



GRUPOS DE AJUDA MÚTUA EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA TEORIA DA SUBJETIVIDADE¹

*Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental:
un análisis desde la Teoría de la Subjetividad*

*Mutual Help Groups in Mental Health:
an analysis through the Theory of Subjectivity*



Daniela Viecili Costa Masini  

Doutoranda no Departamento de Antropologia, SOAS –
Universidade de Londres, Reino Unido



Daniel Magalhães Goulart  

Professor Adjunto da Faculdade de Educação,
Universidade de Brasília (UNB), Brasil

¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de **inteligência artificial** para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

Neste trabalho discutimos estratégias participativas em saúde mental e suas contribuições para a reforma psiquiátrica brasileira, com base em uma pesquisa qualitativa sobre a subjetividade social de um grupo de ajuda mútua, fundamentado na Metodologia Construtivo-Interpretativa, na Epistemologia Qualitativa e na Teoria da Subjetividade de Fernando González Rey. Os participantes foram integrantes de um grupo de ajuda mútua no Distrito Federal (Brasil), e o instrumento de pesquisa consistiu em dinâmicas conversacionais. Os resultados indicam que, por um lado, o grupo expressa processos subjetivos que reafirmam a centralidade do profissional de saúde na condução do cuidado; por outro, evidenciam tensões internas que desestabilizam essa centralidade, abrindo espaço para práticas de cuidado mais horizontais, dialógicas e participativas. Conclui-se que é precisamente nesses espaços de tensão e contradição que se produzem processos de desinstitucionalização, evidenciando o valor de estratégias participativas no fortalecimento e na continuidade da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental, Ajuda Mútua, Subjetividade.

Resumen

En este trabajo discutimos estrategias participativas en salud mental y sus contribuciones a la reforma psiquiátrica brasileña, a partir de una investigación cualitativa sobre la subjetividad social de un grupo de ayuda mutua, fundamentada en la Metodología Constructivo-Interpretativa, la Epistemología Cualitativa y la Teoría de la Subjetividad de Fernando González Rey. Los participantes fueron integrantes de un grupo de ayuda mutua en el Distrito Federal (Brasil), y el instrumento de investigación consistió en dinámicas conversacionales. Los resultados indican que, por un lado, el grupo expresa procesos subjetivos que reafirman la centralidad del profesional de la salud en la conducción del cuidado; por otro, evidencian tensiones internas que desestabilizan esa centralidad, abriendo espacio para prácticas de cuidado más horizontales y participativas. Se concluye que es precisamente en estos espacios de tensión y contradicción donde se producen procesos de desinstitucionalización, lo que pone de relieve el valor de las estrategias participativas en el fortalecimiento y la continuidad de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Salud Mental, Ayuda Mutua, Subjetividad.

Abstract

In this paper, we discuss participatory strategies in mental health and their contributions to the Brazilian psychiatric reform, based on a qualitative study of the social subjectivity of a mutual help group, grounded in the Constructive-Interpretative Methodology, Qualitative Epistemology, and the Theory of Subjectivity developed by Fernando González Rey. The participants were members of a mutual help group in Federal District (Brazil), and the research instrument consisted of conversational dynamics. The results indicate that, on the one hand, the group expresses subjective processes that reaffirm the centrality of health professionals in care; on the other, they reveal tensions and that unsettle and reconfigure this position, opening space for more horizontal, dialogical, and participatory practices of care. We conclude that it is precisely within these spaces of tension and contradiction that processes of deinstitutionalization are produced, highlighting the value of participatory strategies in strengthening and sustaining the psychiatric reform.

Keywords: Mental Health, Mutual Help, Subjectivity.

Introdução

Um dos desafios atuais da reforma psiquiátrica brasileira é a priorização de práticas de cuidado conduzidas por profissionais de saúde em detrimento de estratégias voltadas para o fomento e o fortalecimento de vínculos sociais (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020), o que pode estar associado, entre outros fatores, à persistência de práticas de cuidado medicalizantes e objetificantes mesmo em serviços substitutivos em saúde mental (Goulart, 2019).

Nesse contexto, estratégias participativas em saúde mental, como grupos de ajuda mútua, representam uma via potencial para a desinstitucionalização – um amplo processo de reconfiguração dos saberes e das práticas sociais relacionadas à “loucura” (Nascimento & Silva, 2020) – na medida em que tais estratégias podem configurar um espaço para a (re)invenção de socialidades alternativas às formas hegemônicas.

Algumas das estratégias participativas em saúde mental foram pensadas com base em modelos importados de países ditos “desenvolvidos” e, portanto, ainda precisam ser mais estudadas em contextos latino americanos, tal como o brasileiro, que são frequentemente marcados por intensa desigualdade social, racismo e sexismo.

Neste trabalho temos como objetivo refletir sobre as potencialidades e desafios das estratégias participativas no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, em específico da estratégia de ajuda-mútua (Vasconcelos, 2013, 2017; Figueiredo, 2021; Lainas, 2023; Sevelius et al., 2024; Corradi-Webster et al., 2025), a partir do relato de uma pesquisa sobre a subjetividade social de um grupo de ajuda mútua no Distrito Federal, Brasil.

