



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

III SINESPP

20 a 24
OUTUBRO
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

EIXO TEMÁTICO 3 | DEMOCRACIA, CONTROLE SOCIAL E GESTÃO

ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS SUJEITOS

Júlio César Paiva e Silva¹

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se constituiu como importante marco para a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental e usuário de substância psicoativa na política de Saúde Mental. Entretanto, esse processo encontra desafios em concretizar a participação e o protagonismo dos usuários que aparecem nas cartilhas e diretrizes da Política de Saúde Mental. Nesse cenário, a organização política dos sujeitos no formato de associações civis proporciona uma nova voz nas discussões relacionadas às substâncias consideradas drogas e aos direitos dos consumidores. Dessa forma, utilizando como metodologia a pesquisa bibliográfica o presente artigo tem o objetivo de analisar as características da participação e das necessidades dos usuários de substâncias psicoativas através das associações civis na saúde mental.

Palavras-Chaves: Participação Social. Empoderamento. Substâncias Psicoativas.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform process in Brazil constituted an important milestone for the construction of citizenship for people with mental disorders and users of psychoactive substances in Mental Health policy. However, this process faces challenges in making the participation and protagonism of users appear in the booklets and guidelines of the Mental Health Policy. In this scenario, the political organization of the subjects in the format of civil associations provides a new voice in discussions related to substances considered drugs and consumer rights. Thus, using bibliographic research as methodology, this article aims to analyze the characteristics of participation and the needs of users of psychoactive substances through civil associations in mental health.

Keywords: Social Participation. Empowerment. Psychoactive Substances.

¹Estudante de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. E-mail: juliomcps@gmail.com

INTRODUÇÃO

A atenção voltada para os usuários de substâncias psicoativas é compartilhada entre a Saúde Pública e a Segurança Pública, sendo que por muito tempo foi tema exclusivo desta. O cuidado com esses sujeitos começa a ser alterado com as articulações do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois além de serem perseguidos como criminosos, os usuários de SPA também eram alvos do modelo manicomial, excluídos e esquecidos dentro dos hospitais psiquiátricos.

O modelo manicomial foi hegemônico na atenção à Saúde Mental por mais de um século, sempre fundamentando-se na ideia biologizante de que a loucura é uma doença causada por determinantes orgânicos, e que o tratamento deve ser protagonizado pela categoria médica, garantindo a supressão dos sintomas através da hospitalização e medicalização, e conseqüentemente causando a objetificação do usuário (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Usuários e seus familiares são considerados incapazes de contribuir para o tratamento. Nesse sentido, a cura para dependentes químicos seria exclusivamente a abstinência total. Por sua vez o modelo psicossocial, evidenciado no processo de Reforma Psiquiátrica, considera os fatores políticos, culturais e sociais como determinantes do sofrimento psíquico, priorizando os dispositivos de reinserção social além das psicoterapias e medicamentos, fortalecendo assim os vínculos sociais, familiares e comunitários.

Desse modo, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil configura-se como importante marco para a re/construção da cidadania das pessoas com transtorno mental, priorizando a desinstitucionalização e o protagonismo dos usuários para garantir fortalecimento de vínculo familiar, social e comunitário.

Considerando a influência das condições sociais no processo saúde-doença-cuidado, a desinstitucionalização surge como importante mecanismo para reinserção social e comunitária dos sujeitos até então segregados. A desinstitucionalização não é pensada como uma simples desospitalização, que consiste na simples retirada dos sujeitos dos hospitais, sem reinserção social e gerando desassistência, mas planejada em conjunto com a formação político-social dos sujeitos através da participação social. A participação em fóruns, assembleias, audiências públicas e nas arenas decisórias na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas em saúde mental é

estimulada e articulada por diversos segmentos representados na luta por direitos humanos, civis e sociais. Assegurar o protagonismo dos sujeitos proporciona o fortalecimento de vínculos comunitários e sociais, além de criar relações no e com o território que vive.

