



Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM)

**Eduardo Passos
Analice de Lima Palombini
Rosana Onocko Campos
Sandro Eduardo Rodrigues
Jorge Melo
Paula Milward Maggi
Cecília de Castro e Marques
Lívia Zanchet
Michele da Rocha Cervo
Bruno Emerich**

Resumo: O artigo aborda a articulação entre autonomia e cogestão nas práticas em saúde mental no Brasil, baseado em estudo multicêntrico. Tal estudo objetivou a elaboração do *Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação* (Guia GAM-BR), com base na tradução e adaptação do Guia GAM desenvolvido no Quebec – instrumento dirigido a pessoas com transtornos mentais graves. Uma primeira versão do Guia GAM traduzida e adaptada ao contexto brasileiro foi utilizada em Grupos de Intervenção (GI) com usuários de serviços de saúde mental nos campos da pesquisa. A construção da versão final do Guia GAM brasileiro incluiu as modificações propostas pelos GI em cada campo, debatidas em reuniões multicêntricas com a participação de pesquisadores, trabalhadores e usuários integrantes dos GI. No curso da pesquisa, a estratégia GAM assumiu o desafio de propor-se como prática cogestiva, compatibilizando exercício da autonomia, direito e protagonismo dos usuários com o funcionamento e cultura organizacional das instituições de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental, Autonomia, Cogestão.

Autonomy and co-management in mental health practice: the autonomous medication management device (AMM)

Abstract: The present paper discusses the relation of autonomy and co-management on Brazil's mental health practices following a previous multicenter approach. That approach aimed at translating, adapting, and testing in Brazil the Autonomous Medication Management Guide (AMMG), a Canadian tool directed for people with severe mental disorders. A first version of the AMMG, translated and adapted to the Brazilian context, was applied through Intervention Groups (IGs) of mental health users at each research center. Resulting on a final version of the Brazilian AMMG including modifications discussed in multicenter meetings where researchers, workers, and users of the IGs attended. The AMM strategy has therefore taken the challenge to propose itself as a co-management mental health practice, combining exercise of autonomy, rights and role of the users with the operation and organizational culture of mental health institutions.

Keywords: Mental Health, Autonomy, Co-management.

Introdução

O presente artigo aborda a articulação entre autonomia e cogestão nas práticas em saúde mental, com base em estudo multicêntrico que integra uma parceria internacional entre Brasil e Canadá (ARUC Aliança de Pesquisa entre Universidade e Comunidade – IDRC/SHS). Tal parceria visa fomentar estudos sobre a temática Saúde Mental e Cidadania, formação de pesquisadores e transferência de tecnologia para a comunidade e serviços de saúde, a partir de projetos conjuntos com financiamento internacional, tendo como marca o protagonismo dos seus participantes.

O estudo multicêntrico teve por objetivo a elaboração do *Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação* (Guia GAM-BR) e sua aplicação em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de três cidades brasileiras, com base na tradução e adaptação do Guia de origem canadense (Quebec), voltado a pessoas em sofrimento psíquico grave. Ocupou-se também da avaliação dos efeitos do uso do Guia GAM na formação de trabalhadores de serviços de saúde mental. E, ainda, objetivou estudar se o contexto brasileiro exigiria adaptações importantes do material canadense ou se ele se aplicaria tal qual à realidade brasileira.

O Guia GAM consiste num conjunto de passos que propõem ao usuário questões e informações para ajudá-lo a repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, visando aumentar seu poder de negociação com respeito ao seu tratamento junto à equipe que o acompanha. Durante a fase de adaptação para o contexto brasileiro, foram realizados Grupos de Intervenção (GI) em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas cidades de Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Novo Hamburgo-RS. Os GI tiveram duração de seis meses e contaram com a participação de usuários e trabalhadores desses serviços, além dos pesquisadores. A construção da versão final do Guia GAM-BR realizou-se a partir das modificações propostas pelos GI em cada campo, as quais foram debatidas em reuniões multicêntricas, com a presença de pesquisadores, trabalhadores e usuários dos três centros. (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

O processo de adaptação do instrumento fez aparecer diferenças nas concepções de autonomia e de gestão nos diferentes países, forçando uma inflexão estratégica adequada ao contexto brasileiro. O sistema de saúde do Canadá, em sua tentativa de garantir o acesso dos usuários, optou, não por construir uma rede de serviços públicos, mas por credenciar médicos privados como forma de compor com a categoria médica (Campos, 2007). Já no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde é concebida como um direito a ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas. Também os modos de organização da saúde mental em cada país são distintos. A reforma psiquiátrica brasileira (RPB), pautada na ideia de cidadania do usuário e de um cuidado em liberdade nos territórios, configura uma política voltada à criação e manutenção, pelo Estado, de serviços substitutivos ao modelo asilar. No Quebec/Canadá, o modelo asilar é combatido por movimentos exteriores à máquina estatal, os quais passam a fomentar a criação de serviços alternativos àqueles oferecidos pelo Estado. Assim, à diferença do Quebec, onde a estratégia GAM foi desenvolvida a partir de movimentos sociais, a experiência brasileira realizou-se na relação entre Universidade e serviços da rede pública de saúde mental.