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que se baseou nos aportes da Teoria da Subjetividade em uma perspectiva histórico-cultural, da Metodologia Construtivo-Interpretativa e da Epistemologia Qualitativa, de autoria de Fernando González Rey (González Rey, 2015, 2019a, 2019b; González Rey & Mitjans Martínez, 2019, 2025).

A reforma psiquiátrica e estratégia de ajuda mútua no Brasil

Um dos marcos iniciais da reforma psiquiátrica no Brasil consistiu na formação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) – o primeiro movimento nacional organizado que visava transformar as formas de cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

Inicialmente, o MTSM defendia propostas predominantemente técnicas, expressando o descontentamento dos profissionais de saúde com suas condições de trabalho. Esse fato é interessante para exemplificar tanto a presença histórica dos profissionais de saúde na reforma psiquiátrica brasileira, quanto o potencial de transformação da participação dos usuários dos serviços e de seus familiares nesse processo, visto que foi por meio da participação destes últimos, e da influência de outros movimentos sociais, que a proposta do MTSM passou a ter um caráter antimanicomial de fato, defendendo a substituição das instituições manicomiais por outras formas de cuidado (Emmanuel-Tauro & Foschaches, 2018).

A reforma psiquiátrica brasileira foi impulsionada por um momento de intensa reorganização e articulação social no período de redemocratização do país, a partir do qual foram formuladas novas leis, políticas públicas e um novo sistema público de saúde, no qual manicômios seriam progressivamente substituídos por outras formas de cuidado em liberdade.

Mas para além das mudanças em marcos legais e serviços de saúde, parte fundamental da reforma antimanicomial tem sido a organização de iniciativas voltadas a romper a clausura social da loucura, através por exemplo de intervenções na música, pintura, literatura e teatro (Liberato & Dimenstein, 2013; Amarante & Torre, 2018, p. 1100). Como fala Lobosque:

Supor que a instituição (manicomial) está doente, e que é preciso tratá-la [...], sem partir para a invenção de recursos que lhes permitam viver e produzir fora do espaço institucional, significa partir do pressuposto de que o lugar do louco é na instituição e não na cultura (2001, p.18).

A fala de Lobosque chama a atenção para como transformar o cuidado das pessoas em sofrimento mental demanda uma transformação social mais ampla. Isto é, não se trata apenas de mudar os serviços de saúde mental em si.

Desde seu início, a reforma psiquiátrica brasileira tem sido marcada por períodos, ora de avanço, ora de estagnação e/ou retrocesso. Por exemplo, o recente giro político conservador no país, o qual vem associado ao fortalecimento de movimentos que buscam resgatar a centralidade dos profissionais de saúde, em específico de médicos, nos serviços de atenção psicossocial (Costa Masini & Lagoas, 2022). Esse movimento, evidente em diversas portarias, políticas e decretos instituídos entre 2016 e 2019, fragilizou conquistas das décadas anteriores e, como consequência, a internação psiquiátrica voltou a ser promovida como principal forma de tratamento em detrimento das abordagens comunitárias (Cruz et al., 2020).

Como será discutido adiante neste trabalho, a centralidade da atuação dos profissionais de saúde no campo da saúde mental pode associar-se à dificuldade em promover a construção de laços comunitários por parte dos usuários. Isso pode ocorrer mesmo nos serviços substitutivos de saúde mental, dificultando a proposta de tais serviços de favorecerem a (re)inserção social.

Outras pesquisas discutem como o cuidado praticado em serviços substitutivos pode gerar formas sutis de dependência e cronicidade, configurando novas formas de institucionalização, por meio dos quais a vida dos usuários passa a se organizar em torno da instituição de saúde mental e de suas lógicas de funcionamento (Goulart, 2019; Goulart & González Rey, 2019; Corrêa & Lima, 2024). Nesse contexto, observa-se um deslocamento da valorização das relações interpessoais para uma maior ênfase em intervenções medicamentosas, implicando maior centralização do cuidado em profissionais de saúde.

No Brasil, existem algumas normas que regulam a participação social na saúde, principalmente no que diz respeito à processos de gestão, e alguns dispositivos que dão abertura para formas de cuidado menos medicalizantes. Alguns exemplos são a Lei nº 8.142 e a Resolução nº 453, que instituem e regulam os conselhos e conferências de saúde – um dos principais espaços onde usuários e familiares podem participar da construção de políticas públicas e de sua implementação nos âmbitos de atuação municipal, estadual e nacional (Brasil, 1990, 2012).

A Portaria nº 5.738 de 2024 regula o serviço de Centros de Convivência, cuja finalidade é oferecer à população em geral um espaço de sociabilidade, contando com o suporte de profissionais com treinamento na área e/ou experiência na área de saúde. Todavia, essa portaria veda a promoção de atividades em grupo com finalidade “psicoterapêutica”, dando preferência para outras práticas também relevantes que visem fomentar a construção de laços sociais de forma mais ampla (Brasil, 2024).

