

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E REDES DE
ATENÇÃO INTEGRAL

TAILI JOANA STREB

A AUTONOMIA COMO GARANTIA DE DIREITOS SOCIAIS NAS PRÁTICAS DE
CORRESPONSABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

Porto Alegre

2015

TAILI JOANA STREB

**A AUTONOMIA COMO GARANTIA DE DIREITOS SOCIAIS NAS PRÁTICAS
DE CORRESPONSABILIDADE EM SAÚDE MENTAL**

Artigo apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em Saúde
Mental, pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Mental e Redes de atenção Integra da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -
UNISINOS

Orientador(a): Prof(a). ZULEIKA KOHLER
GONZALES

Porto Alegre

2015

A autonomia como garantia de direitos sociais nas práticas de corresponsabilidade em saúde mental

Taili Joana Streb*

Zuleika Köhler Gonzales**

Resumo: O presente trabalho pretende discutir a inscrição da noção de autonomia como garantia do direito social nas práticas de corresponsabilidade em saúde mental, traçando um olhar crítico às bagagens histórico-culturais postas nesta construção. Neste viés propõe-se um diálogo entre a legislação brasileira e o conceito de autonomia, a qual pretende-se que seja construída com os usuários e diretriz do cuidado em saúde mental nos serviços substitutivos.

Palavras-chave: Autonomia; Saúde Mental; Legislação; Serviços substitutivos.

1 INTRODUÇÃO

A conquista dos direitos sociais é historicamente marcada por lutas, envoltas em disputas de diferentes projetos societários que contraditoriamente compõe o cenário de demandas a nível nacional e internacional. Por um lado sujeitos, instituições, e processos de trabalho que seguem os ditames do capital, calcados na vertente neoliberal, e por outro lado movimentos sociais que buscam por romper com visões excludentes e desiguais de cidadania, e instituir legislações, mudanças de representações sociais, de paradigmas, de teorias e práticas que sejam cada dia mais universalizadoras e dignas aos sujeitos usuários das políticas públicas. Este contexto de batalhas repete-se na busca por direitos em saúde, movimento percebido ao caminhar-se para constituição de um Sistema Único de Saúde igualitário e universal em seu escopo textual e ideologia criadora. É desta mesma forma que se reconhece a conquista dos marcos jurídicos legais brasileiros em saúde mental, compreendendo o poder político, social e histórico que tiveram os movimentos da reforma

* Assistente Social, Residente em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e militante da luta antimanicomial.

** Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS, 1991) e Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS/2007). Professora Adjunta no Curso de Psicologia da UNISINOS, desde 2014. Possui experiência nas áreas de Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Produção de conhecimento, Juventude, Grupos, Étnico-racial e Produção de subjetividade.

sanitária e posterior movimento antimanicomial e reformista em favor das transformações nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho desta área, em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços, do protagonismo dos trabalhadores e da produção de novas possibilidades de cuidado, pautadas na corresponsabilidade e autonomia dos processos de tratamento dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Desta forma este artigo propõe-se a discutir as possibilidades e desafios para inscrição do conceito de autonomia como direito social nas práticas cotidianas em saúde mental, no intuito de problematizar processos de trabalho instituídos, analisar avanços a partir do escopo legal brasileiro, discutir suas diretrizes, considerando tais lutas travadas até o presente momento. Pretende-se ainda defender a autonomia no sentido da garantia de direitos dos usuários, considerando as disputas constantes de forças de progresso e conservadorismo que compõe, de forma dialética, o plano de fundo destes processos de atenção e gestão em saúde mental.

2 O SURGIMENTO DO SUJEITO DE DIREITOS INDIVIDUAIS E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO DE DIREITOS COLETIVOS

O sujeito moderno surge no bojo da emergência do pensamento liberal do séc. XVIII, promovendo, pela primeira vez, o rompimento com a interferência das diretrizes religiosas e políticas (SIMÕES, 2009) sob as instancias das vidas dos indivíduos, florescendo, neste contexto, um dos *princípios éticos* do liberalismo: a autonomia. A autonomia aqui referida diz respeito a um indivíduo livre, racional, em busca da igualdade, em uma prospecção ideal e individualista de acesso à direitos; relativos aquilo que confere a sua existência de forma unilateral e propõe que aquilo que afronta sua liberdade deve, por sua vez, ser combatido.

Neste contexto faz-se necessária a criação de um estado de direitos, marcado para, através de seu aparato jurídico/legislativo – que contraditoriamente também se torna limitado por este - garantir os primeiros direitos buscados e historicamente marcados nas Revolução Francesa de 1789 e na Independência Americana de 1776, possuindo como premissa máxima as vertentes de regulação mercantis e econômicas direcionando e construindo as relações sociais. Neste sentido o Estado moderno passa a ser um projeto instaurador da ordem burguesa, visto que colocou os proprietários dos meios de produção no controle do poder político-econômico. Tem, portanto, uma lógica fundante e essencial à

sua natureza: ele é o Estado de uma sociedade regida pelo capitalismo e participa dessa lógica.

Surge então à busca por liberdade política em consonância com as diretrizes de constituição deste indivíduo, momento em que se institui a primeira geração de direitos conquistados em nossa sociedade que foram os direitos civis, valendo-se de Norberto Bobbio que nos diz:

Que os direitos não nascem todos de uma vez. Nascem quando devem ou podem nascer. Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem – que acompanha inevitavelmente o progresso técnico, isto é, o progresso da capacidade do homem de dominar a natureza e os outros homens – ou cria novas ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para as suas indigências [...]. (BOBBIO, 1992, p.6)

Neste sentido, percebe-se que o nascimento destes direitos como os primeiros diz-nos muito mais do que a capacidade do sujeito de avançar na organização política de sua sociedade; portanto, como consequência deste ideal de sujeito, o qual vincula a busca por individualidades marcadas pela competitividade e pela concorrência, acentuam as desigualdades sociais, e impulsiona a criação dos direitos fundamentais de segunda geração (SIMÕES, 2009).

