



A Gestão Autônoma da Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio

Autonomous Management of Medication and the Support-research device

Gestión Autónoma de la Medicación y el dispositivo de la Investigación-apoyo

Eduardo Passos

Letícia Renault

Thaís de Sá Mello

Lorena Rodrigues Guerini

Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Este artigo discute uma inovação da pesquisa-intervenção participativa na abordagem da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): a criação de uma etapa que nomeamos “Pesquisa-apoio”. Tal etapa se inspirou nos conceitos-ferramenta de Apoio Matricial e Apoio Institucional, instrumentos no campo brasileiro da saúde coletiva voltados à democratização dos serviços, à troca de experiências e saberes entre trabalhadores e à cogestão. A Pesquisa-apoio teve objetivos semelhantes no serviço de saúde mental onde se realizou, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); contudo, diferentemente daqueles instrumentos, ela inclui em seu dispositivo os usuários dos serviços e seus familiares, ao invés de incluir apenas os trabalhadores. A Pesquisa-apoio permite contribuir com o debate sobre apoio no campo da saúde e ampliar a discussão sobre os dispositivos GAM. Em continuidade com os princípios da GAM, a Pesquisa-apoio permitiu aprofundar a participação dos usuários nos processos cogestivos, reforçando sua parceria com os trabalhadores e expandindo sua autonomia.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Apoio Institucional; Gestão Autônoma da Medicação (GAM); Pesquisa-Intervenção; Saúde Mental.

Abstract

This article discusses an innovation of the participative intervention-research in the Autonomous Management of Medication (GAM) approach: the creation of a phase that we call “Support-research”. The Support-research was inspired by the concepts/tools of Matrix Support and Institutional Support, instruments in the Brazilian collective health field aiming at democratizing services, sharing experiences and knowledge between workers and promoting co-management. The Support-research had similar objectives in the mental health service where it took place, in a Centre for Psychosocial Attention (CAPS); however, unlike those instruments, it had included users of the service and their family members in the support device. The Support-research contributes to the debate about support in health services and to

extend the discussion about GAM devices. In line with GAM principles, the Support-research allowed users to deepen their participation in co-managed processes, strengthen their partnership with workers and expand their autonomy.

Keywords: Matrix Support; Institutional Support; Autonomous Management of Medication (GAM); Intervention-Research; Mental Health.

Resumen

Este artículo discute una innovación de la investigación-intervención participativa en el abordaje de la Gestión Autónoma de la Medicación (GAM): la creación de una fase que llamamos “Investigación-apoyo”. La Investigación-apoyo se inspiró en los conceptos-herramienta de Apoyo Matricial y Apoyo Institucional, instrumentos en el campo brasileño de la salud colectiva dirigidos a la democratización de los servicios, al intercambio de experiencias y saberes entre trabajadores y la cogestión. La Investigación-apoyo tuvo objetivos similares en el servicio de salud mental donde se realizó, un Centro de Atención Psicosocial (CAPS); sin embargo, se diferenció de aquellos instrumentos por incluir en su dispositivo a los usuarios de los servicios y sus familiares, en vez de incluir sólo a los trabajadores. La Investigación-apoyo permite contribuir con el debate sobre apoyo en el campo de la salud y ampliar la discusión sobre los dispositivos GAM. En continuidad con los principios de la GAM, la Investigación-apoyo permitió profundizar la participación de los usuarios en los procesos cogestivos, reforzando su asociación con los trabajadores y expandiendo su autonomía.

Palabras clave: Apoyo Matricial; Apoyo Institucional; Gestión Autónoma de la Medicación (GAM); Investigación de la Intervención; Salud Mental.

A Gestão Autônoma da Medicação e o dispositivo da Pesquisa-apoio

Neste artigo, discutiremos uma inflexão da pesquisa-intervenção participativa realizada na abordagem da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), a qual denominamos Pesquisa-apoio. Esta denominação se refere aos conceitos de Apoio Matricial e Apoio Institucional, mas a Pesquisa-apoio possui especificidades de que trataremos ao longo do texto, ligadas tanto à abordagem da GAM quanto ao seu compromisso com a produção de

conhecimento. O Apoio Matricial e o Apoio Institucional são ferramentas úteis à atenção e à gestão dos serviços de saúde, com os objetivos de promover a troca de saberes e experiências entre os trabalhadores, fortalecer a democratização das instituições e gerar corresponsabilização. São instrumentos voltados aos trabalhadores dos serviços, no contexto de suas práticas de trabalho. No caso da Pesquisa-apoio, usuários dos serviços e seus familiares foram incluídos no processo e, para além da indissociabilidade entre atenção e gestão,

ganhou evidência também a indissociabilidade entre intervenção, cuidado e produção de conhecimento. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma abordagem de origem canadense que visa a discutir criticamente o uso de medicamentos Psiquiátricos no tratamentos em saúde mental, promovendo a ampliação da autonomia dos usuários. Como um movimento social iniciado por associações de usuários¹ e em prol de sua cidadania, a GAM permite fortalecer a negociação com as equipes de saúde, questionando uma abordagem exclusivamente biomédica do tratamento. No Brasil, esta abordagem ganhou espaço nos serviços de saúde mental graças à atuação das universidades brasileiras. Com um projeto multicêntrico (Unicamp, UFRGS, UFRJ, UFF) em parceria com a Universidade de Montreal, promoveu-se a tradução, adaptação e validação do instrumento utilizado nesta abordagem, o Guia GAM (GGAM)², por meio de uma pesquisa-intervenção participativa. O processo de Pesquisa-apoio se deu em um desses campos de pesquisa, no município de São Pedro da Aldeia, no Estado do Rio de Janeiro, onde fora realizada a validação do GGAM junto a usuários, familiares e trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A GAM em São Pedro da Aldeia: a Saída dos Pesquisadores Universitários do Campo e os Riscos do Vetor Substitutivo

Desde que importamos da experiência canadense a Gestão Autônoma da Medicação através do projeto multicêntrico de pesquisa, em 2009, até o ano de 2014, data do fim da Aliança Internacional (ARUCI-SMC) (Onocko Campos et al., 2012), traçamos um percurso metodológico que pode ser dividido em três fases: a primeira, de tradução e adaptação do GGAM à realidade brasileira; a segunda, de validação do GGAM e a terceira, de Apoio à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de São Pedro da Aldeia/RJ.