A *Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*, e a *Política Nacional sobre Drogas* não incluem estratégias específicas para a formação ou manutenção continuada de grupos ou

associações de usuários e/ou familiares como espaços de participação social *no cuidado*, apesar de que a Portaria n° 3.088, conhecida por instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país, tem como diretriz “ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (Brasil, 2001, 2011, 2019).

O aparato legal e normativo brasileiro pode ser visto como um exemplo internacional no que diz respeito à participação social no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Todavia, percebe-se que as normas que regulam a atenção em saúde mental não fazem referência específica a estratégias participativas de saúde, nem propõem formas de cuidado de pessoas em sofrimento mental menos centradas na atuação de profissionais de saúde.

Dentre tais estratégias participativas, existem os grupos de ajuda mútua, que consistem em espaços para suporte recíprocos entre pares. São grupos não diretivos, que se diferenciam dos grupos terapêuticos em geral, pois o cuidado é compartilhado entre seus membros, e não centrado na figura de um profissional de saúde (Sevelius et al., 2024).

Os grupos de ajuda mútua surgiram historicamente em países europeus e ganharam força na América do Norte, onde tiveram papel fundamental no desenvolvimento da perspectiva de Recovery – a qual se baseia na crítica à noção de transtorno mental enquanto doença crônica, progressiva e incapacitante, bem como 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 (Figueiredo, 2021).

Na literatura anglofônica sobre a estratégia de ajuda mútua, existem diferentes termos usados para denominá-la, entre os quais constam *mutual support/mutual aid* (suporte ou ajuda mútua) ou *peer support* (suporte por pares). Tais termos são por vezes usados para se referir a grupos de ajuda mútua tal como vem sendo comumente implementados no Brasil (Vasconcelos, 2013). Mas também são usados para se referir a estratégias de cuidado menos pautadas na reciprocidade, que contam com a atuação de indivíduos que já passaram por situações de intenso sofrimento mental, consideram-se recuperados, e atuam ajudando pessoas com transtornos mentais (Lainas, 2023).

Alguns autores situam as estratégias de ajuda mútua e de suporte por pares num continuum: em que grupos de ajuda mútua se aproximam mais de relações de amizade – devido à reciprocidade – e grupos de suporte por pares 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 autorrevelação de experiências pessoais por parte dos cuidadores é mais marcante do que na relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (Davidson et al., 2006; Sevelius et al., 2024).

De modo geral, estratégias participativas de saúde mental permitem a construção de identidades e sociabilidades menos centradas na noção de doença e diagnóstico, mostrando seu potencial enquanto dispositivo de empoderamento em saúde mental (Schneider, 2012). Outras pesquisas apontam para a expansão desse tipo de estratégia no contexto brasileiro (Corradi-Webster et al., 2025), e para seu potencial em desestabilizar perspectivas que associam incapacidade e sofrimento psíquico, abrindo espaço para formas de existência e de cuidado baseadas na participação, na produção de vínculos e na valorização dos saberes situados dos próprios usuários (Figueiredo, 2021).

É válido apontar que, ao abordar o tema do empoderamento, é necessário cautela para não incorrer em perspectivas individualistas e neoliberais, como tem ocorrido em contextos em que

estratégias participativas de saúde mental têm servido como justificativa para a sustentação de um sistema de saúde pouco acessível (Agner & Braun, 2018). Na perspectiva adotada neste trabalho, considera-se que uma característica essencial do processo de empoderamento refere-se a práticas coletivas, a partir das quais é possível criar laços de solidariedade e abrir vias de transformação social, em associação ou não com os dispositivos do Estado.

Além disso, é importante pontuar que não se trata de essencializar a participação de usuários dos serviços e de seus familiares, como se esta fosse a “pílula” que faltava para fazer a reforma psiquiátrica brasileira finalmente se efetivar. A diversificação de vozes é aqui compreendida como um meio de potencializar práticas dialógicas e ampliar o engajamento de diferentes atores na produção de mudanças. No entanto, quando reduzida a mero protocolo, a participação social pode esvaziar-se de seu potencial transformador, tornando-se mais um mecanismo de reprodução das lógicas institucionais que se pretende superar.

Grupos de apoio mútuo podem incentivar práticas dialógicas entre os diferentes atores envolvidos na reforma psiquiátrica, fator essencial para que exista mudança (González Rey & Mitjans Martínez, 2019). Para que tais estratégias se prestem de fato a transformações, convém realizar mais pesquisas sobre o assunto em nosso contexto. A estratégia de ajuda mútua foi desenvolvida em países cujas características sociais, culturais e econômicas são, de modo geral, diferentes daquelas que encontramos na América Latina – algo que deve ser levado em consideração.

Num contexto marcado por intensa desigualdade social, racismo, e sexismo, é certamente desafiador implementar estratégias de saúde pautadas na horizontalidade. É necessário evitar a tendência de apropriação idealística de abordagens e políticas sociais dos países do Norte Global, pois isso acaba por inibir o desenvolvimento de “caminhos próprios”, mais interessantes para compreender e intervir em nossa realidade (Vasconcelos, 2017).

A Teoria da subjetividade em uma abordagem histórico-cultural

A obra de González Rey oferece contribuições teóricas e metodológicas interessantes para a presente discussão, tendo em vista que permite compreender como um grupo de ajuda mútua é vivenciado por seus integrantes, e como o processo de desinstitucionalização se desdobra no âmbito subjetivo.