Com a Lei 8.142/90 que fomenta o controle social, ou seja, a participação dos usuários na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, são estimuladas a criação das associações de usuários e familiares da saúde mental, que se caracterizam como importante mecanismo na formação da autonomia, pois garantem participação na complexa arena de decisões da saúde mental, e garantindo que aspectos importantes entrem na agenda da política do campo. Nesse cenário, as associações civis na saúde mental surgem como representações de um grupo de pessoas que estavam excluídas tanto das relações sociais por meio do estigma, quanto dos níveis decisórios das políticas de saúde (AMARANTE, 2001).

Nesse sentido, utilizando a pesquisa bibliográfica como metodologia, que busca explicar “um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos e [...] conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado, existentes sobre um determinado assunto ou problema” (CERVO e BERVIAN, 1983, p. 55) o presente artigo tem o objetivo de analisar as características da participação e das necessidades dos usuários de substâncias psicoativas através das associações civis na saúde mental.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se constituiu como importante marco para a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental na política de Saúde Mental. Organizado por vários segmentos sociais – trabalhadores, usuários, familiares, defensores dos direitos humanos – o Movimento Antimanicomial apresenta-se como peça fundamental no fortalecimento do protagonismo dos sujeitos atingidos pela política manicomial.

O público dos hospitais psiquiátricos não era restrito àqueles com transtornos mentais graves ou persistentes, muitas vezes os sujeitos não apresentavam sequer algum tipo de transtorno antes de ingressar nos hospitais.

As articulações por uma reforma sanitária e psiquiátrica tiveram início no processo de redemocratização do Brasil, visando contribuir para um conjunto de mudanças e transformações na área da saúde. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova base legal para atenção à saúde no país, considerando-a direito de todos e dever do Estado. A partir das Leis nº 8.080/1990 e nº8142/1990 o Sistema Único de Saúde é estabelecido com princípios e diretrizes a serem seguidas pela União, Estados e Municípios. Assim, a saúde passa a ser compreendida de forma mais ampla, como produção social determinada pelos modos de vida sociais, econômicos e culturais, ultrapassando a compreensão tradicional de saúde como simples ausência de doenças.

Amarante (1998) aponta como estopim do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira a crise na DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental -, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde mental. O episódio diz respeito à mobilização de bolsistas e residentes de hospitais psiquiátricos do Ministério que apresentavam condições bastante precárias, com frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo, além de mortes não esclarecidas. A partir dessa mobilização, uma carta foi elaborada e encaminhada ao Ministério da Saúde com denúncias e reivindicações. Uma greve foi deflagrada em 1978, resultando na demissão de 260 profissionais e estagiários, e desencadeando um processo de novas denúncias, manifestações e matérias na imprensa durante vários meses.

No mesmo ano é criado o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental MTSM, primeiro sujeito coletivo a organizar críticas ao modelo psiquiátrico clássico, levantando discussões e estratégias para a materialização de reformas no campo da saúde mental. “O MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização” (AMARANTE, 1995, p. 492)

As articulações do movimento iniciaram-se em torno das situações trabalhistas, com reivindicações como “aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços” (AMARANTE, 1998, p. 52). Mas logo as discussões são ampliadas com a participação de outros segmentos da sociedade civil, influenciando na construção de um pensamento crítico

capaz de proporcionar a visualização de possibilidades de substituição ao modelo hospitalocêntrico, com ênfase na cidadania e o cuidado comunitário.

Em 1987, no Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, o movimento estimula a ampliação das discussões com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, destacando a necessidade do envolvimento de toda a sociedade na discussão das questões relacionadas à saúde mental. “O movimento amplia-se no sentido de ultrapassar sua natureza exclusivamente técnico-científica, tornando-se um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental” (AMARANTE, 1995, p. 492).

A Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, configura-se como marco principal da mudança na assistência psiquiátrica, uma vez que estabelece que seja feita a reestruturação na assistência com a implementação de serviços estratégicos como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, Hospitais-Dia e Urgências Psiquiátricas em Hospitais Gerais, além da necessidade do atendimento ser realizado de forma humanizada.