O autor discorre sobre as condições de pobreza e desigualdade geradas neste contexto apesar do surgimento dos conceitos formais de liberdade e de igualdade. Este momento passa a compreender, portanto, a necessidade de melhores condições na divisão social do trabalho, visto que na realidade havia uma grande distância entre a efetivação real dos direitos e a declaração abstrata dos princípios igualitários. Tratava-se de um momento histórico onde os textos constitucionais estavam postos, no entanto, houve a conscientização dos trabalhadores de suas condições de exploração para manutenção das liberdades individuais de terceiros, desencadeando a busca por mecanismos que assegurassem a estes a promoção efetiva de seus direitos, buscando a igualdade real.

Neste viés, pautados como consequência da luta dos trabalhadores durante os séculos XIX e XX, surgem os direitos sociais conhecidos como a segunda geração de direitos, tais como o direito à saúde, o direito à educação, a função social da propriedade, o direito ao trabalho, os direitos econômicos e os direitos culturais.

No período pós-segunda Guerra Mundial há o fortalecimento do Estado como provedor de direitos que trazem em seu horizonte a universalidade, a coletividade e a autonomia, tomando formas que acentuam seus sentidos libertários. Este momento

histórico é reconhecido como “Estado de Bem Estar Social” na Europa e nos Estados Unidos da América, demonstrando o enfraquecimento do mercado enquanto regulador das relações sociais e, neste sentido, uma afronta direta ao modo de produção capitalista de origem liberal.

Visto que com a conquista dos primeiros direitos sociais havia-se maior possibilidade da inscrição das noções de autonomia, cidadania e liberdade em uma lógica cada vez mais conectada ao cidadão como ser social, Miller e Rose(2012) referem que este período fora marcado pela apropriação neoliberal destes conceitos para fins de exercício do poder público, resgatado às raízes liberais destas concepções. Discorrem neste sentido:

A cidadania já não era compreendida em termos de solidariedade, contentamento, bem-estar e sensação de segurança mediante os laços da vida organizacional e social. A cidadania deveria ser ativa e individualista, em vez de passiva e dependente. O sujeito político devia ser um indivíduo cuja cidadania era manifestada do exercício livre da escolha pessoal entre uma variedade de opções (p.65).

Ao encontro desta constatação os autores referem que a *subjetividade autônoma* do indivíduo produtivo passa a vincular-se ao seu sucesso econômico; e é neste sentido que este período histórico busca revigorar a lógica liberal e reverter qualquer processo de enfrentamento a esta, travando-se uma reestruturação produtiva na sociedade, ou seja, uma nova configuração desta, que em partes modifica e em outras retoma a maneira como o Estado se projeta frente ao gerenciamento das problemáticas sociais. Esta nova ordem social é parte do modo de produção capitalista, materializado através da expansão neoliberal, a qual tem por principais objetivos a acumulação capitalista e acirra diferentes formas de competição globalizada, retomando-se o fortalecimento do monopólio do setor financeiro em todos os aspectos da vida social e a maior restrição da interferência estatal nos patamares sociais. Como consequência direta desta nova organização do modo de produção capitalista, tem-se inúmeros processos impregnados de desigualdades que transparecem mundialmente.

Em contraponto a isso, como forma de resistir às desigualdades oriundas desta organização societária, a partir da segunda metade do século XX, começou a ser formulada uma terceira geração de direitos, de caráter universal e humanizado. Os movimentos sociais começaram a se posicionar fortemente pelo busca da paz como direito universal e a denuncia intransigente de crimes contra a dignidade humana, os quais ameaçam diretamente a conquista de direitos sociais já estabelecidos.

Estas forças da organização popular chegaram ao Brasil nas décadas de 70 e 80, momento em que há uma acentuada movimentação da sociedade brasileira que, por intermédio de diferentes entidades de classe, organizações não governamentais, partidos políticos, sindicatos e outros movimentos, promoveram inúmeras manifestações públicas que precederam ao processo de transição entre os governos militares e democráticos (COUTO, 2004).

Neste contexto o campo da saúde mental torna-se pioneiro na efervescência do diálogo entre estas diferentes instâncias, eclodindo no movimento sanitarista através da constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, que evidenciava a crise dos manicômios e a necessidade de rever-se o modelo de gestão, atenção, cuidado, e acesso em saúde, bem como, pactuar o compromisso com os direitos civis e sociais dos pacientes psiquiátricos (VASCONCELOS, 2013). A partir deste Movimento, composto por usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental, abrem-se inúmeras frentes de luta que, a exemplo do modelo de desinstitucionalização italiana, propões um novo paradigma de cuidado, que vem a ser a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este processo buscava construir de forma coletiva uma crítica ao predomínio do saber médico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, bem como explicitavam a violência dos manicômios e a transformação da loucura em mercadoria.

Estes movimentos da sociedade civil transbordam suas reivindicações na elaboração da Constituição Federal promulgada em 1988, na qual são ampliados os direitos civis, políticos e sociais e assegurados os que já existiam em outras constituições, universalizando o acesso à saúde e valorizando as pautas e reivindicações dos trabalhadores.