A Teoria da Subjetividade é uma abordagem histórico-cultural que parte de um esforço teórico em elaborar um conjunto de conceitos interrelacionados para o estudo da subjetividade de forma indissociável da cultura. O autor buscou superar dicotomias que marcam o pensamento moderno, tais como entre o simbólico e o emocional, bem como entre o social e o individual. A crítica a tais dicotomias deu origem à definição ontológica da subjetividade: um sistema simbólico-emocional, cuja unidade básica são os sentidos subjetivos (González Rey & Mitjans Martínez, 2019).

Nessa perspectiva, a divisão entre subjetividade social e individual é principalmente didática, pois estas são mutuamente constitutivas, como “dois lados da mesma moeda”. A dimensão individual da subjetividade 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 aos diferentes espaços de subjetividade social que a atravessam. A subjetividade social representa “a complexa rede de configurações subjetivas sociais na qual todo o funcionamento social acontece”

(González Rey, 2015, p. 13), expressando-se por meio de representações sociais, discursos, crenças, sexualidade e moralidade expressos nos diferentes espaços sociais. 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, 2019a). Nesse sentido, é sempre uma produção singular do indivíduo e dos grupos sociais histórico e culturalmente situados.

A subjetividade possui caráter dinâmico e gerador. Os sentidos subjetivos são produzidos em um fluxo não linear e não consciente, que, ao articularem-se entre si, originam configurações subjetivas relativamente estáveis. Estas configurações funcionam como geradoras de novos sentidos subjetivos, e circunscrevem como experiências concretas são subjetivamente vividas.

Nessa perspectiva teórica, indivíduos e grupos sociais estão ativamente implicados na sua produção subjetiva, apesar de que não no controle desta. Dessa forma, pessoas não são meros epifenômenos de processos externos (González Rey, 2019a). Todavia, seu caráter gerador não implica necessariamente que a produção subjetiva de uma pessoa ou grupo irá romper com formas institucionalizadas de ser, pensar e sentir.

Em alguns contextos, a subjetividade social pode funcionar de forma mais limitante, gerando desdobramentos significativos na qualidade dos processos de vida daqueles que participam de tais espaços. Um exemplo disso são formas de subjetividade social que sustentam a lógica manicomial, estreitamente atreladas ao fenômeno da nova institucionalização mencionado anteriormente.

Processos subjetivos sociais relacionados à lógica manicomial dizem respeito a relações entre usuários, familiares e profissionais de saúde marcadas por práticas de cuidado predominantemente patologizantes e pouco dialógicas, que acabam por reduzir o outro ao lugar de objeto de intervenção (Goulart, 2019; Goulart & González Rey, 2019).

A subjetividade social manicomial, como qualquer outra forma de produção subjetiva, não é expressa de forma declarativa na fala dos indivíduos, dado que não é um processo necessariamente consciente ou intencional. Processos subjetivos relacionados a essa lógica também podem estar presentes mesmo em contextos onde predominam discursos em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial (Goulart, 2019).

A leitura da nova institucionalização como expressão de uma subjetividade social manicomial mostra que mudanças nos processos subjetivos não ocorrem apenas por alterações formais nas políticas de saúde mental. Transformações sociais, culturais e institucionais estão sempre ligadas à produção de sentidos subjetivos individuais e sociais, e esses novos sentidos se desenvolvem por meio do diálogo, entendido como um espaço relacional compartilhado que dá abertura para reflexões, tensionamentos e possíveis reconfigurações das práticas sociais. O diálogo (tal como definido no presente referencial teórico) constitui um instrumento fundamental de desinstitucionalização no campo da saúde mental, tal como será discutido adiante neste trabalho (Goulart, 2019).

Metodologia

Esta pesquisa está vinculada ao projeto de pesquisa “Subjetividade, educação e saúde: o desenvolvimento subjetivo em foco”, que conta com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa produtividade 2. Também, está vinculada

ao projeto de pesquisa intitulado “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal.

Em estreita articulação à Teoria da Subjetividade, este artigo fundamentou-se na Epistemologia Qualitativa e na Metodologia Construtivo-Interpretativa de González Rey. A unidade teoria-epistemologia-metodologia permite maior consistência no processo de pesquisa e na sustentação de práticas profissionais (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025). Essa proposta enfatiza a produção de conhecimento científico como processo (1) construtivo-interpretativo, (2) dialógico e (3) orientado à legitimação do singular como uma fonte legítima de saber.

O grupo participante desta pesquisa foi um grupo de ajuda mútua em uma cidade do Distrito Federal. Os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa consistiram em apresentar interesse para participar, de modo a não haver critérios de exclusão relativos ao diagnóstico, idade ou gênero. Mediante aceitação coletiva do convite de participação na pesquisa, foram realizadas visitas ao grupo ao longo de quatro meses, durante os quais o grupo mantinha encontros com duração média de duas horas, a cada 15 dias.