Em 1989 foi elaborado o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais e tecnológicas. O projeto tramitou durante anos, sem ser concretizado. Essa espera ocorreu por diversos fatores, principalmente pela disputa de interesse que ocorria e ocorre na política de saúde mental. Um dos objetivos do projeto consistia na diminuição de leitos, algo que a Indústria hospitalar negava em aceitar pois aquilo significava perda de mercado.

Mais de 10 anos depois do projeto original, em 2001 é promulgada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, e redireciona o modelo de assistência à saúde mental. A partir desse marco a loucura passa a ser vista de outra forma, com base legal para novas possibilidades de tratamento, recuperação e reinserção do usuário no meio social. O mesmo acontece com usuários de substâncias psicoativas que passam a ser considerados sujeitos de direitos. A situação do uso abusivo de drogas vai cada vez mais deixando de ser considerada um problema individual. A partir desse marco a loucura o uso abusivo de substâncias psicoativas passam a ser vistos de outra forma, com base legal para novas possibilidades de tratamento, recuperação e reinserção do usuário no meio social.

Nesse cenário, o Centro de Atenção Psicossocial como a principal estratégia no processo de desinstitucionalização iniciado durante a Reforma Psiquiátrica, possibilitando melhorias na atenção à saúde mental, pois é pensado como modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos norteados pela lógica asilar e hospitalocêntrica. Assim, busca-se fortalecer o convívio comunitário e familiar através da integração ao território, que se constitui:

Fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIEL, 2004, p.11)

Costa (2012, p. 406), destaca que:

A partir de 2002, o Ministério da Saúde assume essa questão como um problema de saúde pública, regulamentando um serviço denominado de Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), um serviço de base territorial e comunitária.

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas é outra conquista importante, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, seguida pela regulamentação da Política de Redução de Danos através do decreto nº 1028 em 2005, são outros dois importantes pontos na disputa entre a esfera da saúde e da segurança pública no que diz respeito a atenção aos consumidores de spa.

A regulamentação da Redução de Danos fortaleceu a autonomia dos usuários de substâncias psicoativas pois estimulou a socialização da informação para garantir a prevenção e compartilhou a responsabilidade entre usuário e Estado na produção do cuidado. Por estarem no campo de batalha entre saúde pública e segurança pública são geralmente discriminados, tratados como criminosos, a partir de um discurso estigmatizante e culpabilizador. Costa (2012) destaca que o tratamento para usuários de drogas torna-se subordinado à lógica punitivista, que apresenta a abstinência como única meta possível.

Ao combater esse posicionamento, a política de Redução de Danos possibilita a garantia de direitos aos usuários que não querem, não podem ou não conseguem atingir a abstinência. Isso fortalece o protagonismo desses sujeitos, e possibilita sua

organização política, estimulando a autonomia e desmistificação na relação entre homem e substância.

Esses marcos garantem a possibilidade de oferecer diferentes tipos de tratamentos aos diferentes tipos de usuários, considerando as particularidades de cada sujeito, de forma que sejam tratados dignamente e com respeito.

3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Machado (1986, p.299) define a participação em saúde como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde. O controle social em saúde mental é exercido por meio da participação ativa dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental nas questões assistenciais, de gestão dos serviços e da rede de saúde mental. Concordo com Costa-Rosa; Yasui e Luzio (2001) e Amarante (2009), ao pontuarem a necessidade do exercício participativo de controle social na saúde mental dar continuidade ao projeto de superação do modelo asilar e todas suas consequências.

A participação é entendida, assim, como a capacidade dos sujeitos de participar de todo o processo de decisão e organização dos serviços de saúde, forjada nos encontros, discussões e parcerias que se materializam na realidade social, tanto nos espaços instituídos formais, quanto nas relações do cotidiano (SIVINSKI; PAULON, 2016). Vasconcelos (2003) defende o exercício do controle social como importante estratégia para o empoderamento na saúde mental, destacando-o como conceito fundamental para o campo social da saúde e saúde mental, que fortalece e é fortalecido pelo protagonismo social e defesa de direitos.