Na saúde mental tem-se como marco desta construção coletiva proposta a III Conferência Nacional de Saúde Mental que consolidaria a Reforma Psiquiátrica como diretriz nacional de cuidado, que culminaria na promulgação da Lei n ° 10.216 em 2001, traduzindo a força dos movimentos sociais e norteando a construção de toda legislação posterior do cuidado em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Desta forma compreende-se o surgimento do sujeito de direitos coletivos atrelado ao momento histórico em que, através da mobilização dos movimentos sociais, problematiza-se, valoriza-se e exige-se o potencial político destes, no sentido de resgatar sua responsabilidade individual, vinculado a um contexto coletivo, fazendo-se valer da

autonomia como direito social. Esta concepção permite que se construa um leque de possibilidades em âmbito coletivo, através de praticas de corresponsabilidade e de avanço nas lutas e pautas da sociedade. Reafirma-se, portanto, a noção de autonomia como orientadora desta luta pela construção efetiva de direitos sociais e da valorização de uma vida coletiva repleta de singularidades.

3 O DIÁLOGO DOS MARCOS JURÍDICOS LEGAIS BRASILEIROS COM A NOÇÃO DE AUTONOMIA

A Constituição Federal de 1988 delimita maiores conquistas ao campo dos direitos sociais, iniciando ampla caminhada no sentido da legitimação destes como chão firme da organização societária brasileira, no levante de bandeiras universalistas e igualitárias, reivindicações que constam em seu artigo 3º:

- I. Construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II. Garantir o desenvolvimento nacional;
- III. Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sócias e regionais;
- IV. Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Apesar da construção da Carta Constitucional brasileira estar intrinsecamente relacionada à força dos movimentos sociais e pressões no seio da sociedade civil por rupturas no escopo neoliberal e ampliação de direitos sociais, o conceito de autonomia como direito social dos cidadãos brasileiros encontra-se expressado principalmente na maneira como foi concebida, como resistência expressa dos movimentos sociais, trabalhadores e sociedade civil para sua construção, e de maneira implícita aparece em seu texto através da igualdade e liberdade propostas. Encontra-se redigido no texto constitucional a autonomia administrativa, financeira, gerencial de partidos políticos, do poder judiciário, do ministério público, da entidade desportivas, das universidades, etc, no sentido de se autogerirem entidades e instituições, não se estendendo às pessoas. Ainda assim, é a Constituição Federal de 1988 que trava o primeiro panorama brasileiro relativo à universalização de direitos, fazendo-se valer por sua raiz histórica de lutas coletivas e enquadrando o respeito à autonomia dos sujeitos nas noções de igualdade e liberdade:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988, art. 5º).

Enlaçado a estes processos de construção coletiva é criado o Sistema de Seguridade Social, congregando o tripé de políticas públicas de saúde-política universal-, de previdência social-política contributiva - e da assistência social-política não contributiva. Este Sistema busca assegurar os direitos sociais da população, que antes eram considerados de responsabilidade do próprio sujeito. No entanto destaca-se que este é o momento em que, concomitantemente e contraditoriamente, o Brasil assume a abertura para o processo liberal de globalização, gerando inúmeros entraves aos avanços da Constituição conquistada.

Frente a este panorama contraditório e fruto do Sistema de Seguridade Social, em 1990, tem-se a conquista de mais um marco jurídico legal, reconhecido internacionalmente como exemplo legislativo de humanização e universalização de direitos, que é a lei nº 8080 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990), e tem expressado em seu 7º artigo princípios norteadores para todas as práticas em saúde de nosso país:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; [...]
- (BRASIL, 1990, Art.7º).

Desta forma percebe-se a amplitude universal e igualitária dada ao sujeito de direitos sociais contemplado nesta legislação. Compreende-se como cidadão em plena condição de exercício desta potência, maximizando a autonomia como principio do cuidado em saúde no país.

Considera-se ainda grande conquista no campo legislativo a promulgação Lei 8.142/90 a qual discorre sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, na qual o conceito de a autonomia está subentendido, à medida que se viabiliza nesta lei as condições de influenciar em patamares decisórios dos processos de trabalho e na distribuição de recursos no campo da saúde. Desta forma, reconhece-se o principio de

controle social do SUS como espaço de legitimidade da autonomia, através principalmente da possibilidade de participação, construção e diálogo coletivo nos conselhos e as conferências de saúde.

Neste momento de transformações históricas no olhar dado aos sujeitos, a saúde mental brasileira constituída e instituída por raízes exclusórias, manicomiais e higienistas passa a ser revista. Neste contexto, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica no país, que passa a encabeçar a luta pela universalidade, equidade e integralidade das ações em saúde mental. Reúnem-se diferentes segmentos da sociedade para compor as lutas e pressões para um reposicionamento do Estado frente ao usuário de saúde mental até então tão “paciente”, resultando no fortalecimento da sociedade civil, na reformulação dos conceitos de cuidado em liberdade para usuários com transtornos mentais e em sofrimento psíquico, além de gerar discussões sobre o encontro da loucura com os espaços públicos. Para tanto percebem-se novos processos de negociação dos movimentos sociais com o Estado, na defesa da dignidade, cidadania e autonomias dos usuários de saúde mental.

Ao encontro disso, CAMPOS (2006) sugere que a autonomia é exercida a medida que os sujeitos que compõe a sociedade, em sua totalidade, tenham acesso as possibilidades de benefícios geradas pelos acesso a necessidades básicas, subsistência econômica, acesso a lazer, cultura, bens e serviços. Desta forma exige-se do Estado respostas concretas às reivindicações sociais, que, através de construções coletivas, instigam a base legal para uma nova configuração de tratamento em saúde mental, através da valorização e integração de tudo que diga respeito ao usuário, compreendendo-o em sua complexidade e trânsito por diversas políticas públicas.

