



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

DANIELA VIECILI COSTA MASINI

ESTUDO SOBRE A CONFIGURAÇÃO SUBJETIVA SOCIAL DE UM GRUPO DE AJUDA-MÚTUA

BRASÍLIA

2020



DANIELA VIECILI COSTA MASINI

ESTUDO SOBRE A CONFIGURAÇÃO SUBJETIVA SOCIAL DE UM GRUPO DE AJUDA-MÚTUA

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Valéria Deusdará Mori

Co-orientação: Daniel Magalhães Goulart

BRASÍLIA

2020

RESUMO

Este trabalho visa relatar e discutir os resultados de uma pesquisa cujo objetivo principal foi compreender a configuração subjetiva social predominante num grupo de ajuda-mútua, com atenção aos potenciais terapêuticos desse tipo de estratégia e à presença de possíveis processos de institucionalização na sua dinâmica. A pesquisa se deu num contexto de avanços e retrocessos da reforma psiquiátrica e de difusão de estratégias participativas de saúde mental, das quais os grupos de ajuda-mútua fazem parte. Foi utilizado o método construtivo-interpretativo, baseado na Epistemologia Qualitativa, em articulação com a teoria da subjetividade de González Rey. Os participantes da pesquisa foram integrantes de um grupo de ajuda-mútua de uma cidade satélite do Distrito Federal, o qual era aberto à população e frequentado por um grupo relativamente assíduo de cerca de seis pessoas. O instrumento de pesquisa consistiu em dinâmicas conversacionais que ocorriam durante os encontros do grupo e em momentos informais antes ou depois dos encontros. Pode-se dizer que o grupo em questão expressa processos subjetivos relacionados à hipervalorização da atuação do profissional de saúde, os quais articulam-se a uma lógica individualista, à associação entre transtorno mental e incapacidade, e a um processo de burocratização do grupo. Apesar de serem predominantes, tais processos subjetivos estão em contínuo tensionamento dentro da subjetividade social do grupo, o que aponta para o potencial de desinstitucionalização desse tipo de estratégia. Tais processos de hipervalorização do profissional de saúde parecem estar articulados à forma através da qual o funcionamento do grupo é representado por seus integrantes, o qual remete ao funcionamento de estratégias de suporte por pares e não ao de grupos de ajuda-mútua em si, o que também pode estar contribuindo para a dificuldade do grupo de ajuda-mútua em funcionar enquanto tal.

Palavras-chave: Ajuda-mútua. Subjetividade. Reforma psiquiátrica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	REFORMA PSIQUIÁTRICA E ESTRATÉGIAS PARTICIPATIVAS.....	7
3	TEORIA DA SUBJETIVIDADE.....	14
4	MÉTODO.....	18
4.1	PARTICIPANTES.....	19
4.2	INSTRUMENTOS.....	20
4.3	CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO.....	21
4.4	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	36

Introdução

Este trabalho tem como finalidade expor os resultados de uma pesquisa qualitativa sobre estratégias participativas no campo da saúde mental, realizada com integrantes de um grupo de ajuda-mútua do Distrito Federal. O cenário dessa pesquisa é a reforma psiquiátrica brasileira, a qual consiste num processo de mudanças em quatro dimensões articuladas entre si: (1) dimensão epistemológica, que representa a desconstrução dos saberes que sustentam a instituição manicomial, dando lugar a novas formas, menos estigmatizantes, de compreensão da realidade; (2) dimensão técnico-assistencial, visando mudanças nos serviços de saúde mental, como a implementação da Rede de Assistência Psicossocial (RAPS); (3) dimensão jurídico-política, associada à defesa dos direitos historicamente violados de pessoas com transtornos mentais; (4) e a dimensão cultural, que diz respeito à transformação de práticas, discursos e valores implicados na situação de exclusão social vivenciada por pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2009).

A mudança nesses quatro eixos supracitados é importante pois a restrição da reforma psiquiátrica ao âmbito assistencial acaba por tornar o sistema de saúde na máscara sanitária de um contexto social problemático, através da patologização e medicalização daqueles mais afetados pelos cenários de violência, discriminação e pobreza, que são também os mais presentes em instituições manicomiais (ILLICH, 1975; BASAGLIA, 1991; PEREIRA, PASSOS, 2019). Dessa forma, é a partir da necessidade de ir além da simples desospitalização que surge a noção de desinstitucionalização, processo que significa reflexão e reinvenção permanentes, visando transformar o lugar social da loucura através da promoção de reinserção social e do desenvolvimento de autonomia, de tal forma que aqueles em sofrimento mental possam construir novas trajetórias de vida (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Apesar dos avanços na criação de novas formas de cuidar, ainda existem vários desafios relacionados, por exemplo, à frágil integração entre os diferentes serviços de saúde, formação dos profissionais de saúde, alocação de recursos no SUS e a questões sociais mais amplas, que também afetam o campo da saúde mental, tais como desigualdade social, discriminação e violência (DIMENSTEIN, 2013; MARTINS, 2014). Dentre tais impasses, o que orientou a realização deste trabalho é a centralidade da figura do profissional de saúde nos diferentes cenários de saúde mental, que pode estar associada, entre outros fatores, à dificuldade de oferecer uma forma de cuidado que favoreça o desenvolvimento de autonomia e o

empoderamento dos usuários dos serviços, tendo como pressuposto que esta é que a base de qualquer processo de promoção de saúde (VASCONCELOS, 2000, 2016; SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003; PENIDO, ROMAGNOLI, 2018).

Tendo isso em vista, as estratégias participativas em saúde mental podem ser uma via importante de desinstitucionalização, pois além de seu potencial terapêutico (SCHENEIDER, 2012; PASSOS et al., 2013; PRESOTTO et al., 2013; PALOMBINI et al., 2013; CORSTENS et al., 2014; BIEN, REIS, 2017), têm também o potencial de gerar espaços de participação popular e transformação social, em acordo com a proposta da Política Nacional de Promoção de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Estratégias de saúde mental com maior enfoque no protagonismo dos próprios usuários e de seus familiares começaram a surgir no país há menos de 20 anos (VASCONCELOS, 2013a). Entre elas, podemos citar os grupos de ajuda-mútua, pesquisas participativas, estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e grupos de ouvidores de vozes. O grupo de ajuda-mútua foi escolhido para realização desta pesquisa por uma questão de praticidade, já que é uma estratégia relativamente mais comum do que as outras citadas. Como será discutido, o contexto social, político e cultural brasileiro parece dificultar a participação dos usuários nas estratégias de saúde mental e na construção de políticas públicas como um todo (VASCONCELOS, 2000, 2009, 2013a, 2013b, 2016, 2017a, 2017b).

Dito isso, este trabalho teve como objetivo principal compreender a subjetividade social dominante expressa num grupo de ajuda-mútua composto por pessoas em sofrimento psíquico, enfatizando as possibilidades terapêuticas de estratégias participativas em saúde mental. Os objetivos específicos consistiram em explicar os recursos subjetivos gerados pelo grupo relacionados à geração de alternativas às situações de sofrimento psíquico compartilhadas e compreender processos de institucionalização possivelmente presentes e sua articulação à produção subjetiva dos integrantes. E para tanto foram usados os referenciais da teoria da subjetividade, do método construtivo-interpretativo e da Epistemologia Qualitativa de González Rey (GONZÁLEZ REY, 2007, 2012, 2015, 2018, 2019; GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2013, 2016, 2017).

Reforma psiquiátrica e estratégias participativas

No Brasil, a reforma psiquiátrica teve início na década de 1970, nos momentos finais da ditadura militar e junto a um processo amplo de reorganização da sociedade civil (TENÓRIO, 2002). Nesse contexto, profissionais de saúde fizeram uma série de denúncias sobre as condições de trabalho e os abusos que eram cometidos em manicômios, compondo o denominado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse foi o primeiro movimento coletivo organizado que visava transformar as formas de cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, mas inicialmente tinha propostas principalmente técnicas (AMARANTE, NUNES, 2018; EMMANUEL-TAURO; FOSCACHES, 2018). A história da reforma psiquiátrica brasileira é interessante para exemplificar tanto a presença histórica dos profissionais de saúde nesse movimento, quanto o potencial de transformação da participação dos usuários e familiares, pois foi apenas posteriormente, por meio da participação destes e da influência de outros movimentos, que a proposta do MTSM passou a ter de fato um caráter antimanicomial, defendendo a substituição das instituições de exclusão por outras formas de cuidado (TENÓRIO, 2002; EMMANUEL-TAURO; FOSCACHES, 2018).

A reforma psiquiátrica foi impulsionada, portanto, pela redemocratização, quando minorias políticas passaram a ter maior representatividade. Por um lado, isso permitiu a implementação de políticas de interesse desses grupos; mas por outro, paradoxalmente, contribuiu para a fragmentação das forças políticas sociais, enfraquecendo alguns movimentos sociais que antes eram mais expressivos, aspecto que parece ter desdobramentos até hoje (GOHN, 2004). Associado a isso, vem ocorrendo no Brasil o avanço de políticas neoliberais, as quais vão além de políticas econômicas de fragilização do papel regulatório do Estado e têm implicações também na forma através da qual o espaço social se organiza, dado que articulam-se a uma lógica individualista e à fragmentação dos vínculos sociais e das relações comunitárias (VIANA, SILVA, 2018).

Tais fatores dificultam a concretização das propostas da Política Nacional de Saúde Mental na medida em que parecem prejudicar a participação social e o investimento do Estado numa população socialmente vulnerável e historicamente discriminada (AMARANTE, NUNES, 2018; MALTA et al., 2018). Nesse contexto, estratégias participativas em saúde podem servir como um potencial espaço de articulação social, promovendo um maior controle social dos serviços

de saúde e, de forma mais ampla, maior participação social no campo político (SCHNEIDER, 2012; PASSOS et al., 2013; CUNHA, GOULART, 2015; KANTORSKI, ANDRADE, 2017).

Com a implementação do SUS, foram realizadas várias mudanças no sistema de atenção à saúde mental, entre elas, a substituição progressiva das instituições manicomiais por uma rede substitutiva de serviços, formando a atual Rede de Atenção em Saúde Psicossocial (RAPS). A RAPS é composta por diferentes estratégias que têm como objetivo a reinserção social de pessoas com transtornos mentais, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (AMARANTE, TORRE, 2001; ZANELLA et al., 2016), serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta para Casa (ROMAGNOLI et al., 2009), Centros de Convivência (FERRO, 2015), iniciativas de Economia Solidária e cooperativas de trabalho (MARTINS, 2014), e a articulação com a Estratégia da Saúde da Família (DIMENSTEIN et al., 2009; BRASIL, 2011).