A GAM pressupõe outro sentido para a autonomia. No contexto da RPB, o conceito de autonomia – crucial para a formulação da estratégia GAM – define-se na referência à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna (Kinoshita, 1996). Assim, longe de centrar-se no indivíduo, a ideia de autonomia em que se pautou esta pesquisa envolveu uma perspectiva coletiva, de compartilhamento e negociação entre diferentes valores e pontos de vista. Por isso, a estratégia GAM foi colocada em prática através de dispositivos grupais, Grupos de Intervenção (GI), dos quais participavam pesquisadores, técnicos e usuários, lendo e discutindo juntos o Guia GAM. A GAM assumiu, no Brasil, o desafio de propor-se como prática cogestiva, compatibilizando o exercício da autonomia, o direito dos usuários e seu protagonismo com o funcionamento das instituições de saúde mental e a cultura organizacional desses equipamentos. No intuito de compartilhar parte deste processo, ao final do artigo apresentamos algumas análises dos dados da pesquisa, principalmente no que concerne à formulação dos conceitos de manejo cogestivo e autonomia cogestiva, que buscaremos desenvolver ao longo deste trabalho.

Alguns de nossos desafios em relação à implementação da estratégia GAM podem ser assim formulados: como investir em autonomia e cogestão a partir das práticas concretas dos serviços de saúde mental? Como afirmar o protagonismo dos usuários e trabalhadores no campo da reforma psiquiátrica brasileira, cuja cidadania e direitos se exercem desde a rede pública de serviços de saúde e, portanto, desde dentro da máquina do Estado? Como promover esse protagonismo sem necessariamente entendê-lo como prática de autogestão, exterior à máquina estatal?

Perseguindo essas questões, o presente artigo tem como objetivos apresentar um panorama histórico do processo de construção da diretriz cogestiva no campo da saúde pública brasileira, com base em autores que foram formuladores importantes no cenário da reforma sanitária nos anos 1980, e, a partir desse panorama, demonstrar como a prática da cogestão, entendida como meio de democratização da gestão dos serviços de saúde pública, pode configurar uma estratégia ético-política para a operacionalização da GAM no Brasil.

Panorama histórico

Autogestão e autogoverno

Onocko (2003) distingue duas dimensões (ou dois sentidos) da “gestão” – não somente a do *gerir* (a ação dos outros), mas também a do *gerar* (as próprias regras). A gestão, no sentido clássico, sempre trabalhou a dimensão do gerir como *heterogestão*, previsão e controle sobre a ação dos outros, estando fortemente amarrada ao exercício verticalizado do poder (a questão básica da hierarquia: os de cima mandam e os de baixo obedecem). Em contraposição às mazelas daí geradas (aumento da exploração, da mais-valia, da alienação, tendo em vista a reprodução do *status quo*) é que teriam surgido as propostas autogestionárias, colocando em relevo o plano da geração, ou gestação, das próprias regras.

A *autogestão* está na base do institucionalismo francês, movimento de intervenção e análise crítica do poder hierárquico nas instituições (Barembly, 1994; Lapassade, 1977, 2007; Lourau, 1993, 2004). Para Lapassade (1977), a autogestão implica a derrubada do poder hierárquico estabelecido. Tal derrubada pressupõe a abolição do lugar do líder, do mestre, do gerente, ou do Estado, para que os grupos possam gestar suas próprias regras de funcionamento interno. Lourau (1993), no entanto, fazendo especial menção a suas experiências de autogestão pedagógica, aponta as dificuldades de tal proposta, uma vez que toda vida cotidiana se passaria no terreno da heterogestão: “vivemos na heterogestão, o que nos aliena, nos priva de nossa autonomia, de nossa liberdade” (p. 22). Nesse sentido, a derrubada da figura do gestor não é condição suficiente para abolir o exercício verticalizado do poder. Para Onocko –Campos *et al.*, (2012), o trabalho na gestão deva visar a “produção de graus maiores de autonomia, criatividade e desalienação” (p. 123). Como pensar e propor a passagem de um gerir/gerenciar heterônomo (heterogestão) a um gerir/gerar voltado à ampliação da autonomia de um modo distinto das propostas autogestivas? E por quê? De acordo com Merhy *et al.*, (1997), o espaço de intervenção da gestão no contexto institucional pode apresentar tanto a dimensão macropolítica de um programa esquadrihado, pré-determinado e rígido quanto a polivocidade de regras e decisões geradas num plano micropolítico, no “espaço de autogoverno” que cada trabalhador inevitavelmente exerce no contexto institucional. Conforme seja exercido, tal autogoverno pode favorecer ou dificultar a implantação de serviços implicados com a dimensão pública da produção de saúde. Assim, práticas profissionais com excessiva “autonomia”¹, que Campos (2007) identifica, sobretudo, à prática médica liberal, correm constantemente o risco de privatizar os espaços dos serviços públicos, fragmentar o processo do cuidado e inviabilizar a influência do conjunto dos sujeitos sobre a gestão.

A discussão empreendida pelos autores nos indica que a gestão não diz respeito apenas ao tema da gerência organizacional, assim como a noção de governo não se restringe a sua forma macropolítica, entendida como governo do Estado. Foucault (1988; 1995) nos fez entender que o poder não é uma instituição nem uma estrutura e, sim, uma relação entre ações, que direciona as condutas e ordena as probabilidades. Tal direcionamento não está circunscrito somente às estruturas políticas do Estado, mas também ao governo das condutas dos indivíduos e grupos. Assim, as relações de poder atravessam os processos de gestão, tornando-se necessária a análise constante dessas relações para romper a cristalização de determinadas configurações de poder que impedem o exercício da liberdade.