A tradução concreta deste processo de organização popular, congregado pelo movimento da reforma psiquiátrica, tem-se a Política de Saúde Mental, compreendida na Lei 10.2016/01, onde se encontram subsídios para a construção de autonomia junto aos usuários dos serviços de saúde mental, ao passo que descreve a necessidade de que o usuário possa receber o maior numero de informações relativos a sua doença e seu tratamento, bem como a possibilidade de que o sujeito com questões de saúde mental possa recorrer voluntariamente a internação, caso ache necessário em seu processo de tratamento, e ainda, restringindo a realização de pesquisas não autorizadas expressamente pelos usuários. Novamente, não se trata do conceito explícito de autonomia, no entanto, são constatações que colocam o usuário no centro de seu próprio processo de tratamento,

traduzindo respeito a suas vontades e singularidades. Esta mudança na lógica do cuidado significa:

(...) negar a doença como o objeto exclusivo de intervenção e colocar neste lugar a vida da pessoa. Eliminada a doença como o foco da intervenção, as possibilidades de ação devem, necessariamente, ser ampliadas. Além do tratamento, a pessoa passa a ser objeto de cuidado: um ser que porta necessidades e não apenas sintomas (BARROS et al, 2007, p.3).

Correspondente com esta lógica do olhar voltado para saúde e para o sujeito surgem como dispositivos de implementação da Política de Saúde Mental os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), instituídos pela Portaria nº336 de 2002, que cria e estabelece diretrizes para seu funcionamento, em suas diferentes modalidades. Em seu escopo legal compreende atividades específicas a serem oferecidas aos usuários destes serviços, partindo-se do pressuposto que estas atividades dialoguem intrinsecamente com necessidades e singularidades destes e valorizem inserções coletivas, constituindo-se, desta forma, enquanto espaços que instigam o processo de construção de autonomia destes. Prevê-se:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Compreende-se, portanto, os CAPS enquanto serviços substitutivos à lógica manicomial e espaço de cuidado em saúde mental, considerando reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Propõe-se uma nova lógica de tratamento em saúde mental, pautada na produção de autonomia, implicando o usuário como protagonista e corresponsabilizando-o em seu processo tratamento.

Essa interação induz a tomada de responsabilidade por esses sujeitos, isto é, propõe um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta, o acolhimento, a ética, a autonomia, o resgate da cidadania, a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, entre outros. É ao redor deste ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares em

conjunto com usuários/famílias, no trabalho cotidiano dos serviços de saúde mental e no campo da atenção psicossocial (MUNIZ et al, 2011, p. 501).

Percebe-se, portanto, que o acolhimento no CAPS deve ser norteado a partir da construção de vínculos entre trabalhadores, usuários e familiares por meio do diálogo, da escuta e da compreensão do usuário de saúde mental como centro do processo de cuidado. O atendimento que se desenrolará após este acolhimento deve congrega os pressupostos do chão firme legislativo até então constituído.

Tem-se também, enquanto documento que legitima a participação social e a autonomia dos usuários da política de saúde mental a lei 10.708 de 2003, que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”. Este dispositivo de reintegração social das pessoas com histórico de longa hospitalização é o Programa de Volta para Casa, que diz respeito a uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Esta lei prevê a reinserção social e também conta com o conceito de autonomia expressamente delimitado, ao passo que, em seu artigo 4º sugere: “O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso: I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico; II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente”.

Consagrando toda luta para o desenvolvimento deste novo olhar para o cuidado em saúde mental tem-se a Portaria 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento dos usuários com questões de saúde mental, estruturando uma rede de serviços que interligam-se para o cuidado destes usuários. A Rede integra-se pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Esta portaria busca que o trabalho em rede se desenvolva intrinsecamente ao *andar autônomo* dos usuários aos pontos de atenção disponíveis para seu cuidado.

Desta forma vincula-se autonomia ao contexto da garantia de direitos sociais a processos de real exercício de cidadania, enxergando-se e fazendo-se ser enxergado como

um ser histórico social e com potencial de reconhecimento como sujeito de direitos coletivos.

Ao encontro disto, Campos (2006) refere que a autonomia é atravessada pelos fatores externos ao sujeito, fatores que se constroem coletivos e que em âmbitos macro político, culturais, relacionais, restringem ou possibilitam a coprodução de maiores índices de autonomia. Segundo o autor, esta corresponde ao acesso a informações as quais os sujeitos estão expostos além da aptidão crítica deste frente a estas informações, no sentido de trazê-las para o seu cotidiano, vinculando-as a suas historias de vida e de constituição social.

4 AS CONDIÇÕES DA INSCRIÇÃO DO CONCEITO DE AUTONOMIA NAS PRÁTICAS DE CORRESPONSABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

Como já referido anteriormente surge em 2002, norteados pelos pressupostos da luta antimanicomial e o movimento de desinstitucionalização, os chamados Centros de Atenção Psicossocial, serviços dispostos a olhar e cuidar dos pacientes em crise, na contramão das internações em hospitais psiquiátricos com lógica manicomial. Neste sentido transforma-se o foco de atenção em saúde mental, distanciando-se da doença e aproximando-se do usuário protagonista de escolhas em sua vida, valorizando sua história, sua trajetória, seu contexto familiar, seu cotidiano; e, desta forma, propondo-se a um cuidado que tem como premissas a integralidade da atenção e a humanização da assistência, através do uso de *tecnologias leves* (CAMPOS, 2011) que são:

[...] dispositivos fundamentais no cuidado em saúde mental, com ênfase na reabilitação psicossocial. Desde o início, elas facilitam a permanência e a adesão do usuário e da família ao tratamento. Para isto, o trabalhador atua por meio da boa recepção desses sujeitos, do diálogo, da escuta acolhedora, da formação de vínculos afetivos, do estabelecimento de parcerias e da valorização do projeto de vida desses indivíduos. O trabalhador também escuta seus sonhos, suas incapacidades, seus medos, numa interação horizontal e democrática entre usuário/trabalhador/família (MUNIZ ET AL, 2011, p.500).