O autor define empoderamento como um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares do Sistema Único de Saúde, no plano pessoal, interpessoal, grupal e institucional, exercidas nas relações sociais cotidianamente. Dessa forma, constitui-se “efeito de um conjunto de práticas de enfrentamento pessoal e coletivo frente ao estigma, discriminação e exclusão social”. (ARRAES, et. al., 2012, p. 74).

Dessa forma, percebe-se a necessidade de investir na formação política dos usuários a fim de ampliar e democratizar os canais de discussão no campo da saúde mental, proporcionando a criação de mais espaços capazes de gerar o debate cotidianamente no território com usuários e familiares. Assim, para que o protagonismo na saúde mental se concretize, necessita-se da:

Garantia de exercícios efetivamente coletivos de confronto livre de ideias, espaços em que as forças instituintes se debatam com as forças instituídas de participação social (a inter-relação molar e molecular), e permitam cada vez mais, que normas sejam experimentadas e discursos sejam enunciados em uma “ágora” capaz de acolher toda a diversidade humana. (COSTA; PAULON, 2012, p. 581)

Entretanto, Sivinski e Paulon (2016) destacam que apesar da participação e o protagonismo dos usuários aparecerem nas cartilhas e diretrizes da política de saúde mental, o processo participativo encontra-se às margens neste campo, com pouca preocupação em fortalecer a participação dos usuários.

Ainda é comum, mesmo em serviços substitutivos ao modelo manicomial, a presença de micro agressões e comportamentos fundamentados em uma visão estigmatizante, além de outros tipos de preconceitos que perpassam o cotidiano do sujeito com transtorno mental ou usuário de substância psicoativa atendido pelos serviços, geralmente com um perfil de baixa renda, negro(a) e/ou em situação de vulnerabilidade.

O fechamento dos hospitais psiquiátricos e manicômios não soluciona a questão dos direitos dos usuários. Por mais que o fechamento de leitos em hospitais seja um grande passo, como já destacado, não podemos confundir desinstitucionalização com simples desospitalização. O exercício do direito para parte desses usuários é aprisionado pela instituição da loucura no decorrer da história ocidental. “A série doença mental-tutela-manicômio, embasada na tutela dos corpos no sistema hospitalocêntrico, pode ser substituída pela série doença mental-controle-serviços abertos” (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014, p. 641).

Mesmo com manicômios fechados e adoção de serviços substitutivos, a aproximação com esse modelo biologizante pode ocorrer através das chamadas “práticas totais”. Essas práticas “desconsideram o exercício dos papéis sociais vivenciados pelos usuários, deslegitimando diferentes formas de subjetivação”.

(EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014, p. 693). Nesse sentido, a participação dos sujeitos pode ser prejudicada pela “desvalorização das contribuições dos usuários e pouco reconhecimento dessa participação como direito político constitucional” (SIVINSK; PAULON, 2016, p. 55).

Assim, a participação apresenta-se como um nó crítico no avanço da reforma psiquiátrica, com a necessidade de ser construída coletivamente, pois esse processo não se limita apenas a criação de novos modelos assistenciais, mas envolve também outras dimensões que se relacionam com a construção da cidadania e transformação das relações com as pessoas portadoras de transtorno mental e usuário de substâncias psicoativas na vida social.

Nesse cenário, a organização política dos sujeitos no formato de associações de usuários de substâncias psicoativas fortalece a participação social e proporciona uma nova voz nas discussões relacionadas às substâncias consideradas drogas e aos direitos dos consumidores, por proporcionar um ambiente horizontal, sem que os saberes sejam desvalorizados por hierarquias técnicas.

As associações civis na saúde mental representam um grupo de pessoas que estavam excluídas tanto das relações sociais por meio do estigma, quanto dos níveis decisórios das políticas de saúde (AMARANTE, 2001). Dessa forma, as ações políticas desenvolvidas por essas associações fortalecem e são fortalecidas pelo ativismo desses sujeitos, proporcionando a verdadeira participação social em busca da emancipação. Assim, apresentam lugar de destaque na desinstitucionalização e garantia do protagonismo dos usuários.