No texto “A governamentalidade”, Foucault (1978) aponta o modo como, a partir do século XVI, o problema do governo desloca-se do âmbito restrito dos conselhos aos príncipes e da ciência política para alcançar a arte de governar a si mesmo: “como se governar, como ser governado, como fazer para ser o melhor governante possível, etc.” (pp. 277-278). O tema do governo deixa o domínio exclusivo da política de Estado e da macropolítica, para dizer respeito também ao âmbito micropolítico da

¹ As aspas estão aqui para indicar um sentido empobrecido do termo, pois ainda ligado a uma lógica privatista que aproxima a noção de autonomia à de independência do indivíduo. Para nós, a autonomia é compreendida em um sentido que valoriza a importância do coletivo para sua promoção.

ética e da estética de si. Trata-se do tema do cuidado de si, que Foucault apresenta em seu seminário de 1982, *A hermenêutica do sujeito* (Foucault, 2006), e que ganha corpo no terceiro volume de *A História da Sexualidade* (Foucault, 1984). O cuidado de si leva-nos à questão ética do cultivo das práticas que possam ampliar nosso espaço de autogoverno, não numa perspectiva individual e privatista, mas como produção de vínculos e coletivização.

Este questionamento, que afirma a indissociabilidade dos sentidos clínico e político da noção de gestão, é o que nos leva a uma retomada da trajetória das elaborações em torno ao conceito de cogestão no campo da saúde pública brasileira.

Cogestão

Podemos remontar a trajetória que deu origem à atitude ético-política inerente ao conceito de cogestão a partir de movimentos que, nos anos 1970, se insurgiram contra a ditadura civil e militar instalada no Brasil com o golpe de 1964. Tais movimentos se fizeram, em muitos segmentos, em favor de organizações autogestionárias e de esquerda, fazendo eclodir as mais diversas formas de resistência ao autoritarismo, no contexto da luta pela redemocratização no país.

A Reforma Sanitária (RS) dos anos 1980 foi, no campo da saúde, uma das expressões dessa resistência. Decerto, a RS se realizou em conjugação ao próprio movimento constituinte, buscando criar condições para a democracia institucional por dentro da máquina do Estado, sem a necessidade de aboli-lo. Ao invés de “tomar o Estado de assalto”, como na proposta autogestionária, tratava-se de “modificá-lo, alterando a organização social e a distribuição de Poder nos Territórios (...) criando espaços coletivos democráticos” por dentro da própria máquina estatal (Campos, 2000, p. 47-48). A luta pela instalação de um sistema público de saúde passava a ser travada, dessa forma, no âmbito da organização dos serviços, historicamente marcados pela hierarquia, pela centralização de poder na classe médica, pelo corporativismo e pela fragmentação do trabalho. Tratava-se, em outros termos, de produzir cogestão.

Diferentemente da proposta da autogestão, a cogestão implica uma espécie de concessão feita, seja a um determinado contexto de trabalho, seja ao Estado. Fazer essa concessão significaria abrir mão da proposta de promover autonomia? A cogestão consistiria na captura das forças de resistência pelo Estado? Ora, é preciso considerar a cogestão em seus efeitos estratégicos: concede-se ao Estado ao mesmo tempo em que se força o Estado a conceder. Não se trata de um recuo em relação à aposta da autogestão, mas um modo diferente de luta.

Esta passagem de uma autonomia de vocação autogestionária para uma autonomia cogestiva – não mais exterior ao aparelho de Estado, mas podendo exercer-se por dentro dele – parece-nos uma temática central na discussão dos processos de gestão dos serviços públicos de saúde. Com efeito, a década de 1990 foi marcada pela intensa produção teórico-metodológica sobre a gestão dos serviços públicos de saúde. Gastão Campos, Emerson Merhy, Rosana Onocko e muitos outros compunham um coletivo pensante, engajado na problemática da “mudança de direção” do modelo technoassistencial das políticas de saúde (Merhy *et al.*, 1997).

Segundo Campos (1994), os serviços públicos de saúde no Brasil herdaram o que havia de pior das duas formas tradicionais de administração sanitária: a prática médica liberal e a medicina social de Estado. O desenvolvimento da atenção médico-hospitalar, governada pelas exigências do mercado, não se preocupou em alterar o “caráter artesanal” (p. 109) do ofício dos médicos (e mesmo de outros profissionais de saúde), conservando a marca do “trabalho solitário”, desarticulado dos demais. Embora este modelo garantisse ampla margem de “autonomia” no fazer do profissional, acabava por restringi-la a um mínimo, quando considerado seu poder de decisão e intervenção sobre o conjunto dos processos de trabalho. O corporativismo se instalava aí como meio de concentrar o poder sobre os processos gerenciais, garantindo os interesses de classe. Uma vez incorporado a grandes empresas capitalistas ou estatais de prestação de serviços de saúde, cada profissional era imbuído, ao mesmo tempo, de uma independência e de uma impotência relativas, quer seu poder sobre a gestão do cuidado fosse considerado sob o ponto de vista individual, quer sob o ponto de vista institucional – a impotência sendo contornada apenas pela lógica corporativista.