Pretende-se que através desta relação construída com os usuários, que estes passem a responsabilizar-se por trilhar seus próprios caminhos de cuidado, com auxílio dos dispositivos da rede de saúde, com a atenção dos trabalhadores desta, com a articulação de diferentes políticas públicas e contando com os laços sociais destes. Desta forma tem-se o norte de que o usuário descubra respostas que nenhum atalho alheio pode trazer, isso é,

apropriar-se de sua condição de sujeito social participe de um processo sócio-histórico, trazendo singularidades ao seu processo de tratamento e autonomia para responder quanto ao fluir de sua vida.

No entanto, nas práticas cotidianas do cuidado em saúde mental percebe-se a complexidade de construir esta noção de autonomia em meio a delírios, alucinações, surtos psicóticos, recorrentes internações em hospitais gerais e manicômios, e sofrimentos que trazem a estes usuários condições de dependência e necessidade de algum grau de tutela, ao passo que podem vir a estar com seu senso crítico perturbado em determinados momentos. Daí a dificuldade de falar de autonomia em saúde mental. Mas, a partir desta perspectiva, também faz-se possível falar em corresponsabilidade, de equipes, de familiares, de usuários, de comunidades, de gestores e de políticas públicas. A partir disso pensa-se possível envolver estas instâncias pactuando o cuidado e contratualizando as possibilidades de exercício de autonomia dos sujeitos com transtorno mental ou sofrimento psíquico. Como diz-nos Batista e Silva (2005) o cuidado em saúde mental passa pelo compartilhamento das responsabilidades envolvidas neste processo, chamando à cena quem constitui de forma qualitativa vínculos com este usuário, primando pela diminuição da dependência institucional e aumentando os laços sociais. Diaz (2001) complementa tal visão ao argumentar que o espaço institucional tem o papel de incentivar o usuário a estabelecer contratualidades e assim empoderá-lo no sentido da autonomia. Neste sentido:

Num equipamento como os CAPS, que trata de sujeitos marginalizados, loucos, o desejo é central. Assim como sua ambiguidade. De certa maneira, a sociedade considera que os loucos desejam “de forma errada”, seja pelo excesso, pela excentricidade, pela irrealidade, ou pela falta de. O desejo do louco é considerado um erro. Mas é justamente na possibilidade de escutar, negociar, interagir, permitir, negar, argumentar esses desejos que reside o tratamento (RAICHER, 2011, p.25).

Portanto, ter espaço para expressar sua loucura, saber sobre ela, entender limites e potencialidades que determinado transtorno acarreta, compreender criticamente as vulnerabilidades vividas em decorrência de tal transtorno ou sofrimento, já é espaço primário de construção de autonomia e cidadania. Neste sentido o Guia Autônomo da Medicação (GAM) refere que: “autonomia, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, é sempre construída na relação com o outro, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista, numa experiência de cogestão” (Campos et al, 2012, p.11) .

Neste contexto, tem-se como ferramenta de trabalho o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que possibilita olhar para o sujeito do cuidado em sua integralidade

envolvendo tais instâncias implicadas neste processo, perpassando contextos históricos, econômicos, sociais, biológicos, psicológicos, familiares e culturais e, a partir disso pensar estratégias coletivas de construção de saúde, comprometendo diferentes atores a efetivar os marcos jurídicos legais, colocando em prática maneiras libertárias e transformadoras de cuidado em saúde mental.

[...] no mundo do cuidado há que se operar na complexidade do encontro micropolítico entre trabalhador e usuário, além da noção que a produção da vida e sempre um processo em aberto de enriquecimento ou empobrecimento, medido pelas conexões vitais com os outros (MERHY, 2013, p.258).

Portanto o PTS tem o sentido de potencializar a participação autônoma do usuário em seu processo de tratamento, visto que pretende-se dialogar com suas opiniões, projetos de vida e expectativas. Torna-se tarefa complexa, primeiramente, pois este usuário nunca encontrou-se, historicamente, no papel de partícipe **deste** processo, de verbalizar seus desejos, de gritar sua voz e sofrimento, e, por inúmeras vezes, não sabe como ocupar este lugar; somado por interesses políticos e econômicos que esforçam-se para silenciar tais vozes. Cabe ressaltar que:

Este talvez seja o mais árduo desafio a enfrentar, a disputa entre projetos societários, embate que é agravado pela nossa herança de dominação, pela manutenção velada de formas larvares de autoritarismo que ainda subsistem em práticas e espaços onde se materializa a política, pelos processos de alienação que se reeditam com novas roupagens, enfim pela manutenção ainda substantiva da despolitização e da subalternidade, ingredientes fundamentais a manutenção de processos de exploração (PRATES; COUTO, 2008, p.3).