A pesquisa realizada com base na Metodologia Construtivo-Interpretativa consiste num processo de construção interpretativa, a partir da articulação de informações derivadas de diferentes momentos com o(s) participante(s) da pesquisa. Entende-se que é necessário criar um espaço de expressão autêntica, visando envolver os participantes subjetivamente e, dessa forma, facilitar a expressão de sentidos subjetivos.

Nessa pesquisa os instrumentos utilizados foram dinâmicas conversacionais, as quais consistem num processo dialógico entre pesquisador(a) e participante (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025). Em vez de seguir um roteiro estruturado, essas interações são orientadas pelo fluxo da conversa, permitindo que os participantes se expressem de forma mais livre. Esse formato busca criar um espaço de confiança e engajamento, favorecendo a expressão de sentidos subjetivos.

Após cada encontro com o grupo, a pesquisadora (primeira autora do artigo) escreveu trechos de fala e atitudes de participantes, acontecimentos, e percepções sobre o funcionamento do grupo em um diário de campo. A partir desse registro, ela realizou, após cada encontro, uma seleção dos trechos mais significativos para o fenômeno estudado. Em respeito ao sigilo no processo de pesquisa, o conjunto de dados que suporta os resultados deste estudo não está disponível.

Posteriormente a cada sessão, os pesquisadores construíram *indicadores*, isto é, significados atribuídos às informações do campo, os quais não são diretamente e explicitamente enunciados pelos participantes da pesquisa. A articulação de diferentes indicadores conduz à elaboração de hipóteses mais abrangentes sobre o problema estudado, que, em seu processo de construção e desdobramentos culminam no modelo teórico resultante da pesquisa (González Rey & Mitjás Martínez, 2019, 2025).

Resultados e Discussão

Quando iniciada a pesquisa, o grupo de ajuda mútua em questão já existia há cerca de um ano e funcionava de forma “aberta”, isto é, qualquer interessado poderia comparecer aos encontros. A maior parte do grupo era constituída por frequentadoras assíduas: adultas ou idosas, do gênero

feminino, e frequentadoras de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) próximo – um dos principais serviços de saúde mental que visam substituir os manicômios no Brasil. Tanto usuários quanto familiares de usuários desse CAPS frequentavam o grupo.

O grupo começou em 2018, a partir da iniciativa do CAPS local. A proposta dos profissionais era que o grupo se guiasse pelo modelo de ajuda mútua proposto por Vasconcelos (2013), na qual os grupos de ajuda mútua são entendidos como espaços de encontro de pessoas que compartilham experiências de sofrimento psíquico, em que o protagonismo dos integrantes no cuidado do grupo é valorizado.

O modelo de ajuda-mútua discutido por Vasconcelos (2013) ressalta o papel mediador do *facilitador*, responsável por estimular a convivência respeitosa e o compartilhamento de experiências entre os integrantes do grupo. Na prática, essa função — que inclui organizar o tempo e a ordem de fala — é revezada, garantindo que todos tenham voz e participem ativamente no grupo (Figueiredo, 2021).

Segundo alguns dos frequentadores mais antigos do grupo, mesmo este sendo oficialmente aberto, ainda assim ocorria um processo de seleção daqueles que eram informados do grupo, ou convidados a frequentá-lo. Essa seleção informal ficava à cargo das profissionais envolvidas no projeto, as quais mostravam-se preocupadas com o comparecimento de indivíduos em sofrimento que não estariam “preparados” para frequentar aquele espaço.

Com relação à formação inicial do grupo e à possibilidade de fazer um curso de formação de facilitadores, surgiu o seguinte trecho de diálogo com D., usuário do CAPS:

Quando teve o primeiro curso de facilitação, eu quis participar, mas me disseram (os profissionais de saúde) que eu “não contemplava os requisitos”. Mas aí, quando surgiu esse grupo, me chamaram pra participar.

O relato de D. sugere que os profissionais de saúde assumiram o papel de decidir se um determinado indivíduo está apto ou não a desempenhar a função de facilitador. Tais dinâmicas de funcionamento do grupo apontam para a existência de relações de tutela sutis entre os profissionais de saúde e os demais integrantes do grupo. Nesse contexto, apenas determinados indivíduos são vistos como capazes de frequentar esse espaço de ajuda-mútua e, para tanto, precisam atender a determinados pré-requisitos estabelecidos por profissionais de saúde. Essa representação acerca da função dos frequentadores, e em especial, dos facilitadores da estratégia de ajuda mútua, acaba por contribuir com a manutenção de relações de poder assimétricas entre usuários/familiares e profissionais de saúde.

A situação descrita por D. também permite a construção do indicador de que a função de facilitador de grupo de ajuda mútua não é representada como possível via de desenvolvimento dos usuários de saúde mental, dado que apenas aqueles que já contemplam os tais pré-requisitos puderam exercer essa função. Num outro momento, esse indicador foi reforçado ao observar que um dos motivos pelos quais determinada integrante do grupo foi convidada para ser facilitadora foi o fato de ter recebido alta do CAPS, apontando que o aval para participação no curso de facilitadores se baseia em parte na avaliação de melhora clínica dos usuários, expressando implicitamente uma representação de pessoas em sofrimento psíquico enquanto incapazes de assumir responsabilidades no grupo.