Nas primeiras décadas do século XX, a Medicina Social, ou Saúde Pública, desenvolvia-se no Brasil com características organizacionais semelhantes a dos exércitos, com sua lógica de Campanhas e de Vigilância, tendo sido acoplada posteriormente aos preceitos da “Administração Científica” (Campos, 1994). Só na década de 70 o Estado brasileiro passou a produzir e gerenciar serviços de saúde voltados à atenção individual, mas sem modificar em nada o tradicional modelo instituído na prática liberal. Esta incorporação do modelo clássico de administração teve como efeito a instauração de “estruturas pesadas, com alta centralização de poder, resistentes à mudança e de difícil adaptação a novas situações” (Campos, 1994, p. 115).

As análises desses autores elegiam, portanto, o gerenciamento dos processos de trabalho como um componente fundamental e estratégico. Por um lado, como assinalou Merhy *et al.* (1997), tratava-se de evidenciar a imbricação entre a organização do conjunto de processos de trabalho nos serviços e o modo de conduzir a atenção em saúde, isto é, a inseparabilidade entre os processos de gestão e os processos de produção de saúde, de cuidado. Por outro, como afirma Campos (1994), a permeabilidade da gestão à influência dos diferentes sujeitos fazia dela o principal recurso de intervenção no âmbito do regime de práticas de produção de saúde (Campos, 1994). Neste sentido, em toda a produção teórico-metodológica destes autores, percebe-se uma atitude comum, marcadamente democrática, de incitação à participação de trabalhadores e usuários nos processos de gestão do trabalho, de modo a transformar tal espaço em uma verdadeira arena pública.

É certo que, neste período inicial de produção da saúde coletiva brasileira, há uma forte preocupação com as questões relacionadas à gerência dos serviços: uma intensa dedicação dos autores à sistematização de estratégias e procedimentos gerenciais, com muitas referências a ferramentas analisadoras capazes de descrever aspectos macroestruturais do serviço. Mas a utilização destas ferramentas analisadoras só se justifica do ponto de vista de sua destinação, qual seja, a permanente interrogação da dimensão micropolítica dos serviços. Esta se realiza no cotidiano, em processos muitas vezes imperceptíveis, mas que se fazem em tensão constante com os procedimentos

rígidos da organização dos serviços, de forma que sua descrição minuciosa enseja outros arranjos operacionais.

Assim, ao lado dos aspectos macropolíticos do serviço, encontramos em Merhy *et al.* (1997) o assinalamento dessa dimensão maleável, micropolítica, guiada pelo jogo de interesses e necessidades estabelecido entre trabalhadores e usuários, entre sujeitos cuidadores e sujeitos cuidados. Como modo de operar sobre esta dimensão, os autores afirmavam ser preciso problematizar a concepção restrita em torno da ideia de “tecnologia” e defendiam o desenvolvimento de *tecnologias leves*, relacionais, calcadas em práticas de acolhimento e constituição de vínculos. (Merhy *et al.* 1997; Merhy & Franco, 2003). A gestão dos processos de cuidado não deveria ser encarada apenas do ponto de vista da gerência, localizada em uma função central e determinante das outras instâncias a partir de cima, mas também através da lateralização dos pontos de vista dos diferentes agentes do processo, de modo a evidenciar processos deslocalizados e alheios ao centro, multideterminados por diversos interesses, afetos e decisões.

Para fazer da gestão um componente estratégico, por um lado seria preciso propor mecanismos capazes de enfrentar o duplo desafio de combater a força hierárquica presente no sistema de saúde e de “atenuar, ou até mesmo controlar, a utilização privada da coisa pública” (Campos, 1994, p. 123). Por outro lado, e simultaneamente, tornava-se indispensável aproveitar as forças coletivas e inventivas a favor da implicação de cada trabalhador na organização do conjunto dos processos de trabalho e engajadas com a promoção da saúde e da cidadania.

No intuito de superar os principais obstáculos à implantação do sistema público de saúde – fragmentação do trabalho, individualismo, corporativismo, centralismo gerencial –, investiu-se em um modelo de gestão mais aberto às diversas tensões políticas – permeável à influência tanto de seus agentes quanto daqueles que se presumem ser os seus principais interessados, os usuários. Para tanto, era necessária a criação de mecanismos de democratização institucional.

Ora, o conceito de cogestão, proposto por Campos (2000) em *Um método para cogestão e análise de coletivos*, situa a democratização institucional como seu elemento estratégico. O enfrentamento da racionalidade gerencial hegemônica exige colocar lado a lado os diferentes agentes do processo de produção de saúde, garantindo-lhes a possibilidade de negociar desejos e interesses. O autor propõe o método da roda para pensar a gestão de coletivos organizados para a produção. Faz isso com base em sua experiência como dirigente e analista de instituições de saúde e lembra que Bion, Tosquelles e Basaglia foram alguns dos que mostraram o caráter terapêutico do envolvimento de doentes mentais com a gestão cotidiana de suas vidas.

Articulação, autonomia e cogestão

Vimos acima como a gestão do cuidado em saúde, no contexto democratizante da RS, esboça uma linha própria, que consiste em colocar lado a lado cuidadores e sujeitos cuidados, cogerindo os processos de cuidado e coproduzindo-se mutuamente. A cogestão, assim, pode ser entendida também como uma estratégia de autonomização

e protagonização dos diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários e familiares) implicados no processo de produção de saúde; com efeito, quando colocada em ação, ela cria condições para diferentes expressões da autonomia.