O CAPS é considerado o principal serviço de articulação do cuidado na rede de atenção psicossocial (GALLETI, 2013; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Existem cinco tipos de CAPS, os quais se diferenciam de acordo com a faixa etária dos frequentadores, existência ou não de dependência de drogas, número de pessoas atendidas, disponibilidade de leitos para períodos de curta internação e horários de funcionamento (AMARANTE, 2007). As atividades promovidas nos CAPS são variadas, podendo ocorrer, por exemplo, atendimentos individuais e/ou grupais a usuários ou familiares, visitas domiciliares, práticas de matriciamento, oficinas terapêuticas e estratégias que visem a articulação com os recursos do território no qual o serviço está inserido (SILVA, JÚNIOR, ARAÚJO, 2018).

Numa pesquisa de cunho quantitativo, com o objetivo de analisar as atividades realizadas num CAPS em Minas Gerais, Silva, Júnior e Araújo (2018) observaram que durante um ano foi realizada apenas uma ação voltada para fortalecer o protagonismo dos usuários no próprio serviço, em oposição a mais de quatro mil atendimentos individuais. Isso pode ser visto como um sinal de que a participação de usuários em seu próprio cuidado ainda é pouco valorizada nos serviços de saúde.

Outras organizações que integram informalmente a RAPS são as associações não governamentais organizadas por usuários e/ou familiares. Numa pesquisa brasileira finalizada em 2007, constatou-se a presença de 107 associações de saúde mental compostas por usuários/familiares que visam promover alguma forma de cuidado ou de engajamento político, mostrando que ainda são uma iniciativa incipiente no país (VASCONCELOS, 2009). Além disso, a maioria dessas organizações contam com a participação expressiva de

profissionais de saúde e/ou estão associadas a um serviço como o CAPS, o que pode trazer vários benefícios, mas pode também aumentar os riscos de gerar uma relação de dependência pelo serviço de saúde (VASCONCELOS, 2009).

No âmbito da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) – conjunto de diretrizes e orientações para a organização dos serviços de saúde mental que compõem a RAPS – não há nenhum programa específico de financiamento para abertura ou manutenção de grupos e associações de usuários de saúde mental ou familiares (MATEUS, MARI, 2013; BRASIL, 2011). Sob a perspectiva da Teoria da Subjetividade, políticas públicas não se limitam a um instrumento de ação do Estado, são também produções humanas, e como tal podem ser analisadas de acordo com um contexto histórico e social (MARTINS, GONZÁLEZ REY, 2015). Logo, pode-se questionar se a falta de uma política pública menos centrada na atuação do profissional de saúde seria expressão de uma cultura, ou de uma economia, em que a atuação deste é hipervalorizada (VASCONCELOS, 2000; NEUBERN, 2012).

Em sintonia com isso, movimentos de usuários no Brasil tendem a ser mais dependentes de profissionais de saúde, quando comparados aos movimentos de usuários de outros países. Vasconcelos (2000) argumenta que isso está possivelmente relacionado a uma cultura hierárquica e a um cenário de intensa desigualdade social, em que as lideranças oriundas de classes socioeconômicas menos privilegiadas enfrentam maiores dificuldades para exercer ativismo político. Já na classe média, a maior dificuldade em formar grupos de usuários parece estar relacionada ao contexto mais individualista e normatizador, que dificulta a formação de coletivos (VASCONCELOS, 2013a). A falta de conhecimento acerca dos mecanismos de controle social do SUS e uma tradição democrática ainda recente parecem dificultar o envolvimento da população na gestão dos serviços de saúde, que muitas vezes acaba sendo exercido pelos profissionais de saúde quase que exclusivamente (COSTA, PAULON, 2012; FERRETI et al., 2016).

Pode-se perceber que há certa dificuldade em promover a participação mais ativa dos usuários, tanto no dia-a-dia dos serviços de saúde, quanto no contexto mais amplo das políticas públicas e movimentos sociais. E além dos fatores já mencionados, que parecem contribuir para a existência de uma hipervalorização dos profissionais de saúde no cenário brasileiro, pode-se citar a prevalência de representações biomédicas acerca do sofrimento mental. Segundo a pesquisa de Riedel-Heller, Matschinger e Angermeyer (2005), a representação do transtorno mental através de uma perspectiva biomédica está associada à

busca de ajuda de profissionais de saúde predominantemente, em detrimento de outras formas de cuidado, como grupos de ajuda-mútua. Dessa forma, pode-se dizer que a expressão do modelo biomédico também está relacionada à hipervalorização dos profissionais de saúde e é um fator a ser levado em consideração no emprego de tais estratégias participativas.

Essa hipervalorização do profissional de saúde pode ser prejudicial para a concretização das propostas das políticas públicas de saúde mental na medida que intensifica a pressão sobre os trabalhadores da área de saúde mental, aumentando os riscos de exaustão dos trabalhadores e as possíveis consequências adversas relacionadas a isso, tais como burocratização dos serviços e indiferença no cuidado diário dos usuários (VASCONCELOS, 2016). Vale ressaltar também que a participação cidadã é fator imprescindível para permitir a governabilidade, ou seja, a capacidade de um governo em formular e implementar decisões públicas (CUBILLOS, 2017). Com base nisso, pode-se dizer que a maior participação dos usuários na política de saúde mental brasileira como um todo é uma questão importante para promover a própria implementação de tais políticas públicas.

Nesse sentido, pode-se citar o exemplo das pesquisas participativas, as quais são iniciativas em que os usuários de saúde atuam como copesquisadores de pesquisas no campo da saúde mental. Isso pode ter desdobramentos em nível social, ao funcionar como espaço de participação social em processos de produção de conhecimento, e em nível individual, considerando que a participação num grupo de pesquisa pode ter função terapêutica e promover aprendizagem de novas habilidades (SCHENEIDER, 2012). A participação dos usuários pode se dar de diferentes formas: seja de forma mais tímida – através apenas da consulta aos usuários sobre sua perspectiva diante dos resultados das pesquisas – seja de forma mais expressiva – em que os usuários fazem parte de processos como entrevista a participantes, discussão dos resultados e disseminação dos resultados da pesquisa (SCHENEIDER, 2012). Observa-se que a participação de usuários como copesquisadores pode permitir a construção de uma nova identidade menos centrada na noção de doença e diagnóstico, e na melhor compreensão de seus direitos, mostrando seu potencial enquanto dispositivo de *empowerment* em saúde mental (SCHENEIDER, 2012; PASSOS et al., 2013; PRESOTTO et al., 2013; PALOMBINI et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, *empowerment* – termo que alguns traduzem como empoderamento ou fortalecimento – refere-se ao "nível de escolha, influência e controle que os usuários de serviços de saúde mental podem exercer sobre suas próprias

vidas" (WHO, 2010, p. 2; tradução nossa). Pode ser entendido também como um processo de busca por maior equidade entre pessoas ou grupos e é visto por alguns autores como aspecto central na promoção de saúde (KLEBA, WENDAUSEN, 2009).

Ao discutir o tema do *empowerment*, é importante ressaltar que é necessário cautela para não cair num discurso com viés individualista e neoliberal (VASCONCELOS, 2017a, 2017b), como tem ocorrido nos Estados Unidos, onde estratégias participativas de saúde mental têm servido como sustentação de um sistema de saúde pouco acessível (PRICE-ROBERTSON, OBRADOVIC, MORGAN, 2016). Tal discurso individualista e neoliberal se expressa, por exemplo, na retórica da dita auto-ajuda, que defende – implicitamente ou não – que basta "força de vontade" para mudar. Num contexto como o latino-americano, marcado pela desigualdade social e violência, seria eticamente questionável atribuir a responsabilidade em lidar com o sofrimento mental apenas ao esforço individual das pessoas (PRICE-ROBERTSON, OBRADOVIC, MORGAN, 2016). Por isso, na perspectiva adotada neste trabalho, considera-se que uma característica essencial do processo de *empowerment* é que este se dá através de práticas de coletivização, a partir das quais é possível criar laços comunitários de solidariedade e abrir vias de transformação social, em associação com os dispositivos do Estado (ALVES, OLIVEIRA, VASCONCELOS, 2013; VASCONCELOS, 2017b).

É válido pontuar também que apesar da adesão e disseminação de um discurso em prol do empoderamento dos usuários de saúde, muitas vezes esse discurso não se concretiza na prática (LAVERACK, LABONTE, 2000). Na perspectiva da teoria da subjetividade, aquilo que é declarado de forma explícita pelo indivíduo não é necessariamente condizente com a produção subjetiva implicada em suas ações, pois a subjetividade não é um fenômeno da ordem da consciência (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2016). Dessa forma, um profissional de saúde pode declarar ser a favor do empoderamento de usuários de saúde mental, mas, ao mesmo tempo, tratá-los como meros objetos de intervenção profissional.

Empowerment não é algo que pode ser simplesmente oferecido ou dado a uma pessoa. Os profissionais de saúde podem facilitar esse processo através de mudanças na relação com os usuários, em consonância com o que defendia Basaglia, segundo o qual este seria o primeiro passo para desconstruir o manicômio enquanto instituição de violência e exclusão (BASAGLIA, 1991; KLEBA, WENDAUSEN, 2009; WHO, 2010). A dificuldade de colocar tais ideias em prática pode ser decorrente da permanência da lógica manicomial nos serviços de saúde mental brasileiros, apesar das boas intenções de vários profissionais de saúde e das mudanças nas

políticas de saúde mental, remetendo ao caráter simbólico da subjetividade. Essa lógica se expressa através de relações hierárquicas entre profissionais e usuários, na falta de participação dos usuários em seu próprio cuidado e de práticas de cuidado pautadas no modelo biomédico, o que pode dificultar a emergência do outro enquanto sujeito, categoria que será melhor discutida adiante (GOULART, 2017). Percebe-se então que a forma de cuidado praticado em serviços substitutivos pode gerar dependência ao invés de promover autonomia, de forma similar ao que ocorre num manicômio, fenômeno que vem sendo denominado de nova institucionalização (ROTTELI, LEONARDIS, MAURI, 2001; AMORIM, DIMENSTEIN, 2009; PANDE, AMARANTE, 2011; GOULART, 2017, 2019).

Dito isso, pode-se traçar um paralelo entre o fenômeno da nova institucionalização e da hipervalorização dos profissionais de saúde, na medida em que ambos estão articulados ao modelo biomédico e expressam, de uma forma ou de outra, a dificuldade em promover um cuidado que gere autonomia e não dependência e cronificação. Nesse contexto, as estratégias participativas em saúde mental surgem como uma possível, e necessária, via de desinstitucionalização no campo da saúde mental, dado que permitem a participação mais ativa dos usuários e seus familiares. Ressalta-se aqui que tais estratégias não eliminam o potencial de outros caminhos de desinstitucionalização também: como a educação continuada dos profissionais de saúde e o próprio fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental. Dentre tais estratégias participativas podem ser citadas as pesquisas participativas com usuários, os grupos de ouvidores de vozes, a estratégia GAM e os grupos de ajuda mútua.