Tais indicadores sugerem que a produção subjetiva acerca da atuação do facilitador reproduz a forma como o cuidado é socializado e distribuído em contextos de apoio protagonizados por profissionais de saúde, onde frequentemente rege a representação social do cuidador da área psi enquanto pessoa que já passou por algum tipo de processo terapêutico e treinamento.

Ao longo da pesquisa, percebeu-se que alguns participantes do grupo estavam ali mais pelo desejo de um espaço de escuta individual pelos profissionais de saúde que frequentavam o grupo, do que pela procura por um espaço de convivência em grupo. Por exemplo, num dos encontros do grupo, uma das integrantes agiu como se estivesse numa sessão de terapia individual, não deixando outras pessoas falarem e interagindo apenas com a psicóloga que estava presente. Esse evento sugere que práticas de cuidado centradas na atuação de profissionais de saúde podem articular-se ao concomitante desinvestimento em relações de apoio mútuo dentro de um grupo.

É válido ressaltar que as profissionais envolvidas no grupo posicionavam-se de forma crítica quanto à expectativa compartilhada por membros do grupo de que elas liderariam seu funcionamento. Expressavam também a expectativa de que, com o passar do tempo, o grupo começaria a funcionar de forma mais autônoma.

Na seguinte fala, E., 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 é promover relações de ajuda mútua entre todos os seus integrantes, E. parece ter ido ao grupo exatamente pela presença de uma psicóloga. Seu tom de crítica velada ao falar do CAPS, quando diz que ia “só” no grupo de caminhada, sem ver nenhum psicólogo ou psiquiatra do serviço, aponta para a desvalorização de relações interpessoais de ajuda mútua com outras pessoas em sofrimento psíquico, bem como para um sentimento de insatisfação com o serviço de saúde mental que frequentava. Outros integrantes do grupo também expressaram tais sentimentos de insatisfação ou de distanciamento em relação a outros serviços de saúde, permitindo a construção do indicador de que esta era uma motivação importante para a participação no grupo de ajuda mútua por parte de alguns de seus membros.

Além disso, o fato de que, no único encontro do grupo em que não havia profissionais de saúde, apenas quatro pessoas compareceram, reforça o indicador de que a presença de um profissional é pré-condição para o encontro aconteça, ao menos para parte do grupo. Tendo em vista tais indicadores, pode-se formular a hipótese de que processos subjetivos relacionados à centralidade da atuação do profissional de saúde no cuidado são dominantes no funcionamento do grupo.

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 naquele dia, e os outros integrantes do grupo 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.

Mesmo a psicóloga tendo ciência de que a função de amparo estava sendo delegada a ela, e apesar de sua postura crítica em relação a isso, ela sentia-se no dever de cuidar dos integrantes do grupo tal como o faria cotidianamente em um CAPS. Apontando para a dificuldade de romper com formas de cuidado transpostas de outros espaços institucionais. Assim, a “ajuda” acaba por ser relegada a determinadas pessoas, em especial aos profissionais de saúde, e não compartilhada pelos integrantes do grupo – o que reduz substancialmente a condição de protagonismo destes.

Ainda assim, foi possível notar como as produções subjetivas dominantes do grupo estão em contínuo tensionamento com processos subjetivos relacionados à formas alternativas de distribuição da prática de cuidado. Por exemplo, em determinado encontro, J. — um homem habitualmente quieto e reservado — surpreendeu ao cumprimentar as novas pessoas e dar-lhes as boas-vindas, demonstrando uma postura claramente diferente do seu comportamento usual.

A pesquisadora encontrava-se sentada junto a J. e outra integrante do grupo, conversando casualmente antes do começo do encontro. Ao notar a chegada de pessoas novas no ambiente, J. comentou, direcionando-se à pesquisadora “olha, tem um pessoal novo chegando, alguém precisa receber eles.” A pesquisadora deu um sinal de que havia percebido, mas fingiu não entender o pedido implícito que parecia ser endereçado a ela. Vendo que nenhuma das duas se moveram, J. levanta e vai ele mesmo receber e conversar com os recém chegados.

É válido ressaltar que J. era de modo geral silencioso, e raramente falava nos encontros, mostrando-se por vezes, um tanto quanto “desorganizado”. Dessa forma, ele não se enquadrava na concepção hegemônica, naquele espaço, de alguém que era capaz de cuidar de outros. Mesmo assim, exerceu essa função de forma alegre e sem aparentes dificuldades.

O exemplo de J. mostra o potencial de grupos de ajuda mútua em subverter os critérios hegemônicos segundo os quais o cuidado é distribuído e socializado. Ao dispor-se em receber os recém chegados, J. colocou em xeque a configuração social hegemônica que o desqualificaria para exercer o cuidado – a qual articula-se à associação entre incapacidade e sofrimento mental – e também desafiou normas sociais que tendem a alocar a função de cuidado em figuras femininas, como a pesquisadora.

O grupo oferecia também maior abertura para posicionamentos críticos quanto à centralidade da atuação dos profissionais de saúde no cuidado de pessoas em sofrimento mental. Isso fica mais explícito no seguinte trecho de fala de D.:

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!