Apesar das associações civis na saúde mental possuírem uma raiz histórica comum ao nascerem “a partir de demandas como reconhecimento e legitimação, inclusão e participação social, e em oposição a práticas discriminatórias ou de exclusão” (VILLARES et al, 2013, p. 78) é perceptível a heterogeneidade existente nos seus pressupostos, estratégias e ações.

A pluralidade na composição das associações civis em saúde mental possibilita que sujeitos que, geralmente, compartilham as lutas e dores relacionadas ao transtorno mental e suas implicações na sociedade capitalista tenham espaços para vocalizar suas perspectivas e demandas, proporcionando maior participação e reconhecimento dos familiares na luta por direitos na Política de Saúde Mental.

Assim como as associações civis de usuários e familiares da saúde mental tendem a focar nas enfermidades e em transtornos específicos para a elaboração de seus pressupostos e ações, há uma tendência nas associações de usuários de substâncias psicoativas em voltar-se para grupos específicos de substâncias, alcançando, assim, um grupo fragmentado de usuários e/ou familiares. Nesses casos, a identificação do sujeito com a associação parte da identificação com a substância específica, geralmente envolvendo situações de uso abusivo ou dependência química. Ou ações em prol da abstinência ou política antiproibicionista. Assim, discute-se sobre os direitos dos usuários de forma fragmentada, ao tempo que possibilita também a diversidade nos tratamentos aos dependentes.

CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como processo complexo e essencial na garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais ou usuários de substâncias psicoativas, possibilitando a participação social dos sujeitos nos processos de formulação, execução e avaliação das políticas públicas e no território, através do vínculo comunitário e social.

Apesar da presença de desafios para concretizar essa participação nos serviços, as associações civis em saúde mental têm papel fundamental em desenvolver o empoderamento e fortalecer a participação social dos sujeitos. A organização política dos sujeitos no formato de associações de usuários de substâncias e proporciona uma nova voz nas discussões relacionadas às spa e aos direitos humanos.

Rosa (2017) destaca que apesar da pouca interlocução entre os diferentes grupos de associados, as associações conseguem proporcionar visibilidade às suas demandas específicas. Essa participação social possibilita a desconstrução da “ideia de que o pessoal é para ser mantido na esfera privada, reforçando a ideia de que o pessoal é da esfera pública, social” (ROSA, 2017, p. 05). Dessa forma, as associações contribuem para a humanização da atenção à saúde mental, de forma que o foco deixe de ser transtornos mentais e substâncias psicoativas, e volte-se para o bem-estar dos sujeitos e suas famílias.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, jul/set, 491-494, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jul-ago, 2001. p. 933-939.

AMARANTE, Paulo. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 2009.

ARRAES, A. K. M.; DIMEINSTIN, M.; SIQUEIRA, K.; VIEIRA, C.; ARAUJO, A. Empoderamento e controle social: uma análise da participação de usuários na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em Natal (RN). **Psicologia Política**. Vol. 12, n. 22, p. 71-85, jan.-abr., 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**: para uso de estudantes universitários. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

COSTA, A. O. A luta por direitos: os caminhos para a implementação de políticas de álcool e outras drogas na Bahia. In FILHO, A. N; MACRAE, E; TAVARES, L. A; RÊGO, M; NU-EZ, M. E. (Orgs). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Edufba: CETAD, 2012. p. 405- 426.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, jan.-abr., 2012.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C; YASUI, S. As Conferências de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface**. Campinas: p. 685-696, 2014

MACHADO, Francisco de Assis. Participação social em saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, **Anais...** Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

ROSA, L. C.S.R. Ganhos na ação em rede a partir das associações de familiares na saúde mental. In _____ (Org). **Serviço Social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017. p. 141-159.

SIVINSKI, Tamires da Cunha; PAULON, Simone Mairieni. Sobre fazer viver a participação dos usuários da saúde mental na produção de saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VILLARES, C. C; PIMENTEL, F. de A; ORSI, J. A; ASSIS, J. C de. Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, Mario Dinis (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

YASUII, S; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, CEBES, 2008.