

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

CENTROS DE ESTUDOS GERAIS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

DA PRESCRIÇÃO À TRADUÇÃO:

Apoio Institucional e Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.

Lorena Rodrigues Guerini

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

Niterói – RJ

2015

Lorena Rodrigues Guerini

DA PRESCRIÇÃO À TRADUÇÃO:

Apoio Institucional e Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

Niterói – RJ.

2015

G932 Guerini, Lorena Rodrigues.

Da prescrição à tradução: apoio institucional e matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação / Lorena Rodrigues Guerini. – 2015.

204 f.

Orientador: Eduardo Henrique Passos Pereira.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.

Bibliografia: f. 196–203.

1. Medicalização. 2. Saúde mental. 3. Apoio institucional. 4. Apoio matricial. I. Pereira, Eduardo Henrique Passos. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira (orientador)

Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Claudia Elizabeth Abbês Baeta Neves

Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Analice de Lima Palombini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Maria Paula Cerqueira Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha amiga Tatiana Ramminger, porque as marcas de nosso encontro ecoam através da eternidade...



AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Marcio Costa, meu companheiro, porque “eu amo muito você, nem me interessa saber se alguém vai condenar, o meu amor é maior do que a Terra e o Mar, maior que o Céu e as Estrelas, maior que tudo o que há”. Agradeço por não existirem palavras suficientes para agradecer em definitivo – fato que exige de mim agradecimentos diários, com o mais sincero amor inaudito.

Agradeço a Ganesha, meu gato preto e branco, por me fazer ver outros mundos através de seus grandes olhos amarelos.

Agradeço a toda a minha família, especialmente a Ana Maria, José Lourenço e Luiz Felipe, por estarem sempre do meu lado sendo exatamente quem vocês são, e por me amarem exatamente do jeito que eu sou.

Agradeço a meu orientador e amigo Eduardo Passos, pelo seu carinho e também pela sua dureza, por todo tempo que passamos juntos, pelo imensurável aprendizado, e pela possibilidade de me tornar várias pessoas nesse processo.

Agradeço também ao nosso grupo de pesquisa *Enativos: conhecimento e cuidado*, especialmente a Letícia Renault, Thaís Mello, Christian Sade, Iacã Macerata, Beatriz Prata, Júlia Carvalho, Jorge Melo, André Miranda, Paula Milward, Matheus Braune, Rebecca Dorneles, Kézia, Alana, Guilherme, Marcio e todos que passaram pelo grupo oferecendo acolhimento irrestrito, generosidade, e a preciosa oportunidade de partilhar de tantas perspectivas diferentes. Sem o olhar de vocês esse trabalho não seria possível.

Agradeço a todos os usuários, familiares e trabalhadores da RAPS em São Pedro da Aldeia que fizeram parte dessa pesquisa, em especial Mateus, Ana Márcia, Marli, Leonor, Sara, Mônica, Renata, Adriana, Ana Cristina, Vera, Paulo, Marcos, Rosemary e Sandra.

Agradeço a todos que fizeram parte da parceria internacional de pesquisa GAM, especialmente a Analice Palombini, Beth Sabino, Nilson Souza, Luciano de Lira, Julio Andrade, Paula Brum, Thaís Otanari, Marília Silveira, Bruno Emerich, Deivisson Vianna, Sabrina Stefanello, Alberto Diaz, Sandra Hoff, Rosana Onocko, Tatiana Lopes, Pierre-Luc e Lisa Benisty.

Agradeço ao grupo de orientação coletiva que acompanhou várias etapas desse trabalho dando contribuições fundamentais, especialmente a Tarso Ferrari, Flavia Fernando, Joana Camelier, Ruth Torralba, Pablo, Williana, Marcia e Vitor.

Agradeço a André do Eirado, João Resende e Roberto Preu, pelas conversas que faziam o tempo voar, e por me apresentarem a ideias e pessoas que mudaram minha vida definitivamente.

Agradeço a todos os meus professores, especialmente a Claudia Abbês, Cristina Rauter, Luiz Antônio Baptista, Marcelo Santana, Abrahão Santos, Silvana Mendes e Julio Figueiredo, por me ensinarem que a Universidade é muito mais do que discurso.