Assim, foi possível perceber que havia processos subjetivos que tensionavam o institucionalizado no grupo. Para permitir o desenvolvimento dessas formas alternativas de ser, seria necessário investir em espaço dialógicos em que tais tensões e conflitos fossem reconhecidos e debatidos no grupo. No entanto, nem sempre isso ocorria. O seguinte trecho de conversa ocorreu entre M. e uma profissional de saúde durante um dos encontros do grupo:

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

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

Nesse trecho de conversa, M. questiona o grupo acerca de um tema de interesse comum, expressando uma abertura ao diálogo com outros integrantes do grupo quanto à gestão do cuidado naquele espaço. Ela se refere à fala de um estudioso (o “professor”) que costuma ser palestrante em cursos de formação de facilitadores de grupos de ajuda-mútua, referidos anteriormente, quem orientava que grupos de ajuda-mútua devem ser divididos entre familiares e usuários. No caso analisado aqui, familiares e usuários participavam do mesmo grupo.

Respondendo a M., a profissional estabelece que o assunto será debatido na reunião entre facilitadores e profissionais de saúde, que ocorria periodicamente visando oferecer suporte aos facilitadores no desempenho de suas funções. Isso de fato ocorreu, visto que nenhum daqueles presentes se opôs à sua decisão. Ainda assim, o fato de a pergunta de M. poder emergir nesse espaço aponta para o tensionamento entre diferentes modos de gestão do cuidado ali em jogo.

Trata-se de um tensionamento que só se torna possível na medida em que foi coletivamente construído, ainda que de forma contraditória: a mesma profissional que, naquele momento, assume o lugar de uma autoridade, dizendo o que pode ou não ser feito ali; em outros momentos, defendia ativamente a proposta de ajuda-mútua diante das críticas de outros profissionais do CAPS onde trabalhava. Da mesma forma que M., que num momento instigava o diálogo, em outros monopolizava a conversa, direcionando se exclusivamente às profissionais de saúde presentes.

O caso discutido mostra que grupos de ajuda mútua constituem espaços importantes de desenvolvimento não apenas para usuários de serviços e seus familiares, mas também de profissionais de saúde, visto que, nesse contexto, profissionais podem experimentar relações e modos de atuação que desafiam lógicas institucionais tradicionais — potencialmente favorecendo mudanças nos outros cenários em que estes porventura atuem.

Considerações Finais

O objetivo desse trabalho foi compreender processos da subjetividade social de um grupo de ajuda mútua, visando aprofundar a discussão acerca da implementação de estratégias participativas de saúde mental no cenário brasileiro. Com base no que foi discutido, um aspecto importante na configuração subjetiva social do grupo estudado é a busca por um espaço de cuidado centrado na atuação de um profissional de saúde. Já a proposta de apoio mútuo em si parece ser secundária em relação ao que motiva os membros a participar do grupo.

Na Teoria da Subjetividade, ações são entendidas como configuradas subjetivamente, e não externas à subjetividade (González Rey, 2019b). Dito isso, as práticas de cuidado e as relações interpessoais presentes nesse grupo compõem configurações subjetivas sociais que têm um papel importante na produção de novos sentidos subjetivos nesse espaço social.

Nesse grupo, a priorização do cuidado exercido por profissionais parece estar articulada à associação entre transtorno mental e incapacidade, e à manutenção de uma relação de tutela entre os profissionais da saúde e os outros integrantes. Nota-se que tais processos subjetivos desdobram-se na forma como o cuidado é socializado e distribuído no grupo. Aqueles percebidos como mais aptos para a função de cuidado, e sobre os quais tal função frequentemente recai, são indivíduos

que passaram por algum tipo de treinamento, e que estão em condições de saúde supostamente adequadas para cuidar de outros.

Todavia, gestos de cuidado, aberturas ao diálogo, posicionamentos críticos, e o esforço em cultivar a existência do grupo num contexto onde estratégias participativas de saúde mental ainda são pouco valorizadas, apontam que os processos subjetivos sociais de centralidade da atuação de profissionais de saúde no cuidado estão em tensionamento nesse espaço, e ilustram o potencial de desinstitucionalização desse tipo de estratégia.

Aqui é possível diferenciar a desinstitucionalização tal como é comumente abordada – enquanto um conceito amplo e por vezes vago (Nascimento & Silva, 2020) – da desinstitucionalização tal como se dá no ritmo do dia-a-dia: um processo que se realiza nas relações cotidianas, e que avança de forma desigual em relação às transformações institucionais mais amplas. Como sugere Lefebvre (1991), a vida cotidiana constitui um plano específico da experiência social, no qual as mudanças ocorrem de maneira não linear e frequentemente contraditória.

Para que a reforma psiquiátrica cumpra com seu projeto de transformação, é necessário investir em espaços dialógicos que mobilizem seus atores, favorecendo que familiares e usuários de saúde possam assumir o lugar de sujeitos desse processo. Afinal, como dito anteriormente, a reforma psiquiátrica brasileira só adquiriu um caráter antimanicomial a partir da participação de outras vozes nesse movimento.