Comumente, autonomia é entendida como um poder de agir caracterizado pela independência ou, antes, pela autossuficiência. A esse respeito, conforme vimos acima, os autores da saúde coletiva já identificavam riscos relativos à “autonomia médica” e ao “espaço de autogoverno” de todo trabalhador da saúde. Uma vez que o trabalho em saúde não possui uma estruturação rígida de seu objeto (Merhy *et al.* 1997), as ações e decisões individuais que permeiam a atenção em saúde se realizam sempre circunstancialmente, abrindo margem para a privatização dos processos de atenção, ou seja, para sua independência em relação à organização coletiva que participa dos processos de produção da saúde. Autonomia, nessas situações, refere-se à gestão não coletiva, isto é, não participativa dos processos de trabalho.

É preciso distinguir este sentido de autonomia daquele que temos em vista na perspectiva protagonista da saúde coletiva e que inspira também os movimentos instituintes que resultaram na RPB. Tal perspectiva, já o vimos, é a mesma que orienta o uso, no contexto brasileiro, da estratégia GAM. Assentada em uma concepção de autonomia que se esclarece na interface que articula a saúde mental com a Biologia do Conhecimento, como mostra Kinoshita (2001), a GAM institui espaços de recriação e de negociação permanentes – recriação e negociação a que se referem Campos e Onocko-Campos (2005) para dizer dos processos de subjetivação que nos constituem ao longo da vida.

A autonomia, nessa acepção, não designa uma dimensão de pura espontaneidade, desobediente a normas ou alheia a qualquer regulação, mas o processo vital em que todo ser vivo se constitui, dando a si mesmo suas próprias regras (*auto* = “próprio”, “si mesmo”; *nomos* = “lei”, “norma”). Ela refere-se, assim, a um processo contínuo e necessariamente criativo, no qual o vivo constitui simultaneamente a si mesmo e ao mundo que habita (Maturana e Varela, 1980; 1995).

O dispositivo GAM e a cogestão da medicação: experiência do direito

A cogestão não se reduz ao manejo das controvérsias ou acolhimento das diferenças, mas deve ser pensada, na sua dimensão macro e micropolítica, como estratégia para a emergência do sujeito de direitos. Do ponto de vista macropolítico, por um lado, a cogestão pressupõe arranjos nos processos de trabalho em saúde que colocam lado a lado os diferentes sujeitos, como nas práticas de gestão participativa nos serviços de saúde. Do ponto de vista micropolítico, por outro lado, a cogestão expressa reposicionamentos subjetivos dos que se colocam lado a lado e que se corresponsabilizam e assumem protagonismo distribuído nos processos de produção de saúde. Esses reposicionamentos subjetivos dependem de condições concretas, que, no nosso caso, foram criadas com práticas de manejo cogestivo nos grupos de intervenção (GI) com o Guia GAM.

Entendemos por manejo cogestivo, no dispositivo GAM, um trabalho que não pode ser reduzido à tarefa de coordenação ou moderação do grupo. Tal manejo caracteriza-

se por criar as condições de contração² de uma grupalidade e de acolhimento do que emerge no coletivo como expressão do protagonismo dos sujeitos em suas diferenças. Dizemos manejo cogestivo porque: 1) é um manejo que visa a cogestão, isto é, que visa uma gestão distribuída e compartilhada, no grupo, do grupo; 2) é um manejo que se realiza cogestivamente, isto é, constrói-se na experiência GAM a partir da descentralização da função do moderador. Isto quer dizer que o manejo, inicialmente localizado ou identificado à figura do moderador, gradativamente vai se distribuindo, à medida que a grupalidade se contrai e o protagonismo dos diferentes sujeitos assume a tarefa de gestão compartilhada do grupo.

A diferença entre as abordagens brasileira e canadense da estratégia GAM não é de sentido (significado e direção), mas de modo de fazer. Ambas as abordagens se definem pela aposta na autonomia e no protagonismo dos usuários e sua rede de apoio (trabalhadores de saúde, familiares e rede social) como direção para o resgate da cidadania e direito dos usuários dos medicamentos em saúde mental. A diferença da GAM-BR está no modo como se associou a aposta na autonomia à prática da cogestão, o que pode ser verificado, a seguir, na metodologia da pesquisa realizada.

Método

Sob o título “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos – GAM-BR” (Onocko-Campos *et al.* 2012), foi proposto um estudo multicêntrico, reunindo UNICAMP-UFF-UFRRJ-UFRGS em torno da experiência canadense de construção do documento “Gestion Autonome de la médication de l’âme – Mon Guide Personnel” – instrumento voltado a pessoas em sofrimento psíquico grave, interessadas em repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, de forma a aumentar o seu poder contratual nas decisões acerca do seu tratamento medicamentoso. Tal estudo caracterizou-se como pesquisa-intervenção participativa (Passos, Palombini e Onocko-Campos, 2013), prevendo a participação ativa dos diferentes segmentos envolvidos nas diversas instâncias de decisão (planejamento, execução e avaliação dos processos).