Os grupos de ouvidores de vozes começaram a surgir na década de 1980 na Holanda, a partir da colaboração entre pesquisadores e ouvidores de vozes (CORSTENS et al., 2014). Essa iniciativa inspirou a criação de uma rede mundial de ouvidores de vozes, que defendem estratégias alternativas para lidar com a experiência de ouvir vozes (BIEN, REIS, 2017; KANTORSKI, ANDRADE, 2017). Os integrantes dessa iniciativa argumentam que a patologização e medicalização da experiência de ouvir vozes é mais prejudicial do que benéfica, pois a busca incessante por eliminar as vozes acaba por dificultar o desenvolvimento do indivíduo, já que, por exemplo, podem ser necessárias doses muito altas de medicamentos, causando uma série de efeitos adversos (DEL BARRIO et al., 2013; CORSTENS et al., 2014).

A crítica ao uso indiscriminado de medicamentos psiquiátricos também é compartilhada pela proposta da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (DEL BARRIO, 2013; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Essa iniciativa chegou ao Brasil em 2009, a partir de uma

parceria com a Universidade de Montreal, e baseia-se no uso de uma ferramenta – o guia GAM. Em grupos, é realizada uma leitura do guia, o qual traz relatos e informações sobre o tratamento medicamentoso dos transtornos mentais, estimulando os usuários a refletir sobre suas experiências e a participar de forma mais ativa em seu próprio cuidado (PALOMBINI et al., 2013; SILVEIRA, 2016; SILVEIRA, MORAES, 2017). No que diz respeito ao uso de psicotrópicos, as estratégias participativas em saúde mental têm se mostrado eficazes na diminuição do consumo de medicamentos psiquiátricos e da hospitalização de pessoas com transtornos mentais, contribuindo dessa forma também para o uso mais racional dos serviços de saúde (PRESOTTO et. al, 2013). No entanto, é importante ressaltar que a ampliação de estratégias participativas de saúde mental não exime o Estado de investir nos outros dispositivos da rede de saúde mental, em concordância com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS, 2017b).

Por fim, grupos de ajuda mútua consistem em espaços de escuta e suporte recíprocos entre pessoas que enfrentam dificuldades ou experiências semelhantes (PRESOTTO et al., 2013; VASCONCELOS, 2013b; AMORIM, SEVERO, ROMAGNOL, 2015). São grupos não diretivos que se diferenciam dos grupos terapêuticos baseados na ação de um profissional de saúde pois permitem a existência de relações mais horizontais entre seus integrantes (MONTEIRO, 1997; RIVERA NAVARRO, 2004). Há certa confusão na literatura estrangeira acerca do que é um grupo de ajuda-mútua, dado que existem diferentes termos usados para denominar essa estratégia, entre os quais pode-se citar o termo "support groups" (grupos de suporte) ou "peer suport" (suporte por pares) (PISTRANG, BAKER, HUMPHREYS, 2008). Tais termos são por vezes usados para se referir a grupos de ajuda-mútua em si, mas em geral dizem respeito a uma estratégia de cuidado menos pautada na reciprocidade, que conta com a atuação de indivíduos que já passaram por situações de intenso sofrimento mental, se recuperaram e atuam ajudando indivíduo com transtornos mentais (DAVIDSON et al., 2006; PISTRANG, BAKER, HUMPHREYS, 2008). No trabalho de Davidson et al. (2006), tais estratégias são colocadas num continuum: em que grupos de ajuda mútua se aproximam mais de relações de amizade – devido à reciprocidade – e grupos de suporte se aproximam mais da atuação de profissionais de saúde – devido ao estabelecimento de uma relação menos recíproca e mais hierárquica com aquele que é cuidado, apesar de que ainda assim a autorevelação de experiências pessoais por parte de tais cuidadores é mais marcante do que na relação entre profissional de saúde e usuários dos serviços.

Os grupos de ajuda mútua surgiram em países europeus e ganharam força na América do Norte, onde tiveram papel fundamental no desenvolvimento da perspectiva de Recovery (MARIN, 2017). Recovery é um modelo de compreensão e intervenção no âmbito da saúde mental que se embasa na crítica à noção de transtorno mental enquanto doença crônica, progressiva e incapacitante, e na defesa de um cuidado que leve em consideração o potencial do indivíduo em situação de sofrimento mental de experimentar processos de vida com qualidade (BOLZONI, 2016). O papel dos grupos de ajuda-mútua no desenvolvimento do Recovery serve como mais um exemplo de como a abertura a estratégias de saúde que dão voz aos usuários e seus familiares pode ter desdobramentos na construção de novos saberes sobre o sofrimento mental, remetendo à necessária articulação entre as quatro dimensões da reforma psiquiátrica (epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e cultural), mencionadas anteriormente (AMARANTE, 2009).

Como pode-se notar, tais estratégias foram desenvolvidas em países europeus e norte-americanos, cujas características sociais e econômicas são, de modo geral, bem diferentes daquelas que encontramos em países latino-americanos, algo que deve ser levado em consideração. É necessário evitar a tendência de apropriação ingênua e idealística de abordagens e políticas sociais dos países ditos centrais, pois isso acaba por inibir o desenvolvimento de "caminhos próprios", mais interessantes para compreender e intervir em nossa realidade (VASCONCELOS, 2017a), daí a importância de realizar mais pesquisas sobre o assunto no cenário brasileiro.

Teoria da subjetividade

A compreensão de como a teoria da subjetividade se situa em relação a outras perspectivas e visões de mundo abre caminho para uma apropriação mais crítica e contextualizada de suas principais categorias teóricas, que são: sentido e configuração subjetiva, subjetividade social e individual e sujeito. Uma das grandes influências no desenvolvimento deste referencial teórico foi a teoria histórico-cultural de Vigotski, em especial seus escritos iniciais, que expressam o esforço de tal teórico em avançar na compreensão de fenômenos como a imaginação e emoções humanas, e em superar a dicotomia entre cognição e emoção (VIGOTSKI, 2001, 2010; GONZÁLEZ REY, 2018). Tendo como antecedente a proposta teórica de Vigotski, foi desenvolvida a categoria de sentido subjetivo enquanto unidade que integra

simultaneamente processos simbólicos e emocionais produzidos no decorrer da experiência vivida (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Na perspectiva da teoria da subjetividade, a integração entre o simbólico e o emocional dos processos subjetivos implica que a emergência de um possibilita o surgimento do outro, sem que exista uma relação de causa e efeito entre os dois (GONZÁLEZ REY, 2015). Dessa forma, a emoção é considerada aqui como parte essencial da experiência humana e até processos como a racionalidade, o fazer científico e dinâmicas sociais mais amplas se dão intrincados numa trama de emoções e afetos, em contraste com o lugar secundário que o racionalismo moderno destinou às emoções na compreensão da vivência humana (JASPER, OWENS, 2014; RENTERIA, 2017).

Outro aporte importante na construção da teoria da subjetividade foi a teoria da complexidade de Morin, com suas críticas ao paradigma científico dominante reducionista e determinista (MORIN, 2015). Dessa forma, González Rey foi um crítico, por um lado, do determinismo psicológico e da visão individualista do ser humano – que falham na compreensão de como o social está implicado na experiência do indivíduo – e, por outro, do determinismo sociológico – que dificulta a produção de inteligibilidade sobre fenômenos como a criatividade. Tais reflexões tomam forma na noção de subjetividade enquanto sistema aberto, em que o social e o individual constituem-se mutuamente (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Sua dimensão individual refere-se à produção subjetiva acerca da história de vida do indivíduo, a qual se dá num determinado contexto e rede de relações, cuja subjetivação, por sua vez, está relacionada à subjetividade social. Esta consiste num sistema integrador de sentidos subjetivos que se expressam através de representações sociais, discursos, crenças, sexualidade e moralidade expressos nos diferentes espaços sociais (GONZÁLEZ REY, 2015). Portanto, a subjetividade não consiste numa formação intrapsíquica isolada da dimensão social, pois o indivíduo se constitui dentro de diferentes subjetividades sociais, ao mesmo tempo que atua como um momento de subjetivação diferenciado destas (GONZÁLEZ REY, 2015).

A definição da subjetividade enquanto sistema significa que esta não é formada por sentidos subjetivos isolados e desconexos entre si. Daí a categoria de configuração subjetiva, que consiste numa forma de organização subjetiva articuladora de sentidos subjetivos diversos, mas cujos significados são convergentes. De tal forma que a configuração subjetiva

acerca de um determinado campo de experiência do indivíduo integra processos subjetivos produzidos em outros variados contextos de sua existência. Por exemplo, a maneira que uma mulher com depressão pós-parto configura subjetivamente a maternidade pode estar articulada a processos subjetivos individuais acerca de sua relação com o parceiro e à expressão de processos subjetivos sociais sobre o que é ser mãe (CESARIO, GOULART, 2018).

Vale ressaltar que uma configuração subjetiva não é uma entidade estática. Pelo contrário, é definida por seu caráter dinâmico e gerador de novos sentidos subjetivos no decorrer da ação. Assim, a subjetividade nunca chega a ser um mero reflexo de fatores externos pois é sempre uma produção do indivíduo sobre sua experiência. Todavia, seu caráter gerador não implica necessariamente que a produção subjetiva de uma pessoa ou grupo irá romper com formas institucionalizadas e hegemônicas de ser, pensar e sentir (GONZÁLEZ REY, 2011).

Até certo ponto, a subjetividade social dificulta a emergência de sentidos subjetivos divergentes daqueles predominantes socialmente, constituindo o que conhecemos como cultura¹ (GOULART, 2017). Segundo Goulart (2019), a "subjetividade social opera configurando diferentes formas de institucionalização. Portanto, a institucionalização como tal não é consequência da subjetividade social, mas um dos processos centrais por meio dos quais ela opera" (p. 57).

Contudo, em alguns contextos a subjetividade social pode funcionar de forma mais limitante, o que tem desdobramentos na qualidade dos processos de vida daqueles que habitam tais espaços. Um exemplo dessa forma de subjetividade social é a subjetividade social manicomial, que está relacionada à manutenção da lógica manicomial em serviços substitutivos de saúde mental e ao fenômeno da nova institucionalização, discutidos anteriormente neste trabalho (GOULART, 2017).

A relações interpessoais se organizam em meio a configurações de sentido subjetivos sociais (GONZÁLEZ REY, PAVÓN-CUÉLLAR, 2018). Dessa forma, em serviços de saúde mental atravessados pela subjetividade social manicomial, as relações entre usuários, familiares e profissionais de saúde é marcada por práticas de cuidado predominantemente medicalizantes e pouco dialógicas, que acabam por colocar o outro num lugar de objeto de intervenção ao invés de sujeito da própria vida. E, ao mesmo tempo, os frequentadores de tais espaços –

¹ Cultura não se restringe à dimensão subjetiva, mas pode-se dizer que toda produção cultural é organizada de alguma forma em nível subjetivo (GONZÁLEZ REY, 2011)

sejam eles profissionais de saúde ou usuários e familiares – acabam por gerar sentidos subjetivos associados à manutenção de tais relações hierárquicas e burocratizadas (GOULART, 2017). Segundo González Rey (2007, p. 193), "os sentidos subjetivos, de maneira permanente, levam aos sistemas de relacionamento e, ao mesmo tempo, os processos particulares desses sistemas de relacionamento ganham visibilidade nos sentidos subjetivos".

