roda de conversa sobre as coisas que acontecem nos dias de hoje, quanto do SUS, quanto das outras coisas, porque muita gente não sabe disso, muita gente não sabe o que acontece por trás de tudo, as pessoas acham que o problema é lá em Brasília, lá pra lá, e às vezes o problema é aqui mesmo. (usuário CAPS i).

Como importante fator no cuidado, nos discursos dos usuários, mostrou-se a questão do fortalecimento de ações relacionadas à cidadania. Diante das dificuldades que tais sujeitos enfrentam no cotidiano para serem reconhecidos como cidadãos, nos CAPS eles encontraram possibilidades e avanços nesse sentido. A atenção em SM pressupõe o acesso aos direitos básicos, mas a cidadania é um exercício, um processo que necessita de construção. Os CAPS se apresentam como lugar de desenvolvimento, favoráveis aos encontros potencializadores dessa cidadania buscada, uma vez que podem permitir às pessoas serem vistas para além de suas doenças (SALLES; BARROS, 2014).

## *Fatores que dificultam e facilitam a participação dos usuários*

Os usuários, quando solicitados a apontarem fatores que dificultariam sua participação nas iniciativas relacionadas ao tema, em grande parte não identificaram algo que servisse como tal obstáculo. No entanto, houve apontamentos como: a falta de interesse no assunto, o fato de não terem com quem deixar os filhos, dificuldades na interação com outros usuários, o fato dos serviços não realizarem atividades sobre o assunto, interferências de problemas de saúde, a falta de credibilidade na fala dos usuários devido à sua escolarização, a lógica biomédica como operante dentro dos CAPS, a busca pelo serviço devido a ganhos secundários e o desconhecimento das funções do CAPS: “Por causa da minha filha não tem como ficar saindo” (usuário CAPS i).

Quanto ao que poderia facilitar a participação dos usuários, os participantes indicaram a necessidade de serem esclarecidos quanto à importância do tema; que ações mais dinâmicas e criativas poderiam motivar maior participação por parte dos mesmos; que outros segmentos poderiam ser chamados à participação; que a voz dos adolescentes poderia ter maior crédito; a realização de protestos em defesa da SM; a realização de debates nos grupos dos CAPS; a realização de palestras; a utilização dos meios de comunicação locais para falar sobre o tema; e a criação de um informativo sobre SM:

Se alguém explicasse a situação pra todos, porque muita gente não entende. [...] Uma coisa que tivesse de tudo, que não ficaria só naquela pessoa falando e mostrando vídeo, falando e mostrando alguma coisa. Acho que tem como ter a participação de outras pessoas e como ter outras coisas pra chamar atenção de outras pessoas. [...] Hoje em dia quem esta tendo mais voz, é os adolescentes (usuário CAPS i).

De maneira geral, identificamos nos discursos dos usuários seu interesse em conhecerem a respeito de seus direitos, expondo como dificuldades questões singulares, mas que também representam problemáticas importantes e coletivas. O fato de os usuários não terem com quem deixar seus filhos, por exemplo, diz da necessidade de articulação comunitária política reivindicatória que envolva, ao menos, gestores e a rede educacional; ainda podemos questionar se os CAPS podem se organizar para a operacionalização de ofertas de atendimentos em horários flexíveis.

Quando é citado o problema de interação entre os usuários, é necessário atentarmos para a forma pela qual são abordados, no âmbito das ações realizadas dentro dos CAPS, aspectos ligados às das relações e pertencimento, de solidariedade, de convivência e de comunicação, por exemplo, entre as equipes/usuários e entre pares, considerando-se o papel de facilitador do desenvolvimento de habilidades demandadas no convívio social ampliado,

na perspectiva da reabilitação psicossocial, além do atendimento em momentos de crises, através da potencialização da coletividade e do fortalecimento do suporte mútuo (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010).

Quanto aos usuários ainda buscarem os serviços apenas por atendimento ambulatorial, aponta sobre como a sociedade civil tem apreendido sobre o conceito amplo de saúde, e avançado para um entendimento do homem como um ser biopsicossocial, e como os serviços de saúde atuam para além dos muros institucionais, quando ocorre uma desconsideração das amplas relações que determinam e condicionam os modos de vida, e se essas condições não são problematizadas, as práticas não contribuem para a criação de uma consciência capaz de transformar e refletir paradigmas.