Como desdobramento da fase de validação do GGAM, constatamos a necessidade de apoiar a continuidade dos processos de autonomização coletiva iniciados, através de nossa participação nos espaços coletivos de discussão que os trabalhadores da rede desejavam construir e também através do pedido dos trabalhadores do CAPS Casarão da Saúde em São Pedro da Aldeia para que os auxiliássemos a dar continuidade ao Grupo de Intervenção com Usuários (GIU) e ao Grupo de Intervenção com Familiares (GIF) da pesquisa, a fim de cuidar dos efeitos disparados pela mesma. A

implantação da estratégia GAM no serviço se fez através da organização de grupos de intervenção com usuários e trabalhadores (GIU) e de familiares e trabalhadores (GIF), que aconteciam semanalmente, nos quais se lia o GGAM e se discutia temas como: prescrições de psicofármacos, seus efeitos colaterais, direito dos usuários dos serviços de saúde, rede de apoio etc. Visávamos o fomento do protagonismo dos usuários e familiares e a contração de grupalidade (Melo, Schaeppi, Soares & Passos, 2015) que exercita sua autonomia no que se refere à experiência do uso de medicamentos psiquiátricos. Entendemos a partir da experiência de campo que a GAM, como estratégia na saúde mental que visa a gerar partilha de experiência, protagonismo distribuído, lateralização entre usuários, trabalhadores e familiares e, sobretudo, contração de autonomia coletiva, é desde o início apoio ao processo de produção de saúde. O manejo cogestivo do GIU e GIF deve ser entendido em sua função de apoio. Embora tenhamos designado a terceira fase de Pesquisa-apoio, compreendemos que a função de apoio estava presente desde a implantação do dispositivo GAM no serviço. O que caracterizou a fase de apoio da pesquisa foi a saída dos pesquisadores universitários dos grupos de intervenção (GIU e GIF) depois de dois anos de moderação dos grupos na fase de implantação e validação

do dispositivo GAM e do GGAM. Essa experiência da saída colocou em questão o que identificamos como vetor substitutivo muito presente no CAPS, definido na rede de saúde mental como “serviço substitutivo”. A pesquisa verificou que sua presença no cotidiano do serviço se agenciava à experiência de sobrecarga e de regime constante de urgência vivida pelos trabalhadores do CAPS. Com frequência, responsabilidades da equipe do serviço eram transferidas aos pesquisadores universitários, que se sentiam levados a substituir os trabalhadores em várias atividades. Outras vezes, os pesquisadores universitários acabavam por assumir tais responsabilidades por terem dificuldade em dialogar com equipe, que não necessariamente partilhava de saída do mesmo entusiasmo pela GAM. De todo modo, tal vetor substitutivo gerava uma dificuldade para a saída dos pesquisadores universitários do campo. A necessidade de construção de uma saída progressiva do campo nos levou à terceira e última fase da pesquisa: a fase da Pesquisa-apoio.

Chamamos de vetor substitutivo presente no CAPS a dinâmica institucional de transferência de responsabilidade de um profissional a outro da equipe, de um equipamento a outro da rede de atenção à saúde, de um serviço a outro da rede intersetorial. A substituição ganha um sentido generalizado que pode

comprometer a própria dinâmica da rede de saúde, cuja heterogeneidade de atores (os nós da rede) pressupõe especificidades e não necessariamente especialismos, co-responsabilidade e não necessariamente culpabilização, autonomia e não necessariamente independência dos seus termos. Substitui-se o manicômio quando conseguimos uma rede de conexões ágeis e de pactuações efetivas no cuidado em saúde mental. Mais do que um serviço substitutivo, a reforma psiquiátrica precisa de uma rede substitutiva que tome para si o mandato social do cuidado em saúde mental. Rede substitutiva que conjura, portanto, o que identificamos como vetor substitutivo que também se expressava como um perigo da própria pesquisa substituir funções e tarefas da equipe e do serviço.

Entendemos que nossa inserção na rede havia produzido uma demanda de apoio expressa através do pedido dos trabalhadores da rede para que participássemos de um Fórum e do pedido dos trabalhadores do CAPS para que participássemos dos Grupos de Intervenção que continuariam a funcionar após a conclusão da pesquisa de campo – a GAM tornava-se um dispositivo incorporado ao CAPS.

Decidimos então ofertar Apoio (inspirados nos conceitos de Apoio Institucional e Matricial) à Rede de

Atenção Psicossocial do município de São Pedro da Aldeia, através da construção de um projeto³ que previu a oferta de ambas as modalidades de Apoio durante o período que abrange o segundo semestre de 2013 até o primeiro semestre de 2014. Essa fase da Pesquisa-apoio foi, portanto, fortemente influenciada pelo debate sobre a noção de apoio no campo da saúde, em especial no campo da saúde coletiva. Ao discutirmos as especificidades da Pesquisa-apoio, buscamos contribuir com este debate, aprofundando reflexões e práticas acerca da indissociabilidade entre atenção e gestão. Considerando a participação dos usuários e familiares ao lado dos trabalhadores na Pesquisa-apoio e o papel desta fase da pesquisa-intervenção no fortalecimento da autonomia no uso e prescrição de psicofármacos, chamamos também essa fase de Apoio GAM.

Apoio Matricial, Apoio Institucional e Pesquisa-apoio

Após a saída dos pesquisadores acadêmicos do GIU e do GIF com o encerramento da segunda fase da pesquisa, os grupos continuaram a acontecer no CAPS de São Pedro da Aldeia. Para garantir a consolidação destes grupos, uma estratégia adotada foi a construção da função de monitoria. Dentre os integrantes do GIU foram escolhidos dois usuários e

dentre os integrantes do GIF duas familiares que já tinham passado pela experiência grupal com a GAM e que se destacaram ao longo do processo da pesquisa compartilhando o manejo dos grupos junto com os pesquisadores acadêmicos e trabalhadores.

Na montagem do dispositivo de Apoio convidamos inicialmente as trabalhadoras que participavam do GIU e no GIF, e posteriormente os monitores de ambos os grupos. O conceito de Apoio Matricial foi, neste primeiro momento, o orientador da construção deste novo dispositivo da pesquisa-intervenção GAM.

O conceito de Apoio Matricial surge a partir de uma ampla discussão que diz respeito à indissociabilidade entre atenção e gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Proposto por Campos (2000), tal conceito é parte integrante de uma metodologia que visa a alterar os mecanismos tradicionais de gestão no campo da saúde, construindo espaços de compartilhamento das discussões e decisões gerenciais de modo a alterar as relações de poder no processo de produção de saúde.

O método de Apoio visa à descentralização da gestão e à democratização institucional. O desafio é o da cogestão nas práticas de saúde: todo trabalhador gera e gere seu processo de trabalho (Onocko, 2003). Fazer gestão de

coletivos articulados em torno de um trabalho comum é necessariamente fazer gestão de maneira compartilhada. Isso significa dizer que a gestão de coletivos pode ser realizada no coletivo e pelo próprio coletivo.

O principal objetivo desse método é reformular os tradicionais mecanismos de gestão para realizar em equipe a coordenação, o planejamento, a supervisão e a avaliação do processo de trabalho de maneira participativa e compartilhada (Campos, 2000). A racionalidade gerencial hegemônica, com seus efeitos centralizadores e segregadores, dá lugar a um modo de fazer gestão que inclui os diferentes atores envolvidos no processo de trabalho em saúde. Isso significa que os gestores precisam sair do lugar de comando e que os trabalhadores precisam sair do lugar de meros executores de protocolos que lhes são alheios, para ocuparem, ambos, um novo lugar, a partir do qual se corresponsabilizam pelo trabalho que é executado. Cogestão pressupõe, então, reposicionamento subjetivo, o que indica para nós a inseparabilidade entre o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividade, assim como a inseparabilidade entre modo de cuidar e modo de gerir, entre clínica e política (Passos & Barros, 2004, Barros & Passos, 2005). Sem dúvida essa não é uma tarefa

simples e não tem acontecido de maneira natural ou espontânea nos serviços de saúde. Como colocar a cogestão em prática?