É importante ressaltar que a subjetividade social manicomial, como qualquer outra forma de produção subjetiva, não é expressa explicitamente na fala dos indivíduos dado que não é um fenômeno da ordem da consciência. Dessa forma, processos subjetivos sociais relacionados à lógica manicomial podem estar presentes em contextos onde predominam discursos em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, por exemplo (GOULART, 2019). A leitura do fenômeno da nova institucionalização como desdobramento da expressão de uma subjetividade social manicomial permite perceber que os processos subjetivos presentes em determinados espaços sociais não mudam apenas através de medidas institucionais como políticas de saúde mental (GOULART, GONZÁLEZ REY, TORRES, 2019). Isso se dá pois não existe mudança sem produção subjetiva. Ou seja, simplesmente tomar conhecimento de algo, como leis ou diretrizes de atuação de uma política de saúde mental, não irá necessariamente gerar mudanças nas formas de cuidado. Apesar de que, aquilo que pessoa produz a nível de consciência, como reflexões e questionamentos, pode se tornar fonte de novos sentidos subjetivos ao funcionar recursivamente sobre sua produção subjetiva (GONZÁLEZ REY, 2007).

Processos subjetivos sociais circulam e atravessam os diferentes contextos que as pessoas que os expressam habitam (GONZÁLEZ REY, 2007). Por exemplo, a produção subjetiva relacionada à convivência num grupo de ajuda-mútua pode ter desdobramentos em outros espaços sociais, tais como nos serviços de saúde frequentados pelos integrantes do grupo, e vice-versa. Com base nisso, pode-se dizer que a centralidade que o CAPS vem assumindo em relação a outras estratégias de cuidado e serviços substitutivos (LIMA, DIMENSTEIN, 2017), articulada à hipervalorização da atuação do profissional de saúde, pode estar implicada na manutenção da lógica manicomial em tais serviços, que afinal é marcada pelo hegemonia do saber tradicional psiquiátrico.

Nesse sentido seria interessante investir equitariamente em diferentes espaços de desinstitucionalização, cujos tensionamentos e contradições favoreceriam a geração de novas produções subjetivas, visando promover diferentes vias de desconstrução da subjetividade

social manicomial. Assim, o incentivo a estratégias participativas em saúde mental permitiria a constituição de uma reforma psiquiátrica "polifônica", caracterizada pela uma multiplicidade de vozes dialogantes entre si² (BAKHTIN, 2013).

A noção de sujeito na teoria da subjetividade diz respeito à capacidade de um indivíduo ou grupo em romper com representações e discursos hegemônicos, abrindo espaço para a produção de novos espaços de subjetivação e ação (GONZÁLEZ REY, 2012). No caso de uma pessoa em sofrimento mental intenso por exemplo, a emergência do sujeito seria a expressão da produção de sentidos subjetivos alternativos àqueles articulados ao seu sofrimento (GOULART, 2019). Nessa perspectiva, a noção de transtorno mental não se baseia numa lista de sinais e sintomas genéricos, mas sim na expressão de uma configuração subjetiva que integra processos subjetivos gerados em diferentes âmbitos da vida da pessoa – família, trabalho, relações afetivas, comunidade, etc – de tal forma que essa organização subjetiva dificulta a construção de alternativas frente ao sofrimento. Essa ideia é a base da defesa de um cuidado sustentado pela ética do sujeito, ou seja, um cuidado que através do diálogo favoreça a produção de recursos subjetivos que permitam ao indivíduo tornar-se sujeito de sua vida (GONZÁLEZ REY, 2011; GOULART, 2019).

A noção de sujeito não é um atributo inerente do indivíduo, mas sim uma qualidade subjetiva que pode vir a ser desenvolvida, e, como as outras categorias desse referencial teórico, não presume ser um conceito apriorístico de cunho universal. Ou seja, a noção de sujeito tem caráter singular e contextual: os processos subjetivos relacionados à emergência de um indivíduo enquanto sujeito são diferentes dos de outro, pois esse fenômeno se dá num espaço social singularmente subjetivado (GONZÁLEZ REY, 2011; GOULART, 2019).

Método

Com base nas categorias teóricas da teoria da subjetividade, foi desenvolvido o método construtivo-interpretativo, o qual se fundamenta em três princípios da chamada Epistemologia Qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2015): (1) o conhecimento deriva de um processo

² Bakhtin foi um teórico do campo da linguística e desenvolveu a noção de polifonia a partir da análise das obras de Dostoiévski, que segundo ele, retratam "o 'eu' do outro não como objeto, mas como outro sujeito" (2013, p. 9). Para Bakhtin polifonia consiste na multiplicidade de vozes equivalentes e equipotentes em diálogo entre si. Apesar de fazer referência ao seu conceito de polifonia, adota-se aqui a noção de diálogo a partir da teoria da subjetividade, a qual vai além de um fenômeno linguístico ao implicar emocionalmente os envolvidos.

construtivo-interpretativo; (2) a singularidade é uma dimensão legítima para a produção de conhecimento; (3) o diálogo é uma via privilegiada para a construção do conhecimento numa pesquisa. A Epistemologia Qualitativa consiste num esforço para buscar formas de construção do conhecimento mais adequadas ao estudo da subjetividade humana, que consiste num sistema complexo, dinâmico e impossível de ser captado de forma direta nas expressões do participante (GONZÁLEZ REY, 2015).

As categorias da Teoria da Subjetividade são inseparáveis dos princípios da Epistemologia Qualitativa e do método construtivo-interpretativo, constituindo uma unidade teoria-epistemologia-metodologia, o que permite maior coerência no processo de pesquisa e de construção de conhecimento (GONZÁLEZ REY, 2015; ROSSATO, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2018).

4.1 Participantes

O grupo participante desta pesquisa foi um grupo de ajuda-mútua cujos encontros ocorriam a cada 15 dias em uma cidade satélite do Distrito Federal³. Os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa consistiram em apresentar interesse. Não houveram critérios de exclusão relativos ao diagnóstico, idade ou gênero.

Após um contato inicial com dois dos integrantes do grupo, a pesquisadora foi a um encontro do grupo para conversar sobre a pesquisa e convidar o grupo como um todo a participar. Mediante aceitação desse convite, foram realizadas seis visitas ao grupo com duração em média de duas horas, ao longo de 4 meses.

Quando foi iniciada esta pesquisa o grupo de ajuda-mútua já existia há cerca de um ano. Os participantes mais assíduos consistiam num grupo pequeno de seis pessoas, mas era comum a presença de outros indivíduos que iam ao grupo apenas uma vez ou então

³ A cidade satélite em questão possui uma população de mais de 200 mil habitantes, composta principalmente por indivíduos autodeclarados pardos e brancos, entre 20 e 60 anos, maioria destes com ensino fundamental completo e com renda per capita média de 2,4 salários mínimos (GOVERNO DE BRASÍLIA, 2016; CODEPLAN). Apresenta um dos maiores índices de tentativas de suicídio e de mortes por suicídio do Distrito Federal, apesar de possuir oito centros de saúde, dois CAPS, um ambulatório de saúde mental, um hospital geral e um hospital de internação psiquiátrica (GOVERNO DE BRASÍLIA, 2016; SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

esporadicamente. Geralmente havia cerca de oito a dez pessoas nos encontros, e dessas, a maioria era do gênero feminino, provenientes de classe social média-baixa, geralmente aposentadas e/ou donas de casa. Inicialmente, o grupo era composto tanto por usuários, familiares de usuários de serviços de saúde mental e por duas profissionais de saúde que revezavam entre si para comparecer aos encontros.

4.2 Instrumentos

Nessa perspectiva teórico-metodológica os instrumentos da pesquisa podem ser individuais ou grupais, escritos ou falados, e são escolhidos de acordo com as necessidades do pesquisador e do(s) participante(s) da pesquisa. Dado que a subjetividade não é um fenômeno da ordem da consciência e a produção subjetiva do indivíduo é manifesta de forma indireta e implícita, é necessário criar um espaço de expressão livre e espontânea, visando envolver os participantes subjetivamente e dessa forma facilitar a expressão de sentidos subjetivos. Por isso entrevistas estruturadas ou semiestruturadas não são usadas como instrumentos nessa abordagem. Por exemplo, ao pesquisar como determinado indivíduo configura subjetivamente sua relação com a mãe, fazer uma indagação indireta como "fale de sua família" – em oposição a uma pergunta direta como "você ama sua mãe?" – permite que a pessoa se expresse de forma mais espontânea e menos preocupada em atender a determinadas expectativas sociais. Além disso, a finalidade dos instrumentos é permitir que o indivíduo se comunique de acordo com seu interesse em se expressar, desenvolvido ao longo do processo de pesquisa, e não em decorrência de uma exigência instrumental externa, que seria o caso ao responder um questionário por exemplo.

Nesta pesquisa, os instrumentos utilizados foram dinâmicas conversacionais, as quais consistem num processo dialógico entre pesquisador e participante (GONZÁLEZ REY, 2015). Nessa perspectiva teórica, o diálogo vai além de uma sequência de atos de fala, e pressupõe algum nível de implicação afetiva no processo, de tal forma que ambos os participantes – neste caso pesquisadora e participantes da pesquisa – produzem subjetivamente no decorrer do processo (GONZÁLEZ REY, 2019).

4.3 Construção da informação

A pesquisa realizada com base no método construtivo-interpretativo consiste num processo de construção e articulação de informações derivadas de diferentes momentos com o(s) participante(s) da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2015). Além da participação das reuniões do grupo em si, um espaço importante de diálogo com os participantes foram os momentos prévios ao início do grupo. Ao chegar ao local de encontro com algum tempo de antecedência, era possível conversar individualmente com alguns dos integrantes desse grupo, o que auxiliou na construção de um vínculo com os participantes da pesquisa e na construção do cenário social da pesquisa. Este "representa parte essencial do próprio processo de pesquisa, pois é uma importante etapa para o desenvolvimento do tecido relacional que permitirá o caráter dialógico da pesquisa" (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017, p. 91).

Após cada encontro a pesquisadora escrevia trechos de fala significativos, impressões e especulações em um diário de campo. A partir desse registro, procurou-se identificar trechos da fala do(s) participante(s) que expressassem processos subjetivos relativos ao fenômeno estudado, através da interpretação de tais trechos. A partir daí foram formuladas as hipóteses, que, ao serem relacionadas e integradas entre si, permitiram chegar a um modelo teórico através do qual é possível gerar inteligibilidade sobre processos subjetivos por vezes contraditórios entre si (GONZÁLEZ REY, 2011, 2015).