### ***Iniciativas possíveis, na visão dos usuários***

A partir do discurso dos usuários, quando convidados a refletirem sobre práticas possíveis, foram colhidas as seguintes sugestões: a educação em saúde, com temas que abordassem a RPB e cidadania e discussões inerentes ao cenário atual das políticas públicas; o envolvimento dos usuários na elaboração e execução das atividades; ocupação do território no intuito de promoção de saúde e conscientização política; e a aproximação do CAPS com a AUFTASMA, como geradora de renda e mobilização coletiva, uma possibilidade de cunho terapêutico e político: “O CAPS tem que participar da AUFTASMA” (usuário CAPS AD).

A educação popular em saúde no contexto da SM é defendida por Carneiro *et al.* (2010), em sua potência como estratégia para efetivação da RPB na medida que valida o saber e a experiência populares, incentivando, para os indivíduos e os coletivos, o desenvolvimento de senso crítico e da capacidade de intervirem sobre suas vidas e sobre seu meio, além de fomentando condições para se apropriarem de sua própria existência e saúde. A educação popular, assim, vincula-se, na perspectiva defendida pelos autores, à construção de saberes e práticas, no campo da SM, que sejam condizentes com a valorização da vida em sua multiplicidade.

### **Considerações finais**

Como nos alerta Amarante (2007), no campo da SM a criação de leis não determina que os sujeitos em sofrimento psíquico se tornem cidadãos. E como cidadania não se faz por um decreto, se faz necessário que atuem no sentido de abriremos espaço para a mudança de



mentalidades, e que atuemos no sentido de operarmos ações e desenvolvermos relações sociais que se vinculem à construção dessa cidadania. Faz-se importante, nesse sentido, para o autor, que recusemos o conceito arcaico que estigmatizou a “loucura” e que nos direcionemos as pessoas, não às suas doenças, para construirmos estratégias mais verdadeiras na perspectiva da cidadania e da participação social.

Por meio da pesquisa e à luz da força do posicionamento ético, político e ideológico de vários dos usuários e dos profissionais de saúde com os quais nos relacionamos, apesar de cansaços, de suspiros desalentados e pouco conseguirmos ver “além da curva”, acreditamos que se faz, mais do que nunca, necessário defendermos os CAPS em sua potência de cuidado também na esfera da viabilização dessa participação ativa e vigorosa, posto serem espaços privilegiados para o fomento, para o acolhimento e para a destinação efetiva de manifestações e das reivindicações populares em suas respectivas comunidades, favorecendo encontros e potencializando a tessitura de redes de pertencimento e de solidariedade, especialmente entre as minorias, populações historicamente negligenciadas.

Pensando que todos aqueles que acessam os serviços de saúde especializados em SM manifestam sofrimentos psíquicos de diversas ordens e intensidades, o acesso ao universo da participação popular a partir das contribuições pulsantes dos usuários – reconhecidos como sujeitos concretos e membros do gênero humano como todos e todas nós, frutos de nosso tempo – teve como consequência a produção de uma inquietação acerca do que é realmente necessário pensarmos para a ativação de uma participação popular possível, dados nossos limites pessoais e os limites impostos pela história em movimento.

Diante do exposto fica claro que, no respeito à diversidade e às dificuldades postas ao nosso convívio social em tempos de acirramento das contradições do Capital, recorrer à necessidade de ações ampliadas pela amplificação das vozes não só de usuários dos serviços de SM, mas de todos nós que temos que nos haver com as desigualdades de condições de vida impostas pelo modo capitalista de produção material e pela sua filosofia neoliberal, que ainda não podemos prescindir defesa oportuna dos direitos dos usuários.

Nesse sentido, faz-se necessária a instrumentalização desses usuários, de seus familiares, da comunidade e das equipes de saúde e de SM acerca do que é preciso para a produção de cuidados possíveis, incluindo a viabilização de discussões acerca do que tem acontecido nos atuais cenários políticos, culturais e econômicos brasileiros, que têm atingido frontalmente a herança de cunho democrático e libertário da atenção psicossocial à luz da RPB e da luta antimanicomial que a acompanha e sustenta, pesando o histórico de exclusão que vivenciaram e sua trajetória nos limites de seu lugar secundarizado e submisso aos

saberes profissionais hierárquicos. Como vimos, devemos considerar, pelo constatado, que a mera existência de legislações – e mesmo de políticas públicas “no papel” – não garante a participação dos usuários nas discussões políticas, nem confere à educação popular em saúde o *status* de potente estratégia de cuidado que parta do saber popular para a construção da compreensão do conceito de saúde, das causas do adoecimento e das condições de sua superação.