A inspiração teórico-política de Campos é materialista histórica ao tomar o processo de trabalho em sua finalidade - produção de bens e serviços para a sociedade. No caso do SUS, tais bens e serviços são: a produção de cuidado em saúde, a reprodução ou manutenção da própria organização e a produção de subjetividade dos próprios trabalhadores e dos usuários. Cada uma dessas finalidades tem a ela acoplada uma dimensão das relações entre os homens: cognitiva, política e afetiva, respectivamente. Atento a essa tríplice finalidade do processo de trabalho e às três dimensões que ela envolve, Campos (2000, Campos, Figueiredo, Pereira Júnior & Castro, 2014) dá ênfase – o que nos aproxima de sua abordagem – à dimensão subjetiva do processo de trabalho em saúde, criticando a racionalidade gerencial que reproduz formas burocratizadas, protocolares e prescritivas de trabalho, produzindo em consequência o empobrecimento subjetivo e social de trabalhadores e usuários. A dificuldade de incluir a dimensão subjetiva no processo de trabalho evidencia um posicionamento ético e político, um desejo de produzir separação onde existe conexão. Separar planejadores e executores, atenção

e gestão, clínica e política, é uma aposta política. Se tomarmos como natural essa aposta, não podemos fazer apoio. É preciso apostar em outra direção quando as políticas públicas de saúde experimentam as exigências de democratização do processo de produção de saúde e de subjetividade.

Para apoiar a cogestão da produção de bens de saúde, serviços, instituições, saberes e subjetividades, precisaremos ser apoiados e cogerir a produção de nós mesmos em meio a esse processo, já que não é possível nos engajarmos em processos de produção de subjetividade sem colocarmos-nos em jogo. Daí a complexidade e delicadeza do método. É preciso nos inserirmos em um processo de produção que produz a nós mesmos: eis a dimensão paradoxal do método. É nesse sentido que podemos afirmar que para apoiar, é preciso ser apoiado. Essa experiência demanda confiança. O método se faz em roda operando por causalidade circular, autopoietica, como diriam Maturana e Varela (1980, 1995). Em tal roda, o apoiador e o apoiado se posicionam numa dinâmica criativa em que a diferença entre os termos não pressupõe a sua separação hierárquica ou mesmo funcional: a função de apoio só se cumpre efetivamente na medida em que a posição inicial entre os termos (apoiador e apoiado) se dissolve na roda. O apoio se dá de

maneira participativa, distributiva e multiplicadora, isto é, o apoio gera apoio, contraindo uma grupalidade que se apóia.

O trabalho do apoio exige a promoção de articulações, agenciamentos, alianças entre diferentes sujeitos, diferentes saberes e diferentes relações de poder para disparar processos de cogestão. As noções de Apoio Institucional e Apoio Matricial (Campos, 2000) expressam, ambas, modos de fazer análise e cogestão de coletivos organizados para a produção de saúde, mas partem de pontos de vista distintos. O Apoio Institucional é uma função gerencial cogestiva usada nas relações entre serviços, gestores e trabalhadores tendo como objeto o campo da saúde na perspectiva do que há de comum entre os saberes dos profissionais de saúde. Esse comum do campo da saúde se expressa em aspectos do processo de trabalho não específicos dos diferentes saberes que coexistem nesse campo. Promover a gestão colegiada, fomentar a ouvidoria nos serviços de saúde, pactuar contratos de gestão na rede de saúde, facilitar a contração de fórum de trabalhadores e de associação de usuários e familiares são atividades do campo a serem apoiadas institucionalmente.

O apoio é institucional não porque se dê em instituições – o que seria um truísmo na definição do conceito – mas porque visa processos de

institucionalização, na acepção dada ao termo pelos analistas institucionais (Lourau, 2004, Hess & Savoye, 1993), isto é, coloca em análise as formas instituídas das práticas de saúde e acessa processos instituintes para disparar mudanças institucionais.

Já o Apoio Matricial visa o modo de trabalhar em rede entre profissionais que compõem as equipes de saúde. O apoio, nesse sentido, está estreitamente próximo da prática da clínica, do cuidado direto com o usuário e utilizando um núcleo de saber específico que qualifica as práticas de saúde. O Apoio Matricial supõe uma lógica de produção na qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores (Brasil, 2004, 2012, 2013). Aqui, a intervenção do apoio se faz através de uma matriz de saber que parte de um núcleo especialista na direção de um campo para o compartilhamento de um modo de fazer e de entender os problemas em saúde. Por isso, o Apoio Matricial serviu de orientação à montagem do dispositivo da Pesquisa-apoio, pois havia uma matriz de saber própria à GAM, a ser apropriada e compartilhada pelos trabalhadores, usuários e familiares com a saída dos pesquisadores universitários do campo. O Apoio Matricial está voltado à qualificação da atenção em saúde e pretende garantir uma retaguarda

especializada às equipes, modificando a crescente lógica de encaminhamentos para profissionais especialistas e construindo corresponsabilização. Sabemos que a gestão e a clínica não operam de maneira isolada, e isso faz com que possamos afirmar que todo Apoio Matricial é uma forma de Apoio Institucional. Porém o contrário não é verdadeiro, e as especificidades do Apoio Matricial não nos permitem afirmar que todo Apoio Institucional é também Apoio Matricial. O que diferencia as duas modalidades de apoio é a relação que vão estabelecer com um saber especializado.

A ideia do Apoio Matricial é fazer com os profissionais da equipe de referência e não fazer para eles, ou no lugar deles – daí novamente o perigo do vetor substitutivo. A dimensão técnico-pedagógica do Apoio Matricial só funciona se promove cogestão do processo de aprendizado e cuidado, por isso a tarefa do apoiador não é ensinar aos profissionais que, supostamente, deveriam aprender de maneira passiva, mas sim construir conhecimento com eles em meio à prática concreta de trabalho das equipes de referência, valorizando também o saber de cada profissional e trocando experiências.

A pesquisa GAM, além da implementação do dispositivo de Gestão Autônoma da Medicação no CAPS de São Pedro da Aldeia, desdobrou-se então em

um novo dispositivo, a Pesquisa-apoio, inspirada em uma matriz de saber específica – a GAM e sua valorização da cogestão, da autonomia coletiva, da valorização do protagonismo do usuário e de seu saber experiencial acerca do uso de psicofármacos. Embora baseada em uma matriz específica, a Pesquisa-apoio incluiu no dispositivo os usuários e familiares moderadores dos GIs, diferenciando-se do Apoio Matricial, voltado a trabalhadores.

A face institucional da Pesquisa-apoio (com sua inspiração no Apoio Institucional) se tornou mais evidente ao disparar e acompanhar o processo de criação da Associação de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia e do Fórum de trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial do município.