O processo de formulação de hipóteses é acompanhado pela produção de "indicadores", cuja articulação entre si fundamenta tais hipóteses. Indicadores consistem em significados atribuídos pelo pesquisador a trechos de expressão do(s) participante(s), os quais não coincidem exatamente com aquilo que é explicitamente dito (GONZÁLEZ REY, 2015). Um erro considerado comum no uso deste método é a tendência de ater-se à descrição do que é intencionalmente declarado pelo participante. Porém, a subjetividade não é algo que surge explicitamente na expressão do indivíduo, e sim algo que é compreendido indiretamente através da construção interpretativa do pesquisador (GONZÁLEZ REY, 2015).

4.4 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esta pesquisa está vinculada ao projeto de pesquisa guarda-chuva de Daniel Magalhães Goulart denominado "Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito:

alternativas à patologização da vida" (CAAE: 73095717.8.3001.5553), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da FEPECS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (UniCeub).

Resultados e Discussão

O grupo em questão foi formado a partir da iniciativa de profissionais de um dos CAPS do território, que convidaram alguns usuários do serviço para participar. Com relação à formação do grupo, surgiu o seguinte trecho de diálogo com Danilo⁴, usuário do CAPS:

Danilo: Quando teve o primeiro curso de facilitação⁵ eu quis participar mas me disseram que eu 'não contemplava os requisitos'. Mas aí quando surgiu esse grupo me chamaram pra participar!

Pesquisadora: E quem decide se você contempla ou não os requisitos?

Danilo: Os profissionais... E parece que tem profissional de saúde que não gosta da gente [facilitadores de grupos de ajuda-mútua], eles acham que a gente vai entrar pra competir com eles. Não é assim, nós não queremos dividir, queremos acrescentar.

Considerando a fala de Danilo, pode-se dizer que nesse contexto os profissionais de saúde assumem o papel de decidir se um determinado indivíduo está apto ou não a desempenhar a função de facilitador, indicando a expressão de processos subjetivos associados à manutenção de uma relação de tutela entre os profissionais de saúde e os integrantes do grupo em questão. Além disso, a função de facilitador de grupo de ajuda-mútua não parece ser entendida enquanto uma possível via de desenvolvimento dos usuários de saúde mental, dado que apenas aqueles que já contemplam os tais "requisitos" podem exercer essa função. Pode-se questionar se tal restrição do acesso dos usuários ao curso de facilitação estaria relacionada à representação de que a recuperação de pessoas em sofrimento mental é algo

⁴ Os nomes citados neste trabalho são fictícios.

⁵ O curso de facilitação ao qual Danilo se refere diz respeito a um curso destinado a indivíduos que desejam atuar como facilitadores de grupos de ajuda-mútua. Facilitador é aquele que desempenha a função de estimular a convivência respeitosa e o compartilhamento de vivências e perspectivas entre os integrantes do grupo. É preferível que a função de facilitador seja revezada entre seus integrantes, para evitar o estabelecimento de relações hierárquicas (VASCONCELOS, 2013b).

que deve se dar de maneira isolada de outros âmbitos de sua vida, tal qual ocorre numa internação em instituição psiquiátrica, o que remete à expressão de uma lógica manicomial (GOULART, 2017).

A situação descrita por Danilo é problemática pois a mensagem que fica nas entrelinhas do gesto relatado pelo participante é que "você só pode ajudar os outros se for visto pelos profissionais de saúde como alguém capaz", o que acaba por colocar o profissional num lugar hierarquicamente superior ao dos usuários – sendo que essa não é a proposta desse tipo de estratégia (VASCONCELOS, 2013b) – e também por contribuir para a exclusão de usuários de saúde mental de processos de ajuda mútua. Essa representação da atuação do facilitador enquanto dependente do aval dos profissionais de saúde pode estar associada à autoavaliação de integrantes do grupo de incapacidade para desempenhar essa função de protagonismo, como será discutido adiante neste trabalho.

O seguinte trecho de conversa ocorreu entre Heloísa, uma das profissionais do CAPS que compõe o grupo em questão, e Sônia, que foi uma das primeiras frequentadoras do CAPS a ser convidada para realizar o curso de facilitadores:

Sônia: Eu fiz o curso de facilitadores porque a Heloísa me convidou.

Heloísa: É que a Sônia já está de alta do CAPS, mas às vezes ainda vai lá pra receber um suporte né?

Ao justificar o convite de Sônia para participação no curso de facilitadores com base na afirmativa de que ela já está "de alta" do CAPS, Heloísa expressa uma representação de que o aval para participação no curso de facilitadores é possivelmente baseado na avaliação de melhora clínica dos usuários, o que ao mesmo tempo aponta para a expressão de uma representação de pessoas em sofrimento psíquico enquanto incapazes, neste caso, de ajudar outros. Pode-se dizer que nesse contexto a produção subjetiva acerca da atuação do facilitador parece articular-se à representação social da identidade do próprio profissional da psicologia, o qual é geralmente representado como uma pessoa "equilibrada" e calma e que já passou por algum tipo de psicoterapia (KRAWULSKI, 2004; PRAÇA, NOVAES, 2004; MAZER, MELO-SILVA, 2010). Voltando ao trecho de fala de Danilo, quando este diz que os profissionais de saúde veem os facilitadores de grupos de ajuda-mútua como uma ameaça ao seu lugar no mercado, também parece expressar essa equiparação entre o lugar do facilitador e do

profissional de saúde, reforçando a ideia de que a produção subjetiva acerca da função dos facilitadores encontra-se de alguma forma articulada à produção subjetiva sobre a atuação dos profissionais de saúde no campo da saúde mental. Vale ressaltar todavia, que a proposta da estratégia de ajuda-mútua não é transformar os facilitadores em novas versões de profissionais de saúde mas sim abrir espaço para um cuidado baseado na reciprocidade e nos saberes construídos a partir da experiência daqueles que vivem ou viveram situações de sofrimento mental (CORSTENS, D. et al., 2014).

Ainda sobre o trecho de fala de Danilo, pode-se dizer que em sua fala são expressos processos subjetivos relacionados à manutenção de uma relação não cooperativa com profissionais de saúde em geral. Pode-se construir o indicador de que para Danilo a atuação do profissional de saúde não consiste necessariamente em apoio, assumindo uma caráter competitivo, normativo e por vezes autoritário – como, por exemplo, não permitir que Danilo participasse do curso de facilitador. Por outro lado, a iniciativa de Danilo em fazer o curso em questão pode ser vista como expressão de processos subjetivos de valorização de relações de ajuda-mútua e de uma atitude engajada na construção de um espaço de cuidado menos centrado na atuação de profissionais de saúde. Esse primeiro trecho analisado é um bom exemplo de como variadas vias de construção da informação podem surgir a partir de um único trecho de expressão, mas será a convergência de significados representados por diferentes indicadores que permitirá a elaboração de um modelo teórico ao final (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017).

Em outro momento da pesquisa, Danilo comenta alguns acontecimentos que parecem ter sido essenciais na construção de sua representação acerca dos profissionais de saúde e na sua busca por um grupo de ajuda-mútua:

Eu fui afastado lá do CAPS uma época. Eu participava de um grupo de futebol lá, e a gente tinha uma regra pra evitar muito contato entre os jogadores, porque usuário, às vezes tá tomando muito remédio, ou então fica incomodado... Aí a gente decidiu que ao invés de ir lá se jogar na pessoa pra pegar a bola você encosta nela assim ó (imita o gesto). **Aí mudou os profissionais que tavam no grupo e eles decidiram que não ia mais ter essa regra, porque "tem que ter contato no futebol"**. Aí deu um monte de problema né, pessoal brigando, se agredindo. Chegou ao ponto de pensarem em acabar com o grupo do futebol. Eu fiquei bem irritado, teve um dia que eu joguei a bola pro alto [...]

Antes de eu ser afastado reclamaram de mim pro gerente do CAPS, o **estagiário falou que eu não estava tratando ele como um profissional também**. Mas eu tava falando com ele que nem eu to aqui uai. **Aqui [grupo de ajuda mútua] eu to falando com todo mundo igual, não tem diferença. Aí deu duas semanas que eu tava afastado do grupo e eu pensei, pra lá eu não volto mais não...**

Nesse trecho o participante cita alguns exemplos em que a atuação de profissionais de saúde foi sentida por ele como autoritária: quando mudaram as regras do jogo de futebol sem consultar os usuários; quando um estagiário acusou Danilo de desrespeitar uma suposta hierarquia entre profissional-usuário; e quando Danilo foi afastado do grupo do qual participava, o qual era um importante espaço de convivência para ele. Tais situações podem ser vistas como indicadores da manutenção de relações hierárquicas e de tutela entre os profissionais de saúde nesse CAPS e os usuários que o frequentam. A partir disso, pode-se construir outro indicador da existência de uma articulação entre os processos subjetivos gerados no contexto de relações do CAPS e a subjetividade social do grupo em questão, através da manutenção de tais relações marcadas pela tutela entre as profissionais de saúde e os outros integrantes do grupo, apesar de que no grupo essa tutela parece se dar de forma mais sutil do que no CAPS.

O descontentamento que Danilo expressa diante das situações que vivenciou no CAPS reforça o indicador previamente construído quanto à expressão de processos subjetivos relacionados à manutenção de uma relação não cooperativa entre ele e profissionais de saúde em geral e de processos subjetivos associados à valorização de relações interpessoais mais baseadas na horizontalidade. Sua decepção em relação às relações construídas no espaço desse CAPS pode ter contribuído para a sua busca por um grupo de ajuda-mútua, que parece ser configurado subjetivamente por ele enquanto um espaço de convivência menos hierárquico, como sugerido pela fala "Aqui [grupo de ajuda mútua] eu to falando com todo mundo igual, não tem diferença".

A frustração com outros serviços de saúde parece ser compartilhada por outros integrantes do grupo. Num dos encontros, Maria, mãe de uma usuária do CAPS, comentou:

Minha filha não gosta das atividades do CAPS, ela só vai se for obrigada. [...] **Eu queria participar do grupo de geração de renda lá do CAPS, mas a psicóloga falou que não era pra mim, é pra a minha filha.**

Esse trecho de expressão pode ser visto como um indicador do sentimento de distanciamento que Maria expressa com relação ao CAPS, entendendo aquele espaço como destinado principalmente aos usuários, possivelmente em convergência com a representação dos próprios profissionais de saúde no local (PINHO, HERNANDEZ, KANTORSKI, 2010). Por outro lado, quando Maria fala sobre o grupo de ajuda-mútua expressa uma relação diferente com esse espaço, como indicado pelo trecho a seguir:

Eu considero que esse espaço é meu, hoje eu me esforcei muito para estar aqui gente, de verdade, eu tenho uma filha com deficiência mental e não posso deixar ela sozinha por muito tempo.

A partir de tais falas de Maria, é possível construir o indicador de seu investimento afetivo no grupo, em contraposição ao CAPS, que não é experienciado como um espaço acessível. Além disso, ao dizer que "esse espaço é meu", no singular, pode-se questionar se o que aproxima Maria ao grupo de ajuda-mútua seria algo mais relacionado a um desejo por um espaço de escuta individual do que à procura por um espaço de convivência e diálogo em grupo. Essa interpretação ganhou força no decorrer na pesquisa quando num dos encontros do grupo Maria agiu como se estivesse numa sessão de terapia particular, não deixando outras pessoas falarem e interagindo apenas com a psicóloga. Considerando esse evento, foram construídos os seguintes indicadores: apesar de o grupo já existir há mais de um ano, pode-se dizer que nesse espaço social são expressos processos subjetivos relacionados à uma lógica individualista, o que pode dificultar a construção de um sentimento grupal; e no grupo são expressos processos subjetivos de hipervalorização da atuação do profissional de saúde, aqui exemplificado pela atitude de Maria de comunicar-se quase que exclusivamente com a psicóloga durante o encontro do grupo, deixando o diálogo com os outros integrantes de lado. Diante disso pode-se questionar se tais processos subjetivos relacionados a uma lógica individualista não estariam articulados à hipervalorização da profissional de saúde na subjetividade social desse grupo.

No trecho a seguir Elisa, uma ex-usuária do CAPS, conta sua trajetória até o grupo de ajuda mútua:

Eu fui no CAPS durante um ano, ia só no grupo de caminhada, passei um ano sem ver um psicólogo de lá. Fui no psiquiatra particular mesmo, e lá no CAPS só renovavam minhas receitas. Aí eu recebi alta e me falaram desse grupo que tem uma psicóloga, aí eu vim.

Apesar de que a proposta desse tipo de grupo seja promover relações de ajuda mútua entre todos os seus integrantes, sem discriminar quem é usuário, familiar ou profissional de saúde, Elisa parece ter ido ao grupo exatamente pela presença de uma psicóloga, corroborando o indicador previamente elaborado quanto à expressão de processos subjetivos relacionados à hipervalorização do profissional de saúde na subjetividade social do grupo.

Seu tom de crítica ao falar do CAPS, quando diz que ia "só" no grupo de caminhada, sem ver nenhum psicólogo ou psiquiatra do serviço, reforça essa ideia e sugere também que Elisa pode ter experienciado o CAPS como um espaço indisponível, assim como Maria. O desmerecimento da convivência no grupo de caminhada por parte de Elisa pode ser entendido enquanto um indicador de que ela expressa uma produção subjetiva relacionada à desvalorização de relações interpessoais de ajuda-mútua com outras pessoas em sofrimento psíquico, o que pode ser um dos desdobramentos da associação entre transtorno mental e incapacidade. Considerando que essa fala de Elisa ocorreu em seu primeiro dia no grupo de ajuda-mútua, pode-se supor que tais processos subjetivos expressos por essa participante foram produzidos no contexto de relações em outros espaços sociais, como por exemplo no CAPS que ela frequentava e na instituição psiquiátrica onde chegou a ficar internada.

A presença de alguns integrantes desse grupo parece ser motivada principalmente pela busca por um cuidado baseado na intervenção de um profissional de saúde, e não exatamente pela escolha em integrar um espaço de relações menos hierárquicas e de ajuda-mútua. Portanto, com base nos indicadores construídos até então, pode-se elaborar a hipótese de que são expressos processos subjetivos relacionados à hipervalorização dos profissionais de saúde na configuração subjetiva social desse grupo. Tais processos subjetivos contrastam com o que é expresso por Danilo por exemplo, para quem a presença no grupo parece se configurar como uma escolha baseada no apreço pelos princípios da estratégia de ajuda-mútua.

No trecho a seguir, Danilo fala sobre a internação psiquiátrica pela qual passou quando mais jovem e interessantemente permite uma melhor compreensão acerca de sua experiência no grupo de ajuda-mútua:

Numa internação ninguém tem segurança, sempre corre perigo, discussão entre dois internos, o terceiro toma injeção, também fora ser amarrado. O interno nunca sabe do que o outro é capaz de fazer.

A produção subjetiva de Danilo acerca das relações interpessoais vivenciadas nessa instituição psiquiátrica – marcadas pelo medo e desconfiança – e no CAPS – caracterizadas pela tutela e hierarquia – contrastam significativamente com a sua produção subjetiva acerca das relações interpessoais construídas no grupo de ajuda mútua, valorizadas pela sua maior horizontalidade. Isso aponta para a possibilidade de que a convivência no grupo de ajuda-mútua favoreceu a geração de novos sentidos subjetivos acerca das relações interpessoais, indicando que existe potencial terapêutico no grupo. A partir disso pode-se dizer que há no grupo um constante tensionamento entre sentidos subjetivos de hipervalorização do profissional de saúde e processos subjetivos relacionados à construção de relações de ajuda-mútua.

O fato de que no único encontro do grupo em que não haviam profissionais de saúde apenas quatro pessoas estiveram presentes, reforça a hipótese previamente elaborada acerca da hipervalorização dos profissionais de saúde pois indica que a presença de um profissional é pré-condição para o encontro para boa parte do grupo. Além disso, corrobora o indicador de que as relações construídas entre seus outros integrantes – ou seja, entre os usuários e familiares – é, até certo grau, desvalorizada. Isso reforça o indicador construído anteriormente de que processos subjetivos relacionados a uma lógica individualista estão articulados à hipervalorização do profissional de saúde. O que remete à comparação, um tanto quanto direta, de Guareschi (2015, p. 69): "o que constitui um grupo é a existência ou não de relações. [...] Se não há relação nenhuma entre as pessoas, jamais se poderá falar em grupo: o que existe é como se fosse um 'poste' ao lado do outro, sem ninguém ter 'nada a ver' com o outro". Levando isso em consideração, pode-se complementar a hipótese construída anteriormente: o grupo em questão expressa processos subjetivos conflitantes relacionados principalmente à hipervalorização da atuação do profissional de saúde, os quais articulam-se a uma lógica

individualista e têm como um de seus desdobramentos a dificuldade do grupo de ajuda-mútua em, de fato, funcionar enquanto tal.

Na fala a seguir de Roberta, usuária do CAPS, essa dificuldade em construir relações entre os integrantes do grupo fica mais evidente:

Aquela pessoa, que eu não sei se é homem ou mulher, quer fazer um grupo só pros LGBT, a Maria quer fazer um grupo só pra as mães de usuários, parece que tá indo cada um pra um canto. Eu tô querendo sair também.

Nessa fala, Roberta comenta o desejo de alguns dos integrantes do grupo em criar outros grupos de ajuda-mútua direcionados para populações mais específicas. Por exemplo, uma das frequentadoras do grupo, chamada aqui de Luisa, uma mulher transgênero, relatou o desejo de criar um grupo de ajuda-mútua específico para pessoas LGBT. O desejo de Luisa é compreensível considerando os episódios de discriminação que ocorriam no grupo em relação a ela. A própria fala de Roberta, ao dizer "aquela pessoa, que eu não sei se é homem ou mulher" aponta para a expressão de transfobia, já que Luisa já repetira várias vezes que se considera uma mulher e gostaria de ser tratada enquanto tal. O desejo de Maria em organizar um outro grupo destinado exclusivamente para mães de usuários do CAPS, e o desejo da própria Roberta, em buscar outro grupo, apontam que esse espaço não estava sendo experienciado enquanto um espaço acolhedor para parte do grupo. A partir disso, pode-se dizer que a dificuldade do grupo em acolher a diversidade das experiências humanas possivelmente funciona como mais um obstáculo à construção de relações de ajuda-mútua, contribuindo para o processo de fragmentação do grupo.

Outro indício da dificuldade do grupo em construir relações de ajuda-mútua entre seus integrantes é a relativa pobreza de expressão de emoções e afetos no grupo aliada a uma certa superficialidade dos diálogos. Essa dificuldade em abordar questões da ordem das emoções é exemplificada pelo fim dos encontros depois do falecimento de uma das profissionais de saúde que frequentava o grupo. Segundo Danilo, optou-se por não promover uma reunião do grupo após esse acontecimento para "o tema não ficar preso na tragédia"⁶. A

⁶ Os encontros acabaram no final de 2019 com a expectativa de retorno em fevereiro de 2020, o que não ocorreu. Logo após o falecimento dessa integrante do grupo, começaram a ser notificados casos de coronavírus no Brasil, interrompendo os encontros de grupo por tempo indefinido.

partir disso, pode-se dizer que o grupo possivelmente não era configurado subjetivamente como um espaço favorável para a expressão de uma experiência tão intensa quanto o luto. Além disso, é possível supor que o cancelamento do encontro do grupo depois do falecimento dessa pessoa esteja relacionado também à autoavaliação dos frequentadores de incapacidade para desempenhar o papel de facilitador, especialmente num momento tão difícil como esse.

Num dos encontros do grupo ocorreu que os integrantes que já haviam feito um curso de formação de facilitadores não estavam dispostos a desempenhar essa função, e os outros não se sentiram confortáveis em fazê-lo, alegando que só poderiam ser facilitadores se tivessem feito o curso para facilitadores. Nesse dia a função de facilitador acabou recaindo sobre a psicóloga. Esse acontecimento valida as conjecturas construídas anteriormente acerca da presença de processos subjetivos sociais relacionados à autoavaliação de incapacidade para desempenhar a função de ajuda-mútua, que nessa subjetividade social parecem estar articulados à hipervalorização do profissional de saúde.

Ainda a partir desse evento pode-se construir um indicador de burocratização do grupo. Teoricamente submeter-se a um curso formal não é mandatório para se tornar um facilitador, pois essa função depende primariamente dos conhecimentos do indivíduo enquanto pessoa em sofrimento psíquico, lugar social que alguns vêm denominando de "especialista por experiência" (CORSTENS, D. et al., 2014). O que não significa que especialistas por profissão – profissionais de saúde – não possam apoiar tais indivíduos, como, por exemplo, através da realização de cursos e reuniões de supervisão (VASCONCELOS, 2013b). Pode-se dizer que os processos subjetivos sociais relacionados a burocratização das relações dentro do grupo estão articulados à manutenção de uma relação de tutela entre os profissionais de saúde e os outros integrantes desse grupo, já que nesse espaço o trabalho de facilitador é representado como dependente do aval de um profissional de saúde, como foi discutido anteriormente na análise do primeiro trecho de fala de Danilo.

A princípio, pensou-se que a presença do CAPS no grupo se restringia ao apoio das profissionais que ajudaram a fundar o grupo. Mas ao longo da pesquisa observou-se que vários frequentadores do grupo haviam sido encaminhados pelo CAPS do território após sua alta do serviço, o que suscitou algumas dúvidas: estaria o CAPS usando o grupo como uma forma de extensão de seus próprios serviços? Até que ponto o grupo em questão era autônomo diante do CAPS? Questionamentos como esse nem sempre chegam a se configurar como indicadores ou hipóteses, mas especulações são importantes ao longo do processo

construção da informação (GONZÁLEZ REY, MITJÁNS MARTÍNEZ, 2017). Ao longo da pesquisa observou-se um processo de burocratização mais explícita do funcionamento do grupo, exemplificado pela exigência por parte das profissionais de que todos assinassem uma lista de presença com o nome e a data de nascimento – tal como é feito em grupos terapêuticos do CAPS da região – e de que fossem escritos relatórios de todas as reuniões. Tais decisões eram comunicadas por profissionais do CAPS durante as reuniões de supervisão com os facilitadores, sem consultar os integrantes do grupo. O seguinte trecho de conversa entre Maria e Heloísa é um exemplo disso:

Maria: O professor⁷ disse que tem que separar o grupo dos familiares do grupo dos usuários. E aí gente, quando nós vamos discutir isso?