As constatações destas autoras dizem respeito à necessidade de romper com heranças histórico-culturais da lógica manicomial, da tutela e da exclusão da loucura. Políticas conservadoras ameaçam às conquistas sociais pautadas no escopo jurídico-legislativo brasileiro, dando indícios de um desmonte destas conquistas em um movimento elíptico, de reprodução de condições historicamente já superadas, a partir da instituição de velhos modelos com *novas roupagens*. Este movimento ocorre com frequência em nosso país, marcados por interesses políticos e econômicos e fazendo com que a possibilidade de caminhar para frente seja atravessada por pautas conservadoras que trazem o retrocesso. Neste sentido, a autonomia corre o risco de ser enquadrada no discurso neoliberal, distorcendo seu sentido humanizado. Compreende-se desta forma que o trabalhador de saúde mental encontra-se constantemente mediando interesses conflituosos, sofrendo atravessamentos ditados pelo projeto neoliberal em contraponto as diretrizes

humanizadoras da legislação e do cotidiano do cuidado, portanto vive “a tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos, caracterizando a relativa autonomia do profissional para perfilar seu trabalho” (IAMAMOTO, 2008).

Abre-se um leque de possíveis ações e intervenções a partir de práticas que revertam esta lógica dos velhos modelos, que seja baseada na construção de processos autônomos com/pelos usuários. Compreende-se a complexidade que perpassa este cuidado em liberdade, este novo modelo que trabalha com diferentes sujeitos, plurais e ao mesmo tempo singulares, ao passo que carregam consigo suas bagagens individuais, e também demandas coletivas, no sentido de demandar um tratamento humanizado em saúde mental.

Desta forma percebe-se que inúmeros fatores atravessam a construção do PTS, o qual nutre-se em dinamicidade, ou seja, necessita de revisão cíclica e constante, que instiga um olhar sensível sob o cuidado e que, por sua vez, exige comprometimento, dedicação e tempo das equipes multidisciplinares. Compreende-se, portanto, a necessidade de análise aprofundada da complexidade dos processos de trabalho dos serviços especializados em saúde mental, avaliando se estes espaços constroem-se com um olhar humanizado, em busca da efetivação das políticas públicas que foram concebidas para norteá-los e que traga resultados a partir do trabalho construído em conjunto com os usuários. Neste sentido, segue-se na busca pela implementação, na prática, do serviço especializado proposto pela reforma psiquiátrica, o qual conta com uma equipe qualificada, que busque, através de um olhar crítico, avaliar os serviços prestados, e constituir-se na rede de serviços enquanto uma das possíveis referências na atenção em saúde mental.

A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 p.26).

Destaca-se o trabalho em rede enquanto elemento essencial para construção de autonomia dos usuários. Para tanto exige-se o empenho de promover diálogos entre as diferentes áreas do saber e fazer, socializando os fenômenos relevantes em cada área,

compartilhando diferentes entendimentos a fim de atingir um objetivo comum, contemplando uma lógica intersetorial inserida no trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Esta compreensão articula-se à necessidade de compreender-se a rede como metodologia de trabalho, não como pontos desarticulados que tratam apenas de encaminhar o usuário de um ponto a outro. À luz do que referem Machado e Lavrador (2009) a rede de serviços deve ser composta por espaços geradores de novas possibilidades de vida para os usuários, repleta de pontos de atenção que se interliguem e dialoguem, não tornando-se uma rede ampliada de tutela, que tão somente dê resolutividades burocráticas para os usuários desta, mas construa encaminhamentos compartilhados de modo que se produza corresponsabilidade neste processo.

Desta forma percebe-se a necessidade de transformar as práticas cotidianas das redes de serviços, traçando maior enfoque na gestão compartilhada, no protagonismo, na corresponsabilização, no estabelecimento de vínculos e na participação coletiva no processo de gestão e produção da saúde. Com estes ingredientes trava-se um conceito ampliado de busca por autonomia, ao passo que:

Quando sou livre no sentido da autonomia, passo a ser livre com outros e eles comigo; trata-se de uma liberdade que implica dependência, mas querida e assumida. A autonomia é um estado legal e jurídico que assumimos em troca de uma liberdade selvagem. É nela que cada um, ou principalmente todos, terão condições de exercer suas próprias vontades individuais, sem prejuízo de ninguém, isto é, sem injustiças (ROHDEN, 1992 , p.136).

Neste sentido a rede de atenção em saúde mental deve constituir-se como motor de produção de autonomia por parte dos usuários, ao passo que constrói com eles seus caminhos na rede e no processo de tratamento e constituição de suas vidas.

Como refere Barros et al (2007) deve-se construir um olhar crítico e analítico sobre as práticas em saúde mental, para que a cultura manicomial não se instaure e para que, no cotidiano, não se corra o risco de reproduzir uma postura moralizadora, normalizadora e fiscalizadora (MACHADO E LAVRADOR, 2009), silenciando e não considerando a produção de subjetividade dos sujeitos com transtornos mentais ou sofrimentos psíquicos, retomando assim origens do fazer manicomial, ainda muito presentes na sociedade e reproduzida por processos de trabalho de diversas equipes, que se posicionam como:

Máquinas de julgamento, de produção de culpa pela doença ou pela não manutenção da saúde, enfim, máquinas produtoras da saúde como um dever. A moralização do cuidado se fundamenta na distinção entre verdade e erro, que não inclui as nuances da errância, das diferenças, da escuta da alteridade. Entretanto, as formas de cuidar não estão dadas, ao contrário, precisam ser inventadas. Cuidar é um verbo que precisa ser encarnado em meio aos desassossegos que engendra (BARROS ET AL, 2007, p.15).

Deve-se, portanto, reconhecer que a potência de saúde e a potencia de vida vão além dos serviços e dos profissionais de saúde e tem espaço de desenvolvimento no encontro com o usuário. Esta postura faz reconhecer limites profissionais no cuidado em saúde mental e enxerga o sujeito do cuidado maior do que seu local de tratamento, no sentido de ter uma história de vida, hábitos, pessoas envolvidas em seu processo de adoecimento, maneiras próprias de produção de saúde, desejos, memórias e tantas outras coisas à sua maneira.