O material produzido no Quebec foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira, contemplando o contexto da saúde mental e os direitos dos usuários no Brasil e incluindo falas de usuários brasileiros a respeito da experiência com a medicação. Essa primeira versão foi utilizada nos grupos de intervenção (GI) com usuários. Três GI foram realizados em CAPS – um em cada campo (Novo Hamburgo-RS, Campinas-SP e Rio de Janeiro-RJ) – e um GI, na Universidade Estadual de Campinas, reunindo, esse último, usuários que exerciam atividades de representação em diferentes CAPS da cidade. Os

² A noção de contração indica que há uma emergência da grupalidade, isto é, não basta reunir as pessoas e informá-las sobre os objetivos e interesses da pesquisa para que a grupalidade se instaure, é preciso considerar uma temporalidade própria ao grupo. Nesse sentido, apontamos para a distinção entre contratação e contrato. Realizar um contrato (como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na pesquisa, por exemplo) não cria, por si só, as condições de surgimento da autonomia cogestiva. É preciso que haja um processo – uma contratação – para que a grupalidade possa emergir. Guiar este processo é tarefa que cabe ao manejo.

GI ocorreram simultaneamente nos três campos, por dez meses, através de encontros semanais ou quinzenais, perfazendo uma média de vinte encontros, com participação média de oito usuários em cada grupo. Os critérios de inclusão dos usuários foram: ser portador de transtorno mental grave, estar fazendo uso de medicação há mais de um ano, manifestar a vontade de participar do grupo. Além de usuários dos serviços, compuseram os grupos: bolsistas de iniciação científica; um a três residentes (multiprofissionais ou de psiquiatria); um trabalhador do CAPS e um ou dois pesquisadores na função de moderadores dos grupos.

A função de moderador de GI requeria, além do manejo da pesquisa, também a perspectiva de um manejo clínico, próprio ao trabalho grupal com pessoas em sofrimento psíquico grave. Cada participante dos GI recebeu um exemplar do Guia GAM. Foram utilizadas diversas dinâmicas para sua leitura e discussão. A aplicação do Guia fez-se concomitante à sua apreciação crítica, de forma que sugestões de alteração no texto, na sequência ou no modo de uso do mesmo foram feitas pelos usuários à medida que se ia percorrendo cada um de seus passos. As sugestões e comentários dos usuários e pesquisadores foram registrados em diários de campo, os quais foram organizados como narrativas.

Mensalmente, o grupo de pesquisa composto pelos três campos reuniu-se em encontros multicêntricos, onde foram construídos os pactos concernentes ao funcionamento geral da pesquisa ao longo do seu primeiro ano de realização e, no segundo ano, em torno da construção da versão brasileira do Guia GAM, com base nas sugestões colhidas em cada campo e debatidas nesses encontros multicêntricos em que, além dos pesquisadores e colaboradores da pesquisa, estiveram presentes também trabalhadores e usuários participantes, referidos às três cidades envolvidas no estudo.

A metodologia da pesquisa visou criar condições para que os usuários, particularmente, pudessem experimentar autonomia e reconhecimento de seus direitos. Os participantes dos GI foram protagonistas em todo o processo de adaptação do Guia GAM-BR. A estratégia GAM, no Brasil, assumiu o desafio de propor-se como prática cogestiva, compatibilizando o exercício da autonomia, o direito dos usuários e seu protagonismo com o funcionamento das instituições de saúde mental e a cultura organizacional desses equipamentos.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais implicados no trabalho com pessoas, sobretudo sendo as mesmas usuárias da rede de saúde mental, com aprovação pelo Comitê de Ética (sob parecer CEP de N° 222/2009 e CAAE: 0975.1.000.146-09).

Resultados e discussão

A análise do material colhido dos diários de campo possibilitou perceber como o Grupo GAM (GI) fez emergir diversas questões concernentes ao cuidado em saúde mental, de maneira a torná-las objetos de gestão compartilhada – evidenciando, assim, os efeitos clínicos e políticos da pesquisa. Um ponto a ser destacado diz respeito à relação produzida entre a pesquisa e os serviços de saúde onde se realizou a investigação ou que eram frequentados pelos usuários que dela participaram. A característica de pesquisa-intervenção que problematiza a experiência da medicação fez com que o limite entre

investigação e tratamento se diluísse muitas vezes nos GI. E, tal como emergiu nos GI, a experiência da medicação mostrou não estar restrita apenas ao uso de medicamentos e aos seus possíveis efeitos, mas também diretamente vinculada a questões político-institucionais como, por exemplo, a falta de medicamentos na rede pública de saúde, as mudanças no tratamento não comunicadas (quer por parte dos psiquiatras, quer dos usuários), as qualidades afetivas que atravessam as relações interpessoais num serviço público de saúde:

Dois usuários tinham trazido para o grupo a decisão de alterar sua própria medicação sem consultar as equipes. Um usuário que havia comentado no grupo anterior que ainda estava à espera da medicação expressou que sentiu raiva da equipe, pois, quando foi procurá-la, pelo fato de diminuir sua medicação por conta de falta na rede pública, não se sentiu acolhido no CAPS. Queixou-se que ofereceram para ele trocar a medicação com que ele já estava acostumado e se dava bem, por outra que conhecidamente já lhe tinha causado efeitos colaterais.

A pesquisa fez ver que a gestão autônoma da medicação não pode acontecer dentro dos serviços da rede pública de saúde mental sem que se reconheça e efetive o protagonismo de seus usuários. Constatou-se que a participação em espaço de negociação requer um processo, ao longo do qual o usuário se sinta pertencendo ao grupo e com “coragem” para participar:

Um dos usuários relatou que antes do grupo GAM era mais tímido e que nestes eventos pouco falava e mais ouvia. Sentiu que agora tem mais ‘coragem para falar’ e aponta a contribuição do GAM para isso.