Heloísa: Sim, nós vamos discutir isso no grupo de supervisão dos facilitadores, não aqui, aqui é ajuda-mútua.

Nesse trecho de diálogo, Maria questiona os outros integrantes do grupo acerca da possibilidade de divisão do grupo em dois outros grupos – um para usuários e outro para familiares –, expressando processos subjetivos associados à construção de relações não hierárquicas entre ela e o grupo. Porém, logo a seguir Heloísa inibe a discussão, dizendo que isso será debatido na reunião entre facilitadores e profissionais de saúde⁸. A fala dessa profissional de saúde reforça os indicadores previamente elaborados acerca da manutenção de uma relação de tutela entre os profissionais do CAPS e o grupo, e aponta para a promoção de uma outra forma de hierarquização dentro do grupo, desta vez entre aqueles que realizaram o curso de facilitação e aqueles que não o realizaram. Isso remete à relação hierárquica que muitas vezes é estabelecida entre profissionais de saúde e usuários dentro do CAPS, corroborando a ideia previamente discutida acerca da articulação entre produção subjetiva relacionada à função do facilitador e a do profissional de saúde. Essa nova

⁷ Maria se refere à fala de um estudioso que costuma ser palestrante em cursos de formação de facilitadores de grupos de ajuda-mútua, referidos anteriormente. Vale ressaltar que O Manual de Ajuda Mútua (VASCONCELOS, 2013b) traz algumas recomendações quanto à formação de grupos de ajuda mútua, dentre elas que sejam organizados grupos divididos entre familiares e usuários. No caso do grupo participante desta pesquisa isso não ocorria inicialmente.

⁸ Os facilitadores se reúnem a cada 15 dias com os profissionais do CAPS local.

hierarquização dentro do grupo pode dificultar ainda mais construção de relações de ajuda-mútua entre seus integrantes.

O seguinte trecho de diálogo ocorreu num dos últimos encontros do grupo:

Sonia: O que ficou decidido na semana passada [na reunião de facilitadores e profissionais de saúde] é que de agora em diante vai ter uma ficha que vamos ter que pegar no CAPS, **aí eu nem peguei hoje porque isso é muito complicado, vou anotar as coisas e depois passo para a Carol [profissional de saúde] preencher a ficha.** Tem que botar o nome das pessoas e o que foi discutido no grupo. [...] Ah, eles também falaram que vão começar a mandar pessoas que tão de alta do CAPS pra cá.

Danilo: É aquelas pessoas que tão inseguras de sair do CAPS, que estão lá há muito tempo, aí eles querem mandar pra cá.

Pesquisadora: Acho que a gente tem que tomar cuidado pra esse grupo não virar um grupo do CAPS fora do CAPS.

Sonia: Mas essa é a proposta deles né!

Danilo: **Um dia desses convidei um usuário lá do CAPS pra vir pro grupo, aí ele fez aquela pergunta (risos): 'Tem profissional de saúde lá?'** Aí eu falei que tinha a assistente social e a psicóloga. **Parece que o pessoal só pensa nisso!**

Ao dizer que acha complicado preencher a ficha exigida pelo CAPS e de que vai deixar essa tarefa para a assistente social, Sonia parece expressar processos subjetivos relacionados a uma autopercepção de incapacidade, que, na subjetividade social desse grupo, estão associados à dificuldade dos integrantes em assumir a função de facilitador e até mesmo de ajudarem uns aos outros, já que essa função acaba sendo relegada aos profissionais de saúde, como discutido previamente. Por outro lado, parece haver entre tais integrantes também a expressão de uma visão crítica sobre a hipervalorização do profissional de saúde e da relação de tutela estabelecida com o CAPS local, apontando para um potencial de mudança no grupo que ainda não se concretizou em ações mais consistentes.

Esse potencial se expressa ainda de forma sutil na interação entre os integrantes do grupo, por exemplo, em momentos como quando um dos integrantes – que não era nem profissional de saúde nem facilitador – tomou a iniciativa em acolher pessoas recém-chegadas no grupo, ou quando uma recém-chegada que estava inicialmente extremamente calada e retraída

sentiu-se confortável para compartilhar seus pensamentos e sentimentos acerca do que estava sendo discutido no grupo, ou até mesmo o cuidado que alguns dos participantes expressaram com relação à pesquisadora. Tais exemplos reforçam a hipótese construída anteriormente acerca da existência de processos subjetivos sociais contraditórios e conflitantes no espaço desse grupo.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi compreender a configuração subjetiva social predominante no grupo em questão, buscando explicar os recursos subjetivos gerados pelo grupo diante de situações de sofrimento psíquico compartilhadas e compreender processos de institucionalização possivelmente presentes, assim como sua articulação à produção subjetiva dos integrantes⁹. Com base no que foi previamente discutido neste trabalho, pode-se dizer que um aspecto importante na configuração subjetiva social desse grupo é a busca por um espaço alternativo de cuidado, o que aproxima os integrantes do grupo. No entanto, a proposta do grupo de ajuda-mútua em si – de construção de relações horizontais e de ajuda mútua – parece ser secundária na configuração subjetiva social desse grupo. Tais processos subjetivos estão em contínuo tensionamento dentro desse espaço, o que aponta para o potencial de desinstitucionalização desse tipo de estratégia.

Pode-se dizer também que a expressão de processos subjetivos de hipervalorização da atuação de profissionais é predominante e possivelmente articulada à associação entre transtorno mental e incapacidade, a uma lógica individualista, e a um processo de burocratização do grupo. Sendo que este último parece estar por sua vez relacionado à manutenção de uma relação de tutela entre os profissionais do CAPS e os integrantes desse grupo. Dessa forma, os processos subjetivos sociais expressos no grupo participante parecem estar articulados a representações, discursos e valores presentes no CAPS local.

Nessa subjetividade social a função de facilitador não parece ser representada enquanto parte do processo de desenvolvimento daqueles que a assumem, mas sim como uma função

⁹ Infelizmente, devido a diversos motivos (tais como a própria dinâmica do grupo participante desta pesquisa e a impossibilidade de terminar a pesquisa devido à pandemia por coronavírus), não foi possível compreender da forma pretendida os recursos subjetivos gerados pelo grupo para lidar com situações de sofrimento e o potencial terapêutico desse grupo em específico.

destinada àqueles que já atingiram certo grau de melhora clínica na perspectiva dos profissionais de saúde. A produção subjetiva acerca da função de facilitador parece estar relacionada às representações sociais presentes em nossa sociedade acerca das características dos profissionais da psicologia. Assim, parece haver um processo de hierarquização dentro do grupo, entre aqueles que fizeram o curso para facilitadores e aqueles que não fizeram, remetendo a uma lógica similar àquela expressa na manutenção de uma relação hierárquica entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde.

Dito isso, faz-se necessário retomar a diferenciação entre estratégias de suporte por pares e grupos de ajuda-mútua. Como dito anteriormente, a estratégia de suporte por pares, tal como é feita em outros países, pauta-se na atuação de um indivíduo que passou por uma trajetória de intenso sofrimento psíquico, mas também de superação e recuperação, e trabalha ajudando outras pessoas com transtornos mentais (DAVIDSON et al., 2006). Nessa estratégia são estabelecidas relações menos recíprocas do que nos grupos de ajuda-mútua, mas ainda assim são relações diferentes daquelas construídas entre profissionais de saúde e usuários, por basear-se em práticas de autorrevelação – quando o cuidador compartilha suas próprias experiências de vida – visando promover no outro esperança ao entrar em contato com as experiências de superação de outras pessoas com transtornos mentais (DAVIDSON et al., 2006). A estratégia de suporte por pares pode se dar em serviços de saúde ou em grupos específicos para tal, e os especialistas por experiência que atuam em tais iniciativas geralmente contam com espaços de supervisão com profissionais de saúde, nos quais discutem casos e formas de intervenção (DAVIDSON et al., 2006). Por outro lado, grupos de ajuda-mútua são espaços onde pessoas se reúnem para trocar experiências entre si, e o cuidado é compartilhado entre seus membros. Seu objetivo é criar laços baseados na reciprocidade (PISTRANG, BAKER, HUMPHREYS, 2008). Davidson et al. (2006) situa o cuidado exercido pelo indivíduo atuante em estratégia de suporte por pares mais próximo da atuação do profissional de saúde, enquanto que as relações de ajuda-mútua estão mais próximas de relações de amizade.

Assim, chama a atenção que a forma através da qual essa estratégia é representada pelo grupo participante desta pesquisa remete mais ao funcionamento de estratégias de suporte por pares do que ao de grupos de ajuda-mútua em si, apesar do grupo se denominar como grupo de ajuda-mútua. É necessária uma investigação mais aprofundada para compreender se tal confusão é algo específico do funcionamento desse grupo, se é algo que vem ocorrendo

de forma mais sistematizada na implementação dessa estratégia no país, e/ou se tem relação com a forma através da qual usuários, familiares e profissionais têm entrado em contato com essa iniciativa. De toda forma, pode-se dizer que essa confusão pode ter relação com a desvalorização do potencial de cuidado das relações comunitárias, já que mesmo num espaço de ajuda-mútua surge uma figura – do facilitador – cuja atuação se aproxima mais de um especialista do que de um amigo, fenômeno que parece estar articulado à hipervalorização do profissional de saúde.

Os processos subjetivos de hipervalorização do profissional de saúde parecem gerar uma forma de "terceirização" do cuidado dentro do grupo, ou seja, fica à cabo do profissional de saúde ou do facilitador do grupo acolher o sofrimento do outro. Dessa forma, a hipervalorização do profissional de saúde se articula ao desmerecimento das relações de ajuda-mútua, possivelmente gerando um espaço experienciado como pouco acolhedor, que é agravado pela dificuldade do grupo aceitar a diversidade das experiências humanas. Tais processos acabaram por contribuir para um sucateamento das relações de ajuda entre os integrantes e fragmentação progressiva do grupo. Pode-se dizer que o referencial teórico-metodológico usado nesta pesquisa permitiu dar visibilidade a processos muitas vezes não conscientes ou intencionais no funcionamento do grupo participante, mostrando o valor desse referencial para pensar formas de superação das dificuldades encontradas no uso de estratégias participativas em saúde mental.