Abrangendo esta concepção faz-se necessário que os pontos da rede elencados na RAPS efetivem-se na prática como espaço de trabalho interdisciplinar, onde se fortalece a lógica de desinstitucionalização e de um novo modelo de cuidado e atenção em saúde mental. Como nos diz Barros et al 2007, este cuidado deve ser pautado no diálogo e na criatividade, que ampliará o escopo de intervenções dos profissionais e exigirá um reposicionamento ético e político deste, bem como a responsabilização deste e igualmente dos usuários neste processo.

Acredita-se que como principal estratégia de rever-se enquanto instituição, processo de trabalho ou sujeito está a necessária compreensão do papel político exercido por cada instância, reconhecendo-se como representações da saúde pública e coletiva “na ponta”, podendo utilizar do cotidiano prático para instigar processos de mudanças, embasados pelas legislações conquistadas – mesmo ao reconhecer-se o plano de fundo político-econômico sempre a interferir -, criando porosidades onde seja possível interferir, construir, e resistir, atuando através de práticas humanizadoras, libertárias, de participação social e responsabilidade ético política. Para tanto:

Precisamos, ao mesmo tempo, de prudência e de ousadia para evitar os riscos de se grudar na ignorância dos valores morais, classificatórios, excludentes e mortificantes [...] que escapemos das intolerâncias, da rigidez, dos julgamentos, precisamos nos despedir das culpabilizações e dos ressentimentos (MACHADO E LAVRADOR, 2009, p.5/6).

Esta *ousadia* se faz necessária no trabalho em saúde mental, para que se reconheça e atue no campo sempre instável e tenso de disputa do modelo manicomial com o antimanicomial. Desta forma, faz-se necessário reconhecer o projeto conservador sempre disputando espaço com os movimentos coletivos de maior autonomia e compartilhamento das práticas sociais, ambos reciclando-se e atualizando-se em novos discursos e práticas.

Neste desenrolar da história de disputas corre-se o risco de se instalar o ambiente ambulatorial e a lógica manicomial em espaços substitutivos de cuidado em saúde mental, portanto deve-se haver a revisão crítica e constante das práticas profissionais e das equipes para que estes processos de trabalho não se engessem em lógicas retrogradadas e para que se esteja atento ao fato de que “preencher o cotidiano do usuário com demandas profissionais não torna-o sujeito político” (BARROS et al 2007, p.16). Ou ainda:

É na "gestão" do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados. Na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, a saúde pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia (CAMPOS, 1992, p.94).

Como mais uma estratégia para esta revisão constante das práticas cotidianas em saúde mental, que pode medir o quanto os espaços substitutivos são produtores de alienação, ou se permitem ser espaços de produção de resistências, de construção do novo, e da efetivação dos marcos legais brasileiro, tem-se a Educação Permanente em saúde. Trata-se da busca pela qualificação dos serviços prestados e a sensibilização cotidiana dos profissionais com temáticas que perpassam as práticas cotidianas. Neste sentido:

[...] deve-se localizar a temática da educação em saúde como um campo de disputas de projetos de sociedade e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas à educação no campo da saúde (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008, p. 155).

Esta problematização buscará a análise das articulações teórico-práticas possíveis em determinado espaço institucional. A produção de conhecimentos desta relação proporciona proximidade dos serviços com os desafios postos no cotidiano, possibilitando também, intervenções inovadoras e criativas que provoquem transformações nos processos de trabalho dos serviços.

Percebe-se, portanto, que o aparato legislativo está concretamente constituído para que se consiga dar segmento às batalhas travadas até então, no sentido da inscrição do conceito de autonomia dos usuários nas práticas de corresponsabilidade em saúde mental. No entanto, sabe-se historicamente, que os textos legais não são autônomos a ponto de fazerem-se valer apenas por existirem, portanto, frente aos inúmeros desafios e entraves do cuidado em saúde mental na contemporaneidade. Fazem-se necessárias transformações nas representações sociais instituídas, mais uma vez rompendo com o conservadorismo norteado pelo poder econômico e revendo, reinventando e ressignificando paradigmas

libertários de cuidado, confrontando, cada vez mais, tratamentos biologists, medicocentrados e hospitalocêntricos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que falar de autonomia na contemporaneidade passa pelo atravessamento de diversos fatores, principalmente pela diretriz político-econômica, norteada pelo contexto histórico social do período vivido. A construção do SUS e legislações posteriores foram, em certa medida, a tentativa de resistir a estes direcionamentos mercantis dados à saúde nas últimas décadas, principalmente porque são pautadas em uma lógica de acesso igualitário a todos os cidadãos brasileiros. No entanto, cabe seguir-se pensando até que ponto o cenário atual da saúde pública não permanece arraigada em raízes policialescas, higienistas e cooptadas pelo capital, mais uma vez dando movimento à lógica perversa de primeiramente investir-se no crescimento econômico do país para depois pensar-se em avanços de fato na saúde pública.

Destaca-se, portanto, que as disputas referentes ao contexto político-econômico vivido em determinada época, atravessam e desafiam às práticas cotidianas em saúde mental, repetindo disputas de projetos societários que caminham paralelos uns aos outros, no sentido de não possuírem pontos convergentes caminhando em uma mesma direção, e conseqüentemente o aparato jurídico-legislativo se inscreve neste campo de forças intenso, advindas dos movimentos sociais populares, mas também forças neoliberais conservadoras muito atuantes. Reconhece-se neste momento uma conjuntura política e técnica desafiante para dar-se continuidade a implantação dos parâmetros da reforma psiquiátrica até então conquistados e esperados como linha de frente das atuações multiprofissionais em saúde mental.