A participação ganha força de negociação não apenas porque é proposta no texto do Guia, é também preciso experimentá-la enquanto prática concreta no grupo. Da mesma maneira, verificou-se que a informação sobre os direitos não substitui a experiência vivida pelos usuários no exercício da cidadania. Tomar conhecimento de seus direitos não é condição suficiente para a emergência do sujeito de direitos que se apresenta como tal e é reconhecido pelo grupo:

Todos concordaram com a fala de um usuário, que disse que conhecer os direitos ajuda nas brigas e negociações que precisam fazer. Conversamos então sobre a importância não apenas da informação, mas sobre o sentido que ela ganha para a gente e o que fazemos com ela.

É que não se trata apenas de conhecer e aplicar o texto da lei, mas de encarnar a experiência de reconhecimento do outro e de si mesmo enquanto diferenças lateralizadas. Em um encontro, uma usuária relatou a estranhíssima experiência de sentir-se em vários lugares ao mesmo tempo:

O remédio que eu tomo de manhã dá calor; vontade de sair, passear, fazer um monte de coisa. Aí, eu estou aqui no CAPS e passa uma pessoa e fala que eu

*estou lá embaixo, passa outra e fala que estou lá em ***, passa outra e fala que eu estou no shopping. Eu estou em vários lugares e as pessoas estão me vendo, cada um em um lugar.*

Ao ouvir esse relato, uma trabalhadora e participante do GI interpela a usuária, dizendo não passar de imaginação. A usuária recusa a explicação e continua sua narrativa. Do ponto de vista da experiência, os critérios do erro e da falsidade não se colocam, e a usuária defende sua experiência como sendo *de direito* verdadeira. O manejo cogestivo do moderador do GI intervém então, para afirmar a experiência da usuária e o seu reconhecimento no grupo:

Reitero que ela estava nos contando algo que nos parecia confuso, mas estávamos percebendo que ela realmente se sentia em muitos lugares.

Vemos como o funcionamento do dispositivo está em relação com o desempenho do manejo cogestivo do moderador no grupo. Um manejo bem sucedido gera grupalidade, inclusão de outros pontos de vista e compartilhamento desta atitude inclusiva. Em um encontro marcadamente difícil, uma usuária faz repetidas “solicitações pela medicação do dia seguinte”:

E. [usuária] ignora o grupo, referindo-se diretamente a mim [moderadora do grupo] ou à enfermeira. Procuro fazer com que o grupo compartilhe da experiência de E. Por outro lado, a enfermeira assume uma posição de neutralizar a perturbação causada pela usuária, pois os outros participantes mostram-se incomodados e não se dispõem a ouvi-la.

O moderador do grupo explicita na narrativa do encontro sua dificuldade: “eu fico dividida entre escutar *E.* e mediar outras conversas”. Vemos esta atitude de sustentar a “divisão” como o desdobramento do manejo cogestivo, na medida em que prepara a decisão tomada na sequência: o moderador assume a possibilidade de se ausentar momentaneamente do grupo e acolher *E.* em outro lugar. O grupo segue com a enfermeira assumindo parte da responsabilidade de sua condução, ao lado dos outros pesquisadores. É possível perceber ressonância deste manejo depois, quando a enfermeira procura o moderador do grupo após encerrar-se o encontro e comenta que não tinha pensado na possibilidade de sair com *E.*, mas que achara uma boa ideia. “Falou que numa outra ocasião eu [moderador do grupo] poderia pedir que ela mesma fizesse isso”. Este reposicionamento da enfermeira demonstra a emergência de uma grupalidade a partir do manejo cogestivo que age sobre os próprios trabalhadores da saúde, apontando potencialidades importantes da estratégia GAM para a mudança da postura profissional.

Para alguns, a experiência com a GAM tornou possível discernir aspectos de sua experiência que antes poderiam passar despercebidos. Em um grupo GAM, uma usuária relatou o sono profundo que sentira às tardes, durante alguns dias. Disse que estranhara o fato e que buscou conversar com a enfermeira e com a médica para reclamar de um erro na entrega dos remédios. A enfermeira, sem descartar a possibilidade de

ter havido algum erro na dispensação, alegou que seu sono poderia também estar relacionado com o fato de ela não estar bem naquele momento, ou mesmo de ela ter trocado os medicamentos do dia pelos da noite. Por fim, admitiu que houvera um erro na dispensação de medicamento para a usuária. Esta reconheceu que a GAM lhe ajudou a perceber a sonolência em horários inabituais, levando-a a procurar as técnicas para tratar disto.

O grupo GAM visava promover o protagonismo dos usuários numa atitude cogestiva. Em um trecho do diário de campo, percebe-se que tal atitude não é algo trivial:

O usuário (...) tinha ido falar com o seu médico a respeito de seus remédios, e a partir dessa conversa um dos medicamentos foi tirado. O grupo questiona por que (...), mas ele não sabia responder. Apenas dizia que o médico tinha tirado um remédio, que ele tinha achado bacana e que o médico tinha dito para não se preocupar. (...) O grupo tentava entender que sentido isso tivera para ele, questionando-o e cobrando que se informasse a respeito: por que a retirada do medicamento?