É importante destacar que a proposta de ampliar a participação de usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas práticas de cuidado não implica dizer que suas perspectivas sejam ou serão necessariamente favoráveis aos processos de desinstitucionalização. Não se trata de presumir tais atores como inerentemente progressistas, em oposição a profissionais de saúde supostamente reprodutores, como que por natureza, de lógicas manicomiais.

O presente estudo aponta que os grupos de ajuda mútua configuram espaços potentes para o tensionamento e mudança de formas institucionalizadas de pensar e praticar o cuidado, justamente por oferecerem um lugar de (re)invenção, onde um integrante se sente autorizado a questionar: “E aí gente, quando nós vamos discutir isso?”

Os desafios da reforma psiquiátrica extrapolam a afirmação de princípios gerais, e somente podem ser abordados com contundência se a dimensão subjetiva dos processos humanos implicados no campo da saúde mental for levada em consideração.

Referências

- Agner J. & Braun K.L. (2018). Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient education and counseling*, 101, 2054-2064.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista De Administração Pública*, 52(6), 1090–1107.
- Brasil. (1990, 28 de dezembro). *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União.

- Brasil. (2001, abril 6). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). *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)*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012, 10 de maio). *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012: Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2019, abril 11). *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019: Dispõe sobre a Política Nacional sobre Drogas e estabelece diretrizes para ações de cuidado, tratamento, acolhimento e reinserção social*. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024, novembro 14). *Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024: Altera as Portarias de Consolidação MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*. Diário Oficial da União.
- Corradi-Webster, C. M., Reis, G., Brisola, E. B. V., Sampaio, C. A., Araujo, C. N. P., Rufato, L. S., Oliveira, R. a. S., Ricci, R. É. C., de Oliveira, W. F., de Oliveira, B. R., Bellamy, C., & Costa, M. (2025). A reflection on the role of individuals with lived experience in shaping the Brazilian psychiatric reform. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–7.
- Corrêa, L. M., & Lima, R. C. (2024). A tendência à neoinstitucionalização e o discurso religioso: Elementos de análise para a reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, 33, e230288pt.
- Costa-Masini, D. V., & Lagoas, J. M. (2022). Análisis de los Discursos Médico y Bolsonaroista: un estudio sobre las pretensiones de “despolitización” de la política en Brasil. *V Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales*, 2, 817–834.
- Cruz N.F.O., Gonçalves R.W., & Delgado P.G.G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3).
- Davidson L., Chinman M., Sells D., & Rowe M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia bulletin*, 32(3),443-50.
- Emmanuel-Tauro D.V. & Foschaches D.A.L. (2018). As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. *Mental*, 12(22), 90-112.
- Figueiredo A.P. (2021). Grupos de recuperação e ajuda mútua e apoio em saúde mental: Análise de uma experiência. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 14 (2), 93-103.
- González Rey L.F. (2015). A new path for the discussion of social representations: Advancing the topic of subjectivity from a cultural-historical standpoint. *Theory & Psychology*, 25(4), 494–512.

- González Rey L.F. (2019a). Subjectivity as a New Theoretical, Epistemological, and Methodological Pathway Within Cultural-Historical Psychology. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- González Rey L.F. (2019b). Subjectivity in debate: Some reconstructed philosophical premises to advance its discussion in psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 49, 212-234.
- González Rey L.F., & Mitjás Martínez A. (2019). The Constructive-Interpretative Methodological Approach: Orienting Research and Practice on the Basis of Subjectivity. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- Goulart D.M. (2019). *Saúde mental, desenvolvimento e subjetividade*. São Paulo: Cortez Editora.
- Goulart D.M., & González Rey L.F. (2019). Studying Subjectivity in Mental Health Services: Education, Subjective Development and the Ethics of the Subject. In: González Rey L.F, Mitjás Martínez A., Goulart D.M. (eds.). *Subjectivity within Cultural-Historical Approach*. Singapore: Springer.
- Lainas S. (2023). Self-help/mutual aid groups for health and psychosocial problems: Key features and their perspectives in the 21st century. *American Journal of Community Psychology*, 72(3–4), 271–287.
- Lefebvre, H. (1991). *Critique of Everyday Life*. London: Verso.
- Liberato, M. T. C., & Dimenstein, M.. (2013). Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 272–281.
- Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
- Nascimento, M. S., & Silva, M. B. B. E. (2020). Desinstitucionalização em debate: Uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 33–44.
- Sevelius, J., Saggese, G., Gomez, J. L., Carvalho, P. G. C. de, Santos, C. A. da S., Wanzeller, M. das M. de O., Lippman, S., & Veras, M. A. (2024). Peer support workers as a tool to expand access and improve the quality of care for transgender women and travestis in Brazil. *Epidemiologia E Serviços De Saúde: Revista Do Sistema Único De Saúde Do Brasil*, 33(spe1), e2024324.
- Schneider, B. (2012). Participatory Action Research, Mental Health Service User Research, and the Hearing (Our) Voices Projects. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2).
- Vasconcelos E.M (coord.) (2013). *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ.
- Vasconcelos E.M. (2017). As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e recovery (recuperação, reestabelecimento) em saúde mental I. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(21),31-47.