Desta forma, quando os direitos sociais, batalhados e adquiridos coletivamente se transformam em privilégios de uma minoria, faz-se necessária a revisão do Estado enquanto instância de garantia de direitos nos moldes contemporâneos de sua organização; bem como, enxergar-se as limitações da implementação de práticas libertárias, de construção de autonomia dentro do modo de produção capitalista, intrinsecamente vinculada a esta organização estatal. Tais limitações demonstram a existência de inúmeras contradições na concretização da Política de Saúde Mental, alinhada aos pressupostos da

reforma psiquiátrica, dificultando a criação de mecanismos concretos para efetivá-la nas práticas dos serviços.

No entanto, faz-se necessário entender que estas contradições, que se materializam em desafios para a implementação de um modelo de cuidado em saúde mental no cotidiano dos serviços substitutivos, são também sinônimos de possibilidades, de mudanças, de movimento, de compreensão crítica e de superação, através de *revoluções cotidianas* (CAMPOS, 1992) que impulsionam tais processos. O plano de fundo destas transformações é a compreensão de que os sujeitos só são autônomos quando tem possibilidade de agir no mundo como sujeitos políticos, de desejos, de rupturas e de resistência, e que é desta forma que devem ser cuidados, respeitados e corresponsabilizados em seu exercício de cidadania.

Por fim, neste traçado histórico percebe-se a autonomia desprendendo-se do teor liberal e buscando também *conquistar o seu espaço* na conjunção com os direitos sociais e desvelando o desafio do diálogo necessário entre a rica teoria jurídico-legislativa do país e a prática dos processos de trabalho executores destas políticas.

6 BIBLIOGRAFIA

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira De; ARANHA E SILVA, Ana Luisa. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. RevEscEnferm USP 2007; 41(Esp):815-9. (<file:///C:/Users/Taili%20Streb/Downloads/41691-49765-1-PB.pdf>. Acesso em: 25/06/2015)

BATISTA E SILVA, Martinho Braga. **Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005. 15(1):127-150. (http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 20/05/2015)

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 9 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 14/07/2015).

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 19/07/2015)

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 19 de setembro de 1990**. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990. (http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm. Acesso em 19/07/2015)

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 23/07/2015)

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. (<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/cuidar2.html>. Acesso em: 12/07/2015)

BRASIL. Ministério Da Saúde. **PORTARIA GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 02/08/2015)

CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa. **A mediação entre conhecimento e práticas sociais**: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência e saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.7. (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002). Acesso em: 15/04/2015)

CAMPOS, G. W. de Sousa. **Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja**. *Revista Saúde e Sociedade*, 1992. (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000200005). Acesso em: 20/07/2015)

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; PASSOS, Eduardo; LEAL, Erotildes; PALOMBINI, Analice; SERPA, Octavio; Et Al. **Guia Da Gestão Autônoma Da Medicação – Gam**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. (http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf). Acesso em: 29/08/2015)

CAMPOS, Susana T. Onoko; CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão In: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Huateg; Rio de Janeiro Ed. Fiocruz, 2006. (<https://caemilioribas.files.wordpress.com/2009/09/co-construc3a7c3a3o-da-autonomia-o-sujeito-em-questo3a3o.pdf>). Acesso em: 11/05/2015)

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira**: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

DIAZ, F. **Loucos de todo gênero são incapazes**: justiça e saúde mental no município de Angra dos Reis na década de 90. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008

MACHADO, Leila; LAVRADOR, Maria Cristina. **Por uma clínica da expansão da vida**. *Interface- Comunicação, saúde, educação*, v. 13, supl. I, p. 515-521, 2009.

MEHRY, Emerson Elias. **Ver a si no ato de cuidar**. In: VER-SUS Brasil: cadernos de textos [documento eletrônico]/ Associação Brasileira Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. – Porto Alegre: Rede Unida, 2013. (Coleção VER-SUS/Brasil).

MILLER, Peter; ROSE, Nikolas. **Governando o presente**: gerenciamento da vida econômica, social e pessoa. São Paulo Coleção Biopolíticas, Paulus, 2012.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães; FONSECA, Angélica Ferreira; Isabel Brasil, PEREIRA. **Educação em Saúde**. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 155-162. (<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>). Acesso em 08/04/2015)

PINTO, Diego Muniz; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves; Mardênia Gomes Ferreira; VASCONCELOS, Cinthia Mendonça CAVALCANTE, Ana

FLORES, Zaiz Teixeira; ANDRADE, Aristides Saboia de. **Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: Uma Construção Coletiva**. Revista Textos e Contextos Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.
(http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010. Acesso em 19/07/2015)

PRATES, Jane; COUTO, Berenice. **Os Direitos e as Políticas Sociais**. In: PRATES, Jane Cruz e COUTO, Berenice R. Relatório de Consultoria para reordenamento da rede de Assistência social em Porto Alegre. PortoAlegre, PMPA-FASC, 2008.

RAICHER, Rafael Muscalu. **Um olhar sobre fluxos de desejos no CAPS: Um painel dispositivo**. Campinas, Março, 2011.

ROHDEN, Valério (Org.). **Racionalidade e ação: antecedentes e evolução atual da filosofia prática alemã**. Porto Alegre: Editora Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Goethe Institut, 1992

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3.ed.rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; ALVES; Tarcísia Castro; Oliveira, WALTER FERREIRA DE. **A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 51-71, 2013.