Assim, a terceira fase da pesquisa GAM nos permitiu traduzir a noção de Apoio Matricial, partindo da nossa matriz de trabalho: a estratégia GAM, com seus dispositivos grupais e sua ferramenta, o GGAM. Um aspecto importante dessa tradução foi a realização do apoio por pesquisadores acadêmicos e a inclusão de usuários e familiares nos dispositivos de apoio. Tal inclusão foi uma inovação da pesquisa-intervenção GAM, pois tanto o Apoio Institucional quanto o Apoio Matricial foram concebidos para o trabalho com os profissionais das equipes de saúde. A participação dos monitores dos GIs na

discussão acerca dos processos de trabalho acentuou a aposta na indissociabilidade entre atenção e gestão, presente nos Apoios Matricial e Institucional; ao mesmo tempo, essa participação fortaleceu a aposta da própria GAM, ampliando a cogestão e o protagonismo de usuários e familiares. A Pesquisa-apoio prolongava a intervenção dos demais dispositivos GAM, entrelaçando cuidado e produção de conhecimento.

Entendíamos que a experiência de parceria universidade/serviço de saúde efetivava um processo de produção de conhecimento inseparável da intervenção sobre a realidade do processo de produção de saúde, contando com a participação dos diferentes atores envolvidos. Entendíamos na prática o sentido de uma pesquisa-intervenção participativa (Kastrup & Passos, 2014). Com a GAM, percebemos que os usuários e seus familiares também podem apoiar os trabalhadores. Mas isso quer dizer que devemos deixar de lado a especificidade da inserção do usuário e do familiar nos serviços de saúde, passando a tratá-los como trabalhadores? De maneira nenhuma. A aposta consiste em afirmar a diferença de inserção desses atores ao mesmo tempo em que afirma também a necessidade de construir projetos em comum. Esse modo de fazer participativo⁴ que lateraliza pesquisadores universitários, pesquisadores trabalhadores, pesquisadores

usuários e pesquisadores familiares – pois a pesquisa participativa em sua radicalidade desloca os participantes da posição de objeto para a posição de sujeito do conhecimento – permitiu que a estratégia GAM pudesse modular o funcionamento de seu dispositivo (os grupos de intervenção GAM) e o uso da sua ferramenta (GGAM). A experiência participativa gerou desvios no “modo de fazer GAM” que se mantinha em um mínimo prescritivo. A GAM ganhava inflexão singular na continuidade da estratégia agora conduzida no serviço e pelo serviço. Matriciar tal experiência significou, portanto, não propriamente apresentar a matriz originária da GAM, tal como a havíamos formulado na fase de sua adaptação à realidade brasileira (de 2009 a 2012), mas sobretudo acompanhar o processo de modulação ou readaptação da GAM à realidade local de seu uso. Matriciar foi garantir a continuidade do processo de geração da matriz, incluindo novos temas, novas perguntas ao guia, novas formas de moderação no dispositivo.

No apoio GAM, a matriz é menos definida pelo conteúdo programático de um núcleo de saber disciplinar e mais pelo modo de operar cogestivo, interventivo e participativo que faz circular a experiência mais do que um saber. A contribuição da pesquisa GAM é o matriciamento de usuários e familiares seja no próprio

manejo cogestivo⁵ nos grupos de intervenção em que os pesquisadores universitários estão presentes, seja mais especificamente no matriciamento dos monitores na fase da Pesquisa-apoio quando os pesquisadores universitários já não integram os GIU e GIF, mas se encontram quinzenalmente com os moderadores dos grupos de intervenção. Nesse sentido, o apoio se torna uma ferramenta na qual o limite entre gestão e atenção fica indefinido, pois apoiar o processo de trabalho com a diretriz da participação e da autonomia coletiva produz efeitos clínicos, na medida em que promove a inclusão dos usuários e familiares. No campo da saúde mental, orientado pelos valores da reforma psiquiátrica, tais efeitos clínicos dizem respeito justamente ao modelo de atenção.

A Experiência do Apoio GAM

Os trechos em itálico a seguir são extraídos da narrativa⁶ de um dos encontros da Pesquisa-apoio, que ocorriam quinzenalmente no CAPS. Trata-se da narrativa que lemos juntos em nosso penúltimo encontro do grupo de Pesquisa-apoio. A narrativa foi escrita pelas duas pesquisadoras da UFF e submetida à avaliação das trabalhadoras e dos monitores usuários. A partir dos trechos

selecionados, destacamos e comentamos as especificidades do apoio na GAM.

São Pedro da Aldeia, 10 de junho de 2014. Hoje estamos chegando ao fim de um trabalho que começou em maio de 2013, a partir do qual tivemos treze encontros para apoiar o desenvolvimento dos grupos GAM com usuários e com familiares no CAPS em São Pedro da Aldeia. Depois de dois anos de implantação do dispositivo GAM no CAPS Casarão da Saúde em São Pedro da Aldeia, iniciamos a fase de apoio à continuidade do dispositivo agora sem a sua moderação feita por pesquisadores da UFF. Inicialmente estávamos reunidas, nessa fase de apoio, duas pesquisadoras da UFF e três pesquisadoras trabalhadoras do CAPS. Ao longo dos encontros percebemos a necessidade de incluir os dois pesquisadores usuários que ocupam a função de monitores no grupo GAM e também as duas pesquisadoras monitoras do grupo de familiares. A inclusão das monitoras familiares foi dificultada pelo horário dessa nossa reunião, que aconteceu sempre das onze às treze horas, horário em que as familiares geralmente estão ocupadas com as tarefas domésticas. Já a inclusão dos monitores usuários aconteceu de modo bastante interessante porque decidimos convidar Mateus e Ana Marcia⁷ quase ao mesmo tempo em que Mateus aparecia na janela da sala e perguntava se não era pra eles estarem nessa reunião em que falamos de GAM!

Em nossas primeiras reuniões conversamos muito sobre as novas estratégias que as trabalhadoras vinham

usando com o GGAM: dinâmicas, desenhos e dramatizações iam compondo a experiência do grupo, ao lado da leitura do guia. Esse novo modo de trabalhar com o guia permitiu, aos usuários que apresentam dificuldade de se expressar pela via da linguagem, que utilizassem outras formas de expressão, como no caso do desenho que Sara, terapeuta ocupacional do CAPS, propôs no primeiro encontro do grupo, a partir das perguntas do primeiro passo do guia.

Apoiar a continuidade dos GIs representava, portanto, acolher as modificações e adaptações que as trabalhadoras imprimiam no dispositivo GAM e na ferramenta GGAM graças à sua experiência junto aos usuários. Mais do que a transmissão de uma matriz GAM definitiva e protocolar (“O GGAM deve ser lido”), a Pesquisa-apoio acolhia e fomentava novas apropriações (“O GGAM pode ser desenhado ou atuado”).

Repensando o funcionamento dos grupos, percebemos que o planejamento estava sendo feito apenas pelas trabalhadoras. Entendemos que seria importante incluir os monitores nesse processo a fim de realizar um planejamento participativo. Conversamos sobre esse lugar de “espectador/expectador” em que os usuários são colocados quando planejamos as atividades sem a participação deles. Essa conversa sobre o lugar de “expectador” dos usuários nos fez repensar as expectativas que havíamos

criado acerca da participação dos monitores. “É importante construir com eles e não só informar” disse Mônica, psicóloga trabalhadora do CAPS. Entendemos a necessidade de investir nas produções coletivas e enfrentamos as dificuldades dessa aposta na participação de usuários e familiares. Devido à grande carga de trabalho, as profissionais não conseguiam encontrar tempo para sentar com os monitores e conversar sobre a experiência deles, fazendo o planejamento participativo dos grupos GAM. Essas nossas reuniões de apoio tornaram-se então o momento onde pudemos fazer isso juntos.

A Pesquisa-apoio na GAM, diferentemente do que acontece no Apoio Matricial e no Apoio Institucional, viu ser necessário incluir os usuários e os familiares em seu dispositivo. Como um espaço servindo também ao planejamento do trabalho, os encontros destinados ao Apoio demandavam essa participação como forma de ampliar o protagonismo dos usuários e familiares, um dos princípios norteadores da GAM. Assim como os trabalhadores não eram apenas “informados” pela matriz GAM, também os usuários e familiares não eram espectadores/expectadores, mas sujeitos ativos na construção da permanência dos grupos de intervenção no CAPS. Para a Pesquisa-apoio, usuários e familiares eram apoiados e apoiadores: apoiar a GAM era

também apoiá-los em sua autonomia e no fortalecimento da cogestão. Ao mesmo tempo, a GAM dependia da experiência e do empenho dos usuários e familiares para se consolidar no serviço - em outras palavras, dependia de seu apoio.

Ana Márcia e Mateus nos falaram sobre a dificuldade nos grupos de conversar sobre temas como rede de apoio, direitos e autonomia, que geralmente parecem causar silenciamento. Disseram que há participantes “com trava na língua”, mas há um desejo de que eles participem mais, um esforço de estar sempre perguntando: “O que você acha, fulano?”. Mateus diz que o silenciamento se dá porque os participantes pensam antes de falar, refletem, pensam na doença. É preciso “dar um bom tempo”, é preciso haver um tempo entre a pergunta e a resposta para abrir a mente, organizar as ideias. Ele relata que há um esquecimento, uma “confusão da doença”, e que os participantes muitas vezes repetem as respostas porque esquecem. Ainda disse que quando os usuários falam alto é porque não têm espaço para falar e dá também o exemplo de quando o usuário gagueja, dizendo que isto tem a ver com uma “embolação do pensamento”. Segundo Mateus também se fala alto quando não se tem resposta.

Os usuários moderadores dos GIs mostram o entrelaçamento entre apoiar e ser apoiado. Com sua experiência vivida, encarnada, eles podiam orientar o trabalho

de moderação dos grupos GAM, indicando formas melhores de manejar e de realizar a contração de grupalidade. Mostravam, assim, como incluir formas de participação à primeira vista inusitadas. Ao mesmo tempo, ao relatarem suas dificuldades nos encontros da Pesquisa-apoio, sentiam-se apoiados em sua experiência de monitoria e acolhidos em suas maneiras de se expressar.

Outra coisa que saiu do papel foi o projeto da Associação! No grupo de familiares começaram a trabalhar no Estatuto, e surgiram os nomes para compor os diferentes cargos. Nesse processo de empoderamento, vimos que vários movimentos foram disparados no grupo. Os familiares reivindicaram uma reunião com o psiquiatra do CAPS para conhecer melhor as patologias dos usuários, os medicamentos e tirar dúvidas sobre o tratamento. Reivindicaram ainda uma reunião com a coordenadora do CAPS para conhecer melhor os dispositivos da rede, o modo de funcionamento de cada um, tirar dúvidas referentes ao financiamento e ao destino no dinheiro público, etc. Percebemos que esse crescente engajamento dos familiares era também efeito do trabalho com o guia GAM, em parceria com as monitoras e a trabalhadora Mônica, que vem ajudando a fazer todas essas costuras entre o grupo de familiares e a rede. Graças a essa parceria, o trabalho foi avançando cada vez mais, e o grupo foi tendo novas ideias. Criaram um nome, uma sigla, uma logo e

um blog para a ASSAMESPA – Associação de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia – e solicitaram apoio do advogado do Núcleo de Atendimento à Violência Intrafamiliar (NAVI) para finalizar o estatuto.

A Pesquisa-apoio também tinha a função de sustentar movimentos visando à democratização das instituições, ao protagonismo dos usuários e familiares e ao exercício de sua cidadania. Nesse sentido, a Pesquisa-apoio articulava-se de maneira mais explícita ao conceito de Apoio Institucional, desempenhando uma função gerencial de fomento à cogestão. Iniciativas como a realização do Fórum de Trabalhadores ou da construção da Associação de Usuários e Familiares eram cultivadas. Ao mesmo tempo, em uma aproximação com o Apoio Matricial, este cultivo baseava-se na matriz GAM, isto é, no incentivo à autonomia coletiva e à valorização da experiência encarnada de uso dos psicofármacos.

Renata, musicoterapeuta trabalhadora do CAPS, contou da reunião de planejamento do novo grupo GAM com usuários, que estava prestes a recomençar a leitura do guia. Houve uma discussão a respeito de possíveis nomes para o grupo, e propuseram uma votação. Alguns participantes gostariam que o nome do grupo fosse “Terapia da GAM”. Eles discutiram, então, se o grupo GAM é um grupo terapêutico, e chegou-se à

conclusão de que não é terapia, mas tem efeitos terapêuticos. Renata conta que vê nesse grupo uma demanda por formação de grupo terapêutico, que eles chamaram de “roda de terapia”. Há uma reivindicação por um espaço desse tipo, separado do grupo GAM. O grupo decidiu que deve continuar com o nome “Grupo GAM”. Mateus e Ana Márcia se lembraram de suas experiências no primeiro grupo que aconteceu no CAPS com Jorge, Sandro e Paula, pesquisadores universitários da UFF, moderadores do primeiro GI no CAPS. Mateus diz que os pesquisadores da UFF falavam “de dentro da doença, mas civilizado!”. Perguntamos como isso se dava e Mateus diz que Jorge perguntava o que eles estavam sentindo, e eles falavam das sensações no grupo. Ana Márcia se lembra de quando teve raiva, quando estava mal, ela rasgou o guia GAM. Jorge perguntou o porquê, e ela disse que não sabia. Ele pediu que ela levasse o guia mesmo rasgado, e isso foi importante pra ela. Falar das sensações, ser reconhecido, ter sua experiência legitimada pelo grupo, e poder compartilhar dificuldades parecem ser indicações valiosas para o bom funcionamento dos grupos.

Além de ajudar no planejamento de novos grupos GAM, a Pesquisa-apoio também tinha a função de identificar e analisar aspectos relevantes da experiência GAM já vivida pelos usuários, familiares e trabalhadores nos GIs. Com isso era possível extrair e consolidar indicadores da “matriz GAM”, como no trecho acima, em

que o compartilhamento da experiência surge como condição da contração de grupalidade e da cogestão. Aqui, o manejo dos grupos permitiu, coletivamente, dar novo sentido a experiências de raiva, por exemplo. Além disso, a Pesquisa-apoio evidenciava a inseparabilidade entre atenção e gestão, entre cuidado e produção de conhecimento. Esta inseparabilidade não anulava as especificidades (“o grupo GAM não era um grupo terapêutico”), mas ressaltava o entrelaçamento entre as diferentes dimensões da GAM, isto é, entre pesquisa e intervenção (“A GAM possui efeitos terapêuticos”). A produção de conhecimento na pesquisa não se separava do cuidado. Por fim, a Pesquisa-apoio procurava, ainda, uma vez mais conjurar os riscos do vetor substitutivo, no caso, de um dispositivo por outro (a terapia em grupo pelo GI GAM).

Ana Márcia observou que quem tem transtorno mental tem “uma visão além”, uma sensibilidade, um cuidado com o outro que permite olhar e saber que o outro está triste ou nervoso. Renata e Mônica falaram que este olhar dos usuários é importante para o trabalho no CAPS, pois eles colocam os detalhes em evidência para os trabalhadores, detalhes que, na correria, nas urgências do cotidiano de trabalho, passam despercebidos. (...) Entendemos que, para enfrentar a confusão cotidiana, os trabalhadores precisam da ajuda dos

usuários para que fiquem mais atentos. Mateus nos ajudou a perceber que o transtorno não é só mental, mas é transtorno do CAPS também. Nossa tarefa juntos foi inventar novas estratégias para lidar com esses transtornos.

A especificidade da Pesquisa-apoio, que conta com a participação de usuários e familiares, traz uma contribuição ao debate no campo da saúde fomentado pelos conceitos e pela prática do Apoio Matricial e do Apoio Institucional. Acentuando a inseparabilidade entre atenção e gestão, a Pesquisa-apoio resalta o protagonismo dos usuários na cogestão não apenas de seus próprios tratamentos, mas também dos serviços e da rede. Apoiando e sendo apoiados, usuários, familiares e trabalhadores podiam garantir a permanência dos grupos GAM no CAPS depois da saída dos pesquisadores universitários do campo.

Discussão

No processo de realização da Pesquisa-apoio, foi importante apostar na monitoria como uma função de protagonismo e participação mais ativa de usuários e familiares. Embora tenhamos partido do modelo do Apoio Matricial e tenhamos convidado, de início, apenas as trabalhadoras para participarem do

dispositivo, percebemos ao longo dos encontros a necessidade de incluir os dois monitores do GIU e as duas monitoras do GIF. Com isso, buscamos favorecer os movimentos cogestivos em curso, evitando que os monitores ou os novos moderadores se tornassem substitutos das pesquisadoras universitárias nos GIs. O apoio GAM procurava sustentar a continuidade do processo de pesquisa-intervenção diante das mudanças e descentramentos provocados pela saída dessas pesquisadoras do campo, inventando novos modos de participação. Devido aos riscos já identificados no campo vinculados ao vetor substitutivo, entendíamos que uma das direções da Pesquisa-apoio era cuidar de todas as participações, para evitar que uma se sobrepusesse a outra(s). Para garantir os princípios norteadores da “matriz GAM” relativos à cogestão e ao fomento do protagonismo dos usuários, optamos por alterar o dispositivo de apoio, adequando-o à pesquisa-intervenção participativa.

O tema da participação, assim, foi constante em nossos grupos na fase de Pesquisa-apoio. Falamos sobre a dificuldade de incluir os monitores e convidá-los a participar mais ativamente da coordenação e do manejo dos grupos GAM. Para as trabalhadoras, de um modo geral, era difícil fazer os usuários participarem ativamente da produção do

cuidado no CAPS. As trabalhadoras se queixavam de certa passividade dos usuários. Foi tratando da questão da monitoria que pensamos em formas de aumentar a participação e fazer dos grupos GAM espaços cada vez mais cogestivos. Pensando juntos em como colocar em prática o planejamento participativo dos grupos GAM, vimos que, devido à grande carga de trabalho das moderadoras, estas não conseguiam encontrar tempo para conversar com os monitores sobre as experiências deles. Decidimos então que as nossas reuniões de apoio seriam o momento onde poderíamos fazer o planejamento coletivamente. A Pesquisa-apoio procurou inspiração também nas práticas de Apoio Institucional, porém estendendo aos usuários e familiares a participação no dispositivo. Para a GAM, estes integram de maneira fundamental a instituição e podem pôr em análise as formas instituídas das práticas em saúde.

Durante os grupos de Pesquisa-apoio, fomos identificando as dificuldades e também construindo estratégias para lidar com elas. Vimos em nossos encontros como, algumas vezes, os usuários expressavam coisas que pareciam não ter sentido. Estimular a participação era também acolher os diferentes sentidos e formas de estar no grupo que os usuários e familiares apresentavam. Foi preciso construir abertura para modos de

participação que pareciam sem sentido, ou mais confusos, ou mais calados, ou mesmo repetitivos. Graças sobretudo ao apoio dos monitores usuários, a própria ideia de participação pôde se deslocar do centro que ocupava até então: ficar em silêncio, ter tempo para refletir antes de falar, ou “desviar do assunto” eram formas de participação inesperadas, surpreendentemente pertinentes. Ao mesmo tempo, a Pesquisa-apoio fabricava uma nova modalidade de participação para as pesquisadoras universitárias, que, não mais presentes nos GIs, descobriam e inventavam formas para que o trabalho da GAM no CAPS continuasse e se adaptasse às novas circunstâncias.

O nosso trabalho nos encontros de Pesquisa-apoio foi de acompanhar e apoiar as mudanças que as moderadoras e os monitores iam criando ao longo do processo de consolidação dos dispositivos GAM, e que iam produzindo autonomia coletiva. As trabalhadoras se surpreendiam com o quanto um dos monitores usuários ficava mais organizado no grupo GAM, conseguia se estruturar melhor, e assim elas podiam acessá-los de forma diferente do atendimento individual. A aposta na participação e na autonomia coletiva dos usuários era produtora de cuidado no espaço do CAPS. A Pesquisa-apoio, assim, prolongava a função de cuidado que já estava presente nos GIs, ainda que

alguns temas fossem mais difíceis de serem trabalhados e encontrassem seus limites dentro do CAPS. A Pesquisa-apoio era uma fase da intervenção e também apresentava possíveis efeitos terapêuticos.

O trabalho com a GAM não pressupõe um modelo de participação predefinido, mas conta com as indicações da própria experiência singular no dispositivo GAM. O que falas consideradas confusas, desorganizadas e desviantes poderiam nos dizer sobre a construção desse modelo de participação e, mais ainda, sobre a experiência do cuidado em saúde mental? Identificar essa tendência à padronização do cuidado e da participação em saúde mental era, por um lado, muito bom, mas, por outro lado, era muito incômodo. Em alguns momentos, as trabalhadoras tentavam se justificar, como se estivessem sendo acusadas de trabalharem de maneira errada, ou cobradas de não estarem fazendo algo que deveriam fazer. Esse vetor judicativo e de culpabilização atravessava o grupo de Pesquisa-apoio. Ficava cada vez mais claro que oferecer apoio não significava servir de bengala para as trabalhadoras se apoiarem, mas também não significava fazer mais uma cobrança, colocar mais um peso em suas costas, mais uma prescrição a ser seguida, mais uma reunião obrigatória. Nessa linha tênue entre a convocação para o trabalho e o acolhimento das dificuldades

é que se situava o trabalho do apoio. Daí a importância da Pesquisa-apoio como um espaço de cuidado: acolhia-se e cuidava-se dos efeitos da própria pesquisa-intervenção, que podia gerar frustração e ser vivida como sobrecarga. A “matriz GAM” não é uma meta a ser atingida, mas um horizonte balizador de ações criativas, adaptadas a contextos situados.

As dificuldades que demandavam ser acolhidas eram muito numerosas e grandes. As trabalhadoras frequentemente se referiam à situação da rede, que estava muito precária, e sentiam que precisavam se dividir para dar conta de muitas demandas que não paravam de chegar. Nos grupos da Pesquisa-apoio, fazíamos um esforço na direção contrária: a GAM afirmava a importância de construir cogestão dos processos de trabalho e autonomia coletiva. Para isso, precisávamos nos aliar aos demais trabalhadores, aos usuários e aos familiares, para juntos darmos conta das demandas. Para isso, era preciso lidar com os desafios de trabalhar junto com o outro - era necessário acessar a perspectiva do outro para ensinar e aprender com a diferença, com calma e com persistência, sem garantias acerca do que se podia encontrar. Sem dúvida, essa indicação valia tanto para as trabalhadoras quanto para as pesquisadoras-apoiadoras.

As trabalhadoras diziam de uma passividade dos usuários, que associavam à situação social do município, que possuía muitos históricos de violência intrafamiliar, pobreza, corrupção, violação dos direitos, entre outros problemas que, segundo elas, geravam medo e passividade nos usuários. A partir de conversas sobre essa passividade e silenciamentos, fomos nos aproximando de discussões sobre a Assembleia do CAPS em que trabalhadores, usuários e familiares se reuniam e sobre a Associação de usuários e familiares. A ideia de reconstruir a Associação foi ganhando força.

Nos treze encontros de Pesquisa-apoio, experimentamos a cogestão e a lateralização com trabalhadores, usuários e familiares apoiando a consolidação dos dispositivos GIU e GIF. Também realizamos ações na direção do apoio à construção da Associação, através de duas rodas de conversa: na primeira convidamos ao CAPS Beth Sabino, uma usuária-pesquisadora da estratégia GAM no IPUB (Instituto de Psiquiatria da UFRJ, no município do Rio de Janeiro), e na segunda, convidamos Iracema Polidoro, militante da Luta Antimanicomial, familiar de um usuário de serviços de saúde mental e presidente da associação APACOJUM (Associação de Parentes e Amigos do Complexo Juliano Moreira). A Pesquisa-apoio procurava abrir espaço a

interventores que podiam apoiar os movimentos que tinham início no CAPS. Não pretendíamos identificar a função de apoio à presença dos pesquisadores universitários. Cuidando dos riscos do vetor substitutivo, o trabalho de apoio podia se prolongar após a saída dos acadêmicos do campo de pesquisa.

Os monitores usuários se tornaram parceiros e ganharam protagonismo dentro do CAPS. A função da monitoria foi uma aposta da pesquisa GAM para incluir ainda mais os usuários e familiares nos grupos de intervenção, para distribuir o manejo⁸, e para que estes assumissem maior protagonismo. As trabalhadoras dividiram conosco como, para enfrentar a confusão cotidiana do trabalho, a correria, as urgências, elas precisavam da ajuda dos usuários para que ficassem mais atentas. Muitas vezes, para os trabalhadores, os detalhes podem passar despercebidos, mas, para os usuários, a atenção aos detalhes era muito importante. Entendemos com a Pesquisa-apoio que os trabalhadores também precisam ser apoiados pelos usuários para que fiquem mais atentos e ofereçam um cuidado melhor. Quando afirmamos que usuários e familiares apoiam os trabalhadores, enquanto agentes de cuidado dentro do processo de trabalho, e que apoiam a pesquisa enquanto coautores e pesquisadores, estamos

afirmando a importância da participação e do manejo cogestivo.

Conclusão

A Pesquisa-apoio GAM foi uma fase da pesquisa-intervenção participativa realizada no CAPS de São Pedro da Aldeia/RJ. Tendo inspiração nos conceitos de Apoio Matricial e Apoio Institucional, a Pesquisa-apoio possui algumas peculiaridades em relação a esses conceitos/práticas que podem contribuir para o debate sobre o apoio no campo da saúde mental. Ao incluir usuários e familiares no dispositivo, a Pesquisa-apoio promoveu cuidado e produziu conhecimento em torno do tema da participação.

Entendemos que estimular a participação é estimular o cuidado. Como monitores, usuários e familiares acessavam e experimentavam o ponto de vista do trabalhador, podendo fazer a cogestão do cuidado. Essa mudança de ponto de vista não pode ser uma mudança de papel: a função de monitor não substitui as outras funções do grupo. Esse é o desafio: lateralizar as diferentes funções e os diferentes pontos de vista, podendo fazer deslocamentos e experimentações, mas sem cair em substituições. A diretriz de descentramento própria aos movimentos cogestivos atesta precisamente que não há

um centro fixo funcionando como um *locus* de potenciais substituições. Se há alguma substituição relativa a este desafio da Pesquisa-apoio na GAM, é a substituição do modelo de funcionamento a partir de centros predefinidos e hierarquicamente organizados pelo modelo de rede descentrada e distribuída (uma rede substitutiva). O usuário pode apoiar o trabalhador, e ser um agente de cuidado, mas ele também precisa ser cuidado. Apoiar e ser apoiado, como dissemos anteriormente, fazem parte do mesmo processo. Como efeitos da Pesquisa-apoio, verificamos um potencial de consolidação da estratégia GAM no serviço, com um aumento do protagonismo por parte dos usuários e familiares na moderação dos dispositivos. No caso do grupo de familiares (GIF), observamos não só a continuidade dos encontros do grupo após a saída das pesquisadoras universitárias, mas também uma continuidade durante as férias das trabalhadoras que compunham o grupo. Também no grupo de usuários, (GIU), houve aumento do protagonismo dos usuários moderadores no acolhimento dos novos participantes, mostrando uma ampliação dos potenciais de cogestão no serviço.

Foi possível, assim, modular nossas concepções acerca da participação dos usuários e familiares dentro do CAPS graças à Pesquisa-apoio. O discurso, que

antes destacava a passividade e ausência de participação nos processos de cuidado no serviço por parte dos usuários e familiares, foi se transformando, podendo reconhecer esses atores como parceiros no cuidado terapêutico, e não mais como espectadores/expectadores. A GAM em sua fase de Pesquisa-apoio consolidou sua aposta participativa.

Notas

¹ Para uma história da GAM no Canadá, ver <http://www.rrasmq.com/gam.php>; conferir também:

<http://www.rrasmq.com/historique.php> e <http://www.aruci-smc.org/fr/projets/politiques-servicespratiques-axe-2/approfondissement-gam/#c118>

² O Guia GAM (GGAM) é dividido em passos e é composto por uma série de questões sobre a experiência concreta e encarnada do uso de psicofármacos, abrangendo seus efeitos colaterais, psicossociais e seus impactos no exercício de direitos e na cidadania. Tais questões servem de disparador para um debate coletivo. O GGAM contém, ainda, informações sobre os efeitos dos medicamentos, os direitos dos usuários e o funcionamento da rede de saúde e assistência social.

³ Projeto “Autonomia e Direitos Humanos: validação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) – Continuidade”, realizado com apoio da Faperj.

⁴ Mais sobre a noção de apoio na pesquisa-intervenção-participativa, ver o artigo “O processo de pesquisa-apoio com o POP RUA”, nesta coletânea.

⁵ Para maior compreensão do conceito de manejo cogestivo, ver Passos; Carvalho; Maggi (2012) e Melo, Schaeppi, Soares e Passos (2015).

⁶ Em nossa pesquisa-intervenção, a narrativa é composta pela dimensão intensiva que perpassa o grupo, conectando o que se diz e o que se faz (Onocko Campos & Furtado, 2008). Nesse sentido, ela objetiva narrar as principais questões que surgiram no grupo, acompanhar o desdobramento das discussões mais importantes e mostrar as modulações disparadas nesse processo, tanto no discurso quanto na prática cotidiana de cada um dos atores envolvidos.

⁷ Os nomes dos participantes da pesquisa-intervenção são aqui utilizados com sua autorização. A participação na pesquisa-intervenção se deu por meio de um processo de contratação, que contou, logo em seu início, com a leitura e discussão coletivas do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), anexo ao Processo 0021.0.258.000-11, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFF. A decisão de utilizar os nomes dos participantes também se apoiou nos argumentos de Despret (2011), que chama a atenção para o fato de que o emprego automático do anonimato tanto nas práticas de cuidado quanto nas pesquisas reafirma a hierarquia entre sujeitos e objetos do conhecimento, (re)produzindo desinteresse e separação.

⁸ O manejo, inicialmente centralizado na figura de um moderador, vai sendo distribuído por entre os participantes do grupo na medida em que se efetiva a contratação de um coletivo autônomo (Melo et al., 2015). O manejo distribuído não é uma meta a ser alcançada definitivamente, mas funciona como reguladora dos movimentos do grupo.

⁹ Para maior compreensão do conceito, ver Passos e Eirado (2009).

Referências

Barros, R. B. & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10(3), 561 - 571. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): SAS. Recuperado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Legislação em Saúde. Brasília (DF): MS. Recuperado de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Secretaria-Executiva. *Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS/Ministério da Saúde*. Brasília (DF): SE. Recuperado de: <https://central3.to.gov.br/arquivo/240607/>

Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão 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., Figueiredo M. D., Pereira Júnior N. & Castro C. P. (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - comunicação, saúde, educação/ Unesp; SP.*, 18(1), 983-95. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>

Despret, V. (2011). Leitura etnopsicológica do segredo. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(1), 5-28. Recuperado de:

- <https://www.scielo.br/pdf/fractal/v23n1/v23n1a02.pdf>
- Hess, R. & Savoye, A. (1993). *L'analyse institutionnelle*. Paris: PUF.
- Kastrup, V. & Passos, E. (2014). Cartografar é traçar um plano comum. In E. Passos, V. Kastrup & S. Tedesco (Org.). *Pistas do método da cartografiav. 2: a experiência da pesquisa e o plano comum* (pp. 15 - 41). Porto Alegre: Sulina.
- Lourau, R. (2004). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. S. Altoé (org). São Paulo: Hucitec.
- Maturana, H. & Varela, F. (1980). Autopoiesis. The organization of the living. In H. Maturana & F. Varela. *Autopoiesis and cognition: The realization of the living* (pp. 59 - 134). Dordrecht: D. Reidel.
- Maturana, H. & Varela, F. (1995). *A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas, Ed. Psi II.
- Melo, J., Schaeppi, P., Soares, G. & Passos, E. (2015). Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação - o manejo cogestivo. *Caderno HumanizaSUS*, 5, 233 - 247. Recuperado de: <http://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-5-saude-mental/>
- Miranda, L., Figueiredo, M. D., Ferrer, A. L. & Onocko Campos, R. (2008). Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In R. C. Onocko et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (pp. 249 - 277). Campinas: Hucitec.
- Onocko, R. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In G. W. S. Campos. *Saúde Paidéia* (pp. 122 - 149). São Paulo: Hucitec.
- Onocko Campos, R. & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 42(6), 1090 - 1096. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7066.pdf>
- Onocko Campos, R., Palombini, A. L., Eirado, A., Passos, E., Leal, E., Serpa Júnior, O. D. ... Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica para o guia da gestão autônoma da medicação. *Interface (Botucatu) [online]*, 16(43), 967 - 80. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009
- Onocko Campos, R., Palombini, A. L., Passos, E., Leal, E. & Serpa Junior, O. et al. (2012). DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS. *Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM*. Recuperado de https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf
- Passos, E. & Barros, R. B. (2004). Clínica, política e modulações do capitalismo. *Lugar Comum* (UFRJ), Rio de Janeiro, (19-20), 159 - 171. Recuperado de <https://app.uff.br/slab/uploads/texto28.pdf>
- Passos, E., Carvalho, S. V. & Maggi, P. M. (2012). Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), São João del-Rei. Recuperado de

https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Passos%2C_Eduardo%3B_Carvalho%2C_Silvia_Vasconcelos_%26_Maggi%2C_Paula_Milward_de_Andrade.pdf

Passos, E. & Eirado, A. (2009) Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia, L. *Pistas do método da cartografia – pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 109 - 130). Porto Alegre: Sulina.

Eduardo Passos é Professor titular do Instituto de Psicologia e da Pós-graduação em Psicologia da UFF.

E-mail: e.passos1956@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2942-9452>

Leticia Renault é Investigadora em Pós-doutoramento no Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, Portugal. É também psicóloga, mestre e doutora em Psicologia pela UFF.

E-mail: lerenault@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8170-5851>

Thaís de Sá Mello é Psicóloga clínica no II Conselho Tutelar de Niterói/RJ, além de ser psicóloga pela UFF e especialista em Psicologia Jurídica pela UERJ.

E-mail: thaismello@id.uff.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9705-2864>

Lorena Rodrigues Guerini é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ. É também psicóloga e mestre em Psicologia pela UFF.

E-mail: lorenaguerini@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5136-9041>

Enviado em: 28/05/19 – **Aceito em:** 04/03/20