Neste encontro, o grupo GAM pôde gerar reflexão sobre aquilo mesmo que almejava, isto é, a cogestão. O que o dispositivo GAM questiona aí é o funcionamento heteronômico sob a aparência da autonomia. A grupalidade gerada incita a um reposicionamento do usuário, incentivando-o a procurar pelo motivo da alteração da medicação, mas também pelo sentido do compartilhamento. O grupo recusa o automatismo, a “evidência” da cogestão. É o que atesta, igualmente, o seguinte relato dialogado:

Usuário 1: “... ontem, quando eu vim aqui eu perguntei sobre a minha medicação. Antes eu agia muito na base do impulso, hoje não, eu sento e converso. (...) antes eu não fazia. Eu tinha medo de tomar um xingão.”

Usuário 2: “tu te sente melhor com esse caderno, né.”

Pesquisador 1: “agora, o guia tem muitas perguntas.”

Pesquisador 2: “é, e quem dá as respostas?”

Usuário 3: “nós.”

Usuário 4: “mas são perguntas bem simples, né.”

Pesquisador 2: “mas, no grupo, a gente aprende só com o guia?”

Usuário 4: “não, com a troca de experiências também.”

Por se tratar de um estudo qualitativo, identificamos alguns limitadores: a ausência de experiências semelhantes a este estudo multicêntrico, no Brasil, e a impossibilidade de incluir um campo na região norte/nordeste, para abranger as diferenças locorregionais, políticas e culturais que compõem a pluralidade do território brasileiro. Destacamos também que a participação de médicos psiquiatras e residentes de psiquiatria e de saúde mental foi menor que o planejado, considerando as dificuldades de conjugar os cronogramas, tanto da pesquisa quanto dos programas de residência e agenda médica. Esses limitadores não impediram a análise da prática de cogestão presente nesses espaços, tal como levada a efeito neste artigo.

Considerações finais: pesquisa e clínica em cogestão

O trabalho grupal com o Guia GAM levou-nos a uma composição entre os saberes dos usuários, dos pesquisadores e das equipes dos serviços, configurando uma gestão compartilhada da pesquisa e do cuidado. A prática de cogestão impulsionou pesquisadores, trabalhadores e usuários a um esforço comum de formulação de estratégias que diziam respeito ao curso da pesquisa, à direção do projeto terapêutico dos usuários e à gestão do trabalho. Pesquisa, clínica e gestão, ainda que domínios distintos, não foram experimentados como separados no processo de adaptação do Guia GAM-BR. Durante a investigação, experimentamos as zonas de fronteira entre um e outro desses domínios, cujos limites muitas vezes se tornavam indiscerníveis, requerendo um trabalho comum de compartilhamento e acompanhamento mútuo das ações, modulando o sentido de autonomia, experimentada como coletiva, e o de cogestão como gestão distribuída e compartilhada lado a lado entre os diferentes atores do processo.

Referências

- Baremblytt, G. (1994). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Campos, G.W.S. (1994). A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. Em Campos, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (2000). *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G.W.S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 12(10), 1865-1874.
- Campos, G.W.S. & Onocko Campos, R. (2005). Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In Campos, G. W. S. et al (Eds). *Tratado de Saúde pública* (pp. 86-107). São Paulo: Hucitec.
- Foucault, M. (1978). A governamentalidade. Em *Microfísica do poder* (pp. 163-172). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In RABINOW, P & DREYFUS, H. *Michel Foucault – uma trajetória filosófica* (p. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *A hermenêutica do sujeito* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Kinoshita, R. T. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em Pitta A (Ed.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (p. 55-59). São Paulo: Hucitec.
- Kinoshita, R. T. (2001). *O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. Tese de doutorado, PPG em Saúde Coletiva. Unicamp, Campinas, SP, Brasil.

- Lapassade, G. (1977). *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Lapassade, G. (2007). René Lourau pedagogo, *Mnemosine*, 3(2), 164-171.
- Lourau, R. (1993). *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Lourau, R. (2004). A análise institucional no Estado. Em Altoé, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec.
- Maturana, H. E. & Varela, F. (1980). *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Maturana, H. E. & Varela, F. (1995). *A árvore do conhecimento*. Campinas: Editorial Psy.
- Merhy, E. E. et al. (1997). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. Em Merhy, E.E. & Onocko, R., (Orgs). *Agir em Saúde: um desafio para o público* (p.71-112). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para modelos técnico-assistenciais, *Saúde em Debate*, 27(1), 316-323.
- Onocko, R. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. Em Campos, G.W.S. *Saúde Paidéia* (p.122-149). São Paulo: Hucitec.
- Onocko-Campos, R., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E., Serpa, O., Marques, C., Gonçalves, L. L., Santos, D., Surjus, L. T., Arantes, R. L., Emerich, B., Otanari, T. M. C. & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da medicação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 967-980.
- Passos, E., Palombini, A. L. & Onocko-Campos, R. (2013) . Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(2), 4-17.

Recebido em março de 2014

Aceito em maio de 2014

Eduardo Passos: Doutor em Psicologia, docente da Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Analice de Lima Palombini: Doutora em Saúde Coletiva, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social.

Rosana Onocko Campos: Doutora em Saúde Coletiva, docente da Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Sandro Eduardo Rodrigues: Doutorando na Universidade Federal Fluminense.

Jorge Melo: Doutorando na Universidade Federal Fluminense.

Paula Milward Maggi: Bolsista de Iniciação Científica na Universidade Federal Fluminense.

Cecília de Castro e Marques: Mestra pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Livia Zanchet: Mestra pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Michele da Rocha Cervo: Doutoranda na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docente da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná.

Bruno Emerich: Mestre pela Universidade Estadual de Campinas.

Endereço para contato: e.passos@superig.com.br