Muito nos inquietou, nesse sentido, o que os sujeitos (des)conheciam sobre a luta de direitos no SUS e em SM; e sua relação com a necessidade de ações viabilizadoras de acesso a informações por parte dos serviços e com a questão da representatividade nos espaços de participação popular. Ainda que realizado com uma amostra pouco vultosa, o presente estudo pôde nos levar a considerar aspectos ligados ao contexto em que se desenvolveu e sobre o quanto aquelas expressões individuais podem nos dizer de nosso tempo.

Pelo fato de os profissionais residentes estarem em processo de formação, tendo acesso às teorias e às práticas críticas que possibilitam a reflexão acerca de seus posicionamentos e de sua atuação, entendemos que a produção do conhecimento da realidade local que o estudo propiciou, pretendendo-se sintonizado com as necessidades da população com vistas à construção de uma cultura sanitária de defesa e de afirmação da vida, pode contribuir no sentido de apoiar processos potencializadores, qualificados e ativos por parte das equipes dos serviços municipais. CAPS, fortalecendo, no atual contexto, a luta pela retomada dos direitos humanos e dos princípios reformistas e também dos revolucionários, na perspectiva crítica transformadora.

É importante frisarmos que a qualidade e a efetividade da participação popular não se restringem aos números de participantes nas instâncias coletivas, mas deve ser vista como um exercício de cidadania que se vincula à democracia, o que tornou possível – com seus limites e dificuldades – constituir espaços coletivos de saber e de luta, como um exercício político pautado pela soberania do povo rumo a um vir -a- ser que estabeleça seus reais interesses.

Com base nisso afirmamos a possibilidade de uma participação popular em espaços minimamente garantidos e maximamente defendidos para o desenvolvimento da consciência de seu lugar como origem de mudanças nas formas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, imprescindível no atual cenário de retrocessos; e que se vincule à luta pela defesa e pelo fortalecimento do SUS, público, universal, gratuito e de qualidade, podendo ser os CAPS instância de emergência de sujeitos que resistem coletivamente à negação de seus direitos.

## Referências

ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos do humor**. 2018. 417 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L. A.; VELOSO, T. M. G. Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da educação popular. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 10, n. 1, , jan./jun., 2015.

APUCARANA. **Estatuto Social da Associação de Usuários, Familiares, Trabalhadores e Amigos da Saúde Mental de Apucarana**. 2013. [in mimeo].

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm). Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Sobre os novos procedimentos de CAPS**. 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/29/Documento-Sobre-Procedimentos-de-CAPS-RAAS-PSI.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. 2014. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B000KmIfoMGzQW5VM1J6ZmNvUnc/view>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional**

**sobre Drogas.** Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. 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). Disponível em: <http://bibliofarma.com/portaria-no-3088-de-23-de-dezembro-de-2011>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil: recomendações: de 2005 a 2012.** 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_nacional\\_saude\\_mental\\_infantojuvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf). Acesso em: 10 jan. 2019.

CARNEIRO, A. C. *et al.* Educação popular em saúde mental: relato de uma experiência. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2010. Doi: 10.1590/S0104-12902010000200021.

COSTA, P. H. A.; PAIVA, F. S. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, jul./set. 2016. Doi: 10.1590/s0103-73312016000300015.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, maio/ago. 2010. Doi: 10.1590/S1984-02922010000800015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil Avançado do Município de Apucarana.** Disponível em: [http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=276&btOk=ok](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=276&btOk=ok). Acesso em: 10 out. 2019.

MANSANERA, A. R. L.; SILVA, C. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 115-137, 2000. Doi: 10.1590/S1413-73722000000100008.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Doi: 10.7476/9788575413593.

RAICHELIS, R. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 85, mar. 2006.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, out./dez. 2014. Doi: 10.1590/S0103-73312014000400013.

Submetido em 8 de agosto de 2019.

Aprovado em 26 de outubro de 2019.