Diante dos resultados desta pesquisa, surgem algumas questões: que atitudes e práticas exatamente são esperadas de um facilitador? Como não lhe impor uma atuação nos moldes daquela do profissional de saúde? Quais contribuições as ciências psicológicas têm a prover na atuação de tais indivíduos? Como evitar que a função de cuidado seja relegada a esses indivíduos apenas? E por fim, a função de facilitador é realmente necessária dentro de um grupo de ajuda-mútua? Dito isso, conclui-se que é necessário refletir e investigar com mais profundidade a atuação do facilitador nos grupos de ajuda-mútua, em diálogo com os próprios usuários e familiares que frequentam tais grupos.

Referência Bibliográficas

- AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 2018.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- AMORIM, A. K. M.A.; SEVERO, A. K. S.; ROMAGNOL, R. C. Cartografia de um grupo-pensamento em saúde mental: experimentações rizomáticas no que a vida pode mais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 657-678, 2015.
- ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.
- BAKHTIN, M. **Problemas da poética de Dostoiévski**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: Basaglia, F. (Org.). **A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991. p. 99-134.
- BIEN, C.; REIS, G. C. O Movimento dos escutadores de vozes: militância em saúde mental e recovery. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.9, n. 21, p. 79-88, 2017.
- BOLZONI, M. B. Hacia la recuperación en la salud mental. **Revista Enfermería y Salud Mental**, v. 3, p. 13-20, 2016.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011.
- CESARIO, R. P.; GOULART, D. M. Depressão pós-parto para além do diagnóstico: representações sociais e subjetividade. **Revista Subjetividades**, v. 18, n. 1, p. 79-91, 2018.
- CHASSOT, C. S.; SILVA, R. A. N. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. 1-12, 2018.
- CODEPLAN. **Brasília/DF em dados**. Disponível em <http://brasiliadfemdados.codeplan.df.gov.br/#/> Acesso em: 15 jun. 2020.
- COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 572-582, out./dez., 2012.
- CORSTENS, D. et al. Emerging perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. **Schizophrenia Bulletin**, v. 40, n. 4, p. 285-294, 2014.
- CUBILLOS, M. C. El papel de la participación ciudadana en las políticas públicas, bajo el actual escenario de la gobernanza: reflexiones teóricas. **Revista CS**, v. 23, p. 157-180, 2017.
- CUNHA, C. N.; GOULART, M. S. B. A participação política de pessoas em sofrimento mental: a Associação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (Asussam-MG). **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 3, p. 513-533, dez., 2015.

- DAVIDSON, L. et al. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32, n. 3, p. 443-450, 2006.
- DEL BARRIO, L. R. et al. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2879-2889, 2013.
- DIMESTEIN, M. La reforma Psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. **Revista CS**, n. 11, p. 43-72, 2013.
- DIMENSTEIN et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- EMMANUEL-TAURO, D. V.; FOSCACHES, D. A. L. As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. **Mental**, v. 12, n. 22, p. 90-112, jan./jun., 2018.
- FERRETI, F. et al. Participação da comunidade na gestão e controle social da política de saúde. **Tempus**, v. 10, n. 3, p. 51-67, set., 2016.
- FERRO, L. F. Grupo de convivência em saúde mental: intersectorialidade e trabalho em rede. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, v. 23, n. 3, p. 485-498, 2015.
- GALLETI, M. C. Os Centros de Convivência e Cooperativas – Cecco em São Paulo: uma política inclusiva de construção de redes territoriais. In: MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 159-168.
- GUARESCHI, P. Relações comunitárias – Relações de dominação. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. Editora Vozes: Petrópolis, 2015. p. 66-81.
- GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago., 2004.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico cultural**. São Paulo: Thomson, 2007.
- GONZÁLEZ REY, L. F. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.
- GONZÁLEZ REY, L. F. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- GONZÁLEZ REY, L. F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Cengage Learning, 2015.
- GONZÁLEZ REY, L. F. Vygotsky's "The psychology of art": a foundational and still unexplored text. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 35, n. 4, p. 339-350, 2018.
- GONZÁLEZ REY, L. F. Epistemologia qualitativa vinte anos depois. In: MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; GONZÁLEZ REY, L. F.; PUENTES, R. V. (Orgs.). **Epistemologia qualitativa e teoria da subjetividade: discussões sobre educação e saúde**. Uberlândia: EDUFU, 2019. p 21-45.
- GONZÁLEZ REY, L. F.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. **Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad**, v. 15, n. 1, 2016.
- GONZÁLEZ REY, L. F.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. **Subjetividade: teoria, epistemologia e método**. Campinas: Alínea Editora, 2017.
- GONZÁLEZ REY, F. F.; PAVÓN-CUÉLLAR, D. Subjectivity, psychology and the Cuban Revolution. **Psychotherapy and Politics International**, v. 16, 2018.
- GOULART, D. M. **Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito**. 2017. 254f. Dissertação (Doutorado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

- GOULART, D. M. **Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade**: da patologização à ética do sujeito. São Paulo: Cortez Editora, 2019.
- GOULART, D. M.; GONZÁLEZ REY, L. F. Subjetividade, sujeito e saúde mental: um estudo de caso para além da lógica da patologia. In: MORI, V. D.; CAMPOLINA, L. O. (Orgs.). **Diálogos com a teoria da subjetividade**: reflexões e pesquisas. Curitiba: CRV, 2017. p. 15-45.
- GOULART, D. M.; GONZÁLEZ REY, L. F.; TORRES, J. F. P. El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: una experiencia en Brasilia. **Athenea Digital**, v. 19, n. 3, p. 1-21, 2019.
- GOVERNO DE BRASÍLIA. **Plano Distrital de Saúde**: 2016-2019. Brasília, 2016.
- ILLICH, I. **Expropriação da saúde – nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JASPERS, J. M., OWENS, L. Social Movements and Emotions. In: STETS, J. E.; TURNER, J. H. (Edts.). **Handbook of the Sociology of Emotions**: volume II. Wincosin: Springer, 2014. p. 529-548.
- RIVERA NAVARRO, J. Asociaciones y grupos de ayuda mutua: un nuevo paradigma en el ámbito de la salud. **Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades**, México, v. 14, n. 1, p. 83-99, 2004.
- KANTORSKI, L. P., ANDRADE, A. P. M. Assistência psiquiátrica mundo afora: práticas de resistência e garantia de direitos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 24, p. 50-72, 2017.
- KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n.4, p. 733-743, 2009.
- KRAWULSKI, E. **Construção da identidade profissional do psicólogo**: vivendo as metamorfoses do caminho no exercício cotidiano do trabalho. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Ergonomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- LAVERACK, G.; LABONTE, R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. **Health Policy and Planning**, v. 15, n. 3, p. 255-262, 2000.
- LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface Botucatu**, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2017.
- LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.
- MARTINS, L. R. R. M.; GONZÁLEZ REY, F. L. A subjetividade social na institucionalização das políticas públicas. In: POLEJACK, L. et al. (Org.). **Psicologia e Políticas Públicas na Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 49-66.
- MARTINS, R. C. A. **Saúde mental, economia solidária e cooperativismo social**. 311f. Dissertação (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- MAZER, S. M.; MELO-SILVA, L. L. Identidade profissional do Psicólogo: uma revisão da produção científica no Brasil. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 276-295, 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010.
- MONTEIRO, F. J. Ajuda mútua e reabilitação. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 15, p. 449-452, 1997.
- MARIN, I. Dimensão individual e social do processo de recovery. In: (Org.). **Boas práticas de saúde mental**. p. 151-160.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

- MATEUS, M. D.; MARI, J. J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 20-108.
- NEUBERN, M. Ensaio sobre a cegueira de Édipo: sobre psicoterapia, política e conhecimento. In: HOLANDA, A. F. (Org.). **O Campo das Psicoterapias: reflexões atuais**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 13-45.
- ONOCKO-CAMPOS et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.
- PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.
- PALOMBINI, A. L. et al. Relações entre pesquisa clínica em estudos de cogestão com usuários de saúde mental. **Ciências & Saúde**, v. 18, n. 10, p. 2899-2908, 2013.
- PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2919-2928, 2013.
- PENIDO, C. M. F.; ROMAGNOLI, R. C. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção de saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. 1-10, 2018.
- PEREIRA, O. M.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial e feminismos: manicomializações, Estado e racismo. In: PEREIRA, O. M.; PASSOS, R. G. (Orgs.). **Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências**. Rio de Janeiro: Autografia, 2019.
- PISTRANG, N., BARKER, C., HUMPHREYS, K. Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. **American Journal of Community Psychology**, v. 42, p. 110-121, 2008.
- PINHO, L. B.; HERNANDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 32, p. 103-113, 2010.
- PRAÇA, K. B. D.; NOVAESH, G. V. A representação social do trabalho do psicólogo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, p. 32-47, 2004.
- PRESOTTO, R. F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2837 - 2845, 2013.
- PRICE-ROBERTSON, R.; OBRADOVIC, A.; MORGAN, B. Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. **Advances in Mental Health**, v. 15, n. 2, 2016.
- RENTERIA, A. L. Los movimientos sociales como contextos emocionales: el impulso emocional en el movimiento lingüístico vasco. **Athenea Digital**, v. 18, n. 1, p. 319-347, 2017.
- RIEDEL-HELLER, S. G., MATSCHINGER, H., ANGERMEYER, M. C. Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 40, p. 167-174, 2005.
- ROTELLI, F. Superando o Manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 149-170.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização como uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-60.
- ROMAGNOLI, R. C. et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 30, p. 199-207, set., 2009.
- ROSSATO, M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. Contribuições da metodologia construtivo-interpretativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade. **Revista Lusófona de Educação**, n. 40, p. 185-198, 2018.

- SCHNEIDER, B. Participatory action research, mental health service user research, and the hearing (our) voices projects. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 11, n. 2, p. 152-165, 2012.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, 2019.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.
- SILVA, T. A.; JÚNIOR, J. D. P.; ARAÚJO, R. C. Centro de atenção psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 21, n. 2, p. 346-363, jun., 2018.
- SILVEIRA, M. **A formação na gestão autônoma da medicação: políticas e práticas de cuidado em saúde mental**. 210f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- SILVEIRA, M.; MORAES, M. Gestão autônoma da medicação (GAM): uma experiência em saúde mental. **ECOS**, v. 8, n. 1, p. 138-152, 2017.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.
- VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 169-194.
- VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009.
- VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde**, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013a.
- VASCONCELOS, E. M. (Coord.). **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ, 2013b.
- VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.
- VASCONCELOS, E. M. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, reestabelecimento) em saúde mental I: uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 21, 2017a.
- VASCONCELOS, E. M. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, reestabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 21, 2017b.
- VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2107-2118, 2018.
- VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- VIGOTSKI, L. S. Quarta aula: a questão do meio na pedagogia. **Revista Psicologia USP**, v. 21, n. 4, p. 681-701, 2010.
- ZANELLA, M. et al. Medicalização e Saúde Mental: estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 53-62, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe**. Dinamarca, 2010.