Agradeço aos amigos que me acompanharam nesse percurso pela UFF, especialmente Joimar, Leandro Cunha, Thayla Adyr, Lais Amado, Tainá Oliveira, Lucas Veiga, Alessandra, Diana, Raissa, Glaucia e Gabriele. Através de vocês encontrei mais beleza no mundo.

Agradeço a Simara Barreto pela duradoura parceria e por me mostrar como o trabalho de uma psicóloga engajada pode fazer o SUS dar certo.

Agradeço a Iracema Polidoro pela importante participação na pesquisa e por ser um exemplo de persistência e luta.

Agradeço a meu amigo e professor Roberto Fabri por me acolher com tanto cuidado e me ajudar a destruir meus últimos preconceitos com relação a medicação.

Agradeço a Carlos Eduardo Leal pela escuta atenta e pela companhia ao longo de tantas transformações.

Agradeço a Ana Pitta pelo encontro no Maranhão que me encheu de vida na reta final da escrita da dissertação.

Agradeço a CAPES e a FAPERJ pelo financiamento que viabilizou a feitura dessa pesquisa.

Fala-se frequentemente das alucinações e do delírio; mas o dado alucinatório (eu vejo, eu escuto) e o dado delirante (eu penso...) pressupõem um Eu sinto.

Gilles Deleuze & Félix Guattari.

O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia.

RESUMO

Em 2009, um grupo de pesquisadores das universidades UNICAMP, UFRGS, UFF e UFRJ aliou-se a pesquisadores da Universidade de Montreal através da Aliança Internacional de Pesquisa Universidade Comunidade – Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC), que possibilitou a importação da Gestão Autônoma da Medicação. Ao longo do processo de pesquisa que vai de 2009 até 2014, nós, pesquisadores da UFF, passamos por três fases: 1) Tradução e adaptação do Guia GAM à realidade brasileira em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos estados do RJ, SP e RS, 2) Validação do Guia GAM no município de São Pedro da Aldeia (RJ) e 3) Oferta de Apoio Institucional ao Fórum dos Trabalhadores da RAPS e Apoio Matricial à implantação dos grupos GAM no CAPS do referido município. Traduzindo a GAM do Canadá para o Brasil, orientados pela metodologia de pesquisa-intervenção participativa, buscamos transformar práticas ligadas à prescrição de medicamentos psiquiátricos, e esbarramos em várias outras práticas prescritivas. A experiência de Apoio Institucional e Matricial descrita e analisada neste trabalho problematiza as várias práticas prescritivas que podem comparecer no cotidiano do trabalho em Saúde Mental, e propõe que possamos nos aventurar em exercícios de tradução entre diferentes perspectivas, experimentando novas relações entre usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, essa pesquisa afirma a necessidade de promovermos a participação e a autonomização dos diferentes atores que compõem o campo da Saúde Mental, e aponta um caminho possível que vai na direção da ampliação de redes de relações que possam acolher a singularidade.

Palavras-chave: Apoio Institucional, Apoio Matricial, Medicalização, Saúde Mental, Pesquisa-intervenção.

ABSTRACT

In 2009, a group of researchers from the universities UNICAMP, UFRGS, UFF and UFRJ teamed up with researchers from the University of Montreal through the International Research Alliance University Community - Mental Health and Citizenship (ARUCI-SMC), which allowed the importation of Management Autonomous Medication. Throughout the research process from 2009 to 2014, we, the researchers from UFF, passed through three phases: 1) Translation and adaptation of GAM Guide to the Brazilian reality in Psychosocial Care Centers (CAPS) in the states of RJ, SP and RS, 2) GAM Guide Validation in São Pedro da Aldeia (RJ) and 3) Providing Institutional Support to the Forum Workers RAPS and Matrix Support to the implementation of GAM groups in the municipality CAPS. Translating Canada GAM to Brazil, guided by participatory intervention research methodology, we seek to transform practices related to the prescription of psychiatric drugs, but we found several other prescription practices. The experience of Institutional Support and Matrix Support described and analyzed in this paper, discusses the various prescriptive practices that can attend work everyday in Mental Health, and proposes that we can venture into translation exercises from different perspectives, experiencing new relationships between users, families, workers and researchers. In line with the principles and guidelines of the Unified Health System and the Psychiatric Reform, this survey affirms that we need to promote the participation and empowerment of different actors in the field of mental health, and indicates a possible way to go on the direction of expanding networks of relationships that can welcome the uniqueness.

Keywords: Institutional Support, Matrix Support, Medicalization, Mental Health, Intervention Research.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO – Tempos e contratempos para uma análise de implicações.....	11
CAPÍTULO 1 – Condições para o surgimento e para a tradução da Gestão Autônoma da Medicação	
1.1 – Medicalização e Medicamentalização: a produção do problema da gestão da medicação.....	22
1.2 – Dos serviços alternativos no Canadá aos serviços substitutivos no Brasil: como traduzir a Gestão Autônoma da Medicação?.....	36
CAPÍTULO 2 – Traduzindo as noções de Apoio Institucional e Apoio Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.	
2.1 – Tradução como produção de um plano comum: do multiculturalismo de Jullien ao multinaturalismo de Viveiros de Castro.....	56
2.2 – Apoio Institucional e Apoio Matricial: o que queremos apoiar?.....	68
2.3 – Tradução, Validação e Apoio: a GAM chega ao município de São Pedro da Aldeia.....	83
CAPÍTULO 3 – Uma experiência de Apoio Institucional e Apoio Matricial no município de São Pedro da Aldeia.	
3.1 – Apoio Institucional ao Fórum de Trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	101
3.2 – Apoio Matricial e a consolidação dos grupos GAM no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	145
CONCLUSÃO – Da prescrição à tradução: Apoio Institucional e Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.....	190

INTRODUÇÃO

Tempos e contratempos para uma análise de implicações

Ano de 2014. A necessidade de escrever uma dissertação de mestrado me faz voltar no tempo e procurar vestígios de uma história. Acontecimentos que me fizeram desviar de tantos lugares, e construir outros. Nesse momento, nesse lugar, escrevo sobre uma experiência de pesquisa em saúde mental. Talvez seja esse o link: saúde mental. De alguma forma esse tema sempre me acompanhou. Pelo menos agora, quando olho para trás, não consigo mais reinventar um passado sem relações necessárias com isso que me tornei: pesquisadora em meio a um campo que me fascina e incomoda – a saúde mental. Hoje acredito que sempre tive inclinações para pesquisadora e que a saúde mental sempre me (pre)ocupou. Ao mesmo tempo, paradoxalmente, não me restam dúvidas de que não era exatamente assim que eu enxergava as coisas...

Ano de 1997. Um grupo de crianças se encontra na rua. Pés descalços, o suor escorrendo pela testa. A tarde já caía, mas ainda dava tempo de jogar bola. Na rua de casa, em São Gonçalo, o morro não tinha asfalto, e as pedrinhas insistentes saltavam da terra batida furando o pé. Como no morro tudo o que sobe desce, não seria justo com o time debaixo se as crianças decidissem jogar qualquer jogo com a bola no chão. Começamos a jogar queimada, antes que a luz do sol se esvaísse e as mães nos chamassem de volta pra casa. Dois times foram separados. Cada um ocupava seu lado da rua. Uma criança gritava para o homem que assistia a toda movimentação sentado na calçada da esquina: “Presta atenção hein Macarrão! Você é o juiz!”. Gargalhadas saltaram de todas as crianças. Macarrão era um homem de vinte e poucos anos. Minha mãe e meu pai tinham dito que era melhor não mexer com ele porque tinha “problema de cabeça”. No meio das crianças ninguém, nem minha mãe nem meu pai, podia ver que eu estava mexendo com Macarrão. O time da rua de baixo dominava a tradicional arte da trapaça, e sem a ajuda de nosso atento juiz Macarrão era difícil perceber quando Pequeno dava dois passos além da linha para queimar Tosão. Diante de qualquer driblada nas claras regras do jogo, Macarrão estava disposto a dar um berro que fazia o trapaceador entrar no eixo de novo. Além disso, Macarrão passava o dia todo sentado

na mesma esquina, observando o movimento das ruas, e, se algum trapaceiro não desse ouvidos a seu berro durante o jogo, iria certamente levar um “corre” depois. Nesse dia o jogo estava animado, e, graças ao calor que fazia dentro de casa, as mães das crianças colocaram suas cadeiras nas calçadas e deixaram-nas jogar um pouquinho até mais tarde. Já era noite quando chegou Brasil pedindo um lugar no time da rua de cima. Brasil era uma mulher muito diferente das outras mães porque falava muito alto, usava roupas curtas, tinha o cabelo raspado e gostava de brincar com as crianças. Diziam que ela também tinha “problema de cabeça” e as filhas dela passavam sem dizer boa noite, parecendo ter vergonha de vê-la jogando bola com a gente na rua. Nós, crianças, não entendíamos o motivo da vergonha daquelas meninas, já que na rua, além do Macarrão e da Brasil, também tinha a Mercedes e o Poem, todos com “problema de cabeça”. Não tínhamos tempo para pensar nessas coisas porque Brasil acabara de entrar no time da rua de cima e o braço dela, muito mais forte que o de todas as crianças juntas, arremessava a bola quase do outro lado do quarteirão. As crianças morriam de rir quando ela abaixava para pegar a bola e sua saia curta deixava à mostra a calcinha vermelha. Era uma “figura” essa Brasil! Nem Macarrão conseguia disfarçar e se entregava ao riso conosco. Na minha rua essa história de ter “problema de cabeça” deixava as pessoas muito divertidas. Os outros adultos, que não sabiam muito bem como fazer pra se divertir depois que ficaram grandes, diziam que a rua não era lugar pra aquela gente estranha. Mas, afinal, a rua não é lugar pra todo mundo brincar?

Ano de 2003. Era a primeira festa de aniversário que reuniria a família depois do ocorrido. Ninguém sabia muito bem como tocar no assunto. Aos cochichos, minha tia contava para a vizinha que meu primo tinha ficado doente. “Mas que doença é essa?” perguntava a vizinha. “É esquizofrenia, aquela doença mental!” respondia minha tia com os olhos esbugalhados, tomando o cuidado de olhar ao redor para certificar-se que ninguém mais a ouvira falar aquelas palavras, soando quase como palavrões. Perguntei ao meu tio, que era professor de faculdade, o que era esquizofrenia. Ele respondeu que era uma doença “de nascença” que a pessoa só mostrava depois que uma coisa ruim acontecia na vida dela. Disse que meu primo tinha ficado muito triste com a separação dos pais dele e por isso essa doença se manifestou. Sugeri que eu não ficasse sozinha no quarto jogando videogame com meu primo porque ele podia fazer “alguma coisa” e eu era uma menina moça. Fiquei um pouco assustada, mas sacudi a cabeça em sinal de afirmação. Era melhor não mexer mesmo com esse negócio esquisito que se manifestou

deixando meu primo e as pessoas ao redor tão silenciosos e cheios de mistérios. Um clima de tensão se instalou como neblina no ar, e as músicas da festa transformaram-se em ruídos inalcançáveis quando meu primo entrou na varanda. Todos pareciam fingir uma desconfortável naturalidade para que ele não entendesse que algo se passava. Não sabia muito bem o que fazer. Meu primo chamou a gente para jogar videogame. Como meu irmão e eu tínhamos ganhado o Super Nintendo de presente de Natal, estávamos muito bem treinados e não perderíamos a oportunidade de vencer o aniversariante. Inacreditavelmente não demoraram três rodadas para meu primo tirar-me do páreo. Ele era bom mesmo! Percebi que às vezes ele me olhava desconfiado. Eu lembrava o que meu tio havia dito e ficava com medo. Nunca senti medo do meu primo antes. Foi uma sensação muito estranha. Jogamos videogame até o final da festa, mas depois daquele dia a convivência foi ficando menos estreita. Não sei explicar por quê. Diziam que era importante que a família estivesse presente e assumisse seu lugar. Mas, afinal, que lugar era esse? Diziam que tínhamos a responsabilidade de cuidar. Também diziam que a doença dele o impedia de sair com os outros adolescentes, e eu acabava deixando de convidá-lo para as festas. Diziam tantas coisas... fui ficando cansada de ouvir. Comecei a gostar de fazer outras coisas. Meu primo continuava gostando de jogar videogame. Encontrávamo-nos nas festas de aniversário dos tantos tios, tias, primos, avós, e, é claro, nas tradicionais comemorações de Natal. Sentia que algo frágil e sutil nos conectava. Às vezes tinha vontade de visitá-lo, mas não sabia muito bem como lidar com a tal da “doença”. Todos pareciam ter se afastado um pouco dele, e eu pensava que talvez fosse assim mesmo que as coisas deveriam ser. Apesar de não ter sido internado, era como se o diagnóstico de esquizofrenia tivesse criado uma estranha barreira, um muro, que fazia do meu primo alguém diferente e distante de mim. Mas o que é mesmo que ele tem de diferente? Nunca recebi nenhuma resposta satisfatória. Aquilo me incomodava. E se fosse comigo? E se eu tivesse também uma “esquizofrenia, aquela doença mental”? Definitivamente não gostaria que as pessoas se afastassem de mim ou sentissem medo. O que a gente podia fazer com essa tal “doença” para ter meu primo de volta? O tempo passou e aos poucos fui chegando mais perto. Os problemas no colégio e nossas angústias diante do vestibular nos aproximavam. Era interessante perceber que a dificuldade também aproxima. Comecei a fazer tratamento com uma psicóloga nessa época e passamos então a ter mais uma coisa em comum. O contato com a psicóloga foi tão importante que despertou em mim o interesse em estudar psicologia. Achei incrível essa coisa de se aproximar das dificuldades das pessoas. Quando decidi que queria fazer

faculdade de Psicologia, meu primo foi o primeiro a fazer piada dizendo que eu ficaria rica atendendo “o tanto de maluco que tem na rua e na família!”. Fazendo psicologia quis tentar chegar mais perto. Mais perto das dificuldades que nos aproximam dos outros.

Ano de 2010. Uma reunião acontecia em um auditório espaçoso. Éramos todos pesquisadores. Uma videoconferência permitia-nos conversar com pessoas de outro país que falavam francês. Não entendia muitas palavras. Sentada na última fileira, sem saber muito bem o que fazer ali, observava um homem de aproximadamente 40 anos, magro, branco, cabelos lisos. O homem falava sozinho. Fazia sinais, olhava para cima, voltava sua atenção para a reunião e por fim era tomado por aquela estranha conversa novamente. Alucinava, bem ali no meio da reunião. Conversava com vozes inaudíveis para os demais. Seus sinais, movimentos abruptos, atraíam meu olhar como uma dança. Nunca tinha visto antes um homem alucinar bem no meio de uma reunião grande daquelas. Em minha formação em Psicologia já havia me aproximado da saúde mental através de aulas e textos. Lembro-me que certa vez minha turma fez uma visita a um hospital psiquiátrico. Foi uma experiência horrível. Quase indescritível. Corpos marcados, desgastados como aqueles muros. Olhares vitrificados refletiam a perplexidade de estudantes que ouviam um professor dizer que a clínica da psicose precisa lançar mão desses “métodos” em algumas situações. Mas como a clínica pode estar articulada a esse tipo de política? – eu me perguntava silenciosamente. Entendi por que lutar “por uma sociedade sem manicômios”. Aquele homem ao meu lado não merecia ir para um lugar daqueles. Mas alucinar bem no meio de uma reunião daquelas me parecia muito estranho. Ali era lugar pra isso? Uma pessoa alucinando pode participar de uma reunião de pesquisadores? Incomodada, lembro-me de ter perguntado ao companheiro que sentava ao meu lado se aquele homem precisava de ajuda e se deveríamos chamar alguém para levá-lo a um posto médico. Entendia que ele precisava de cuidado, e nós ali éramos os responsáveis pelo cuidado. O companheiro sentado ao meu lado disse que participar daquele espaço era uma forma de cuidar disso. Participar é uma forma de cuidar? Achei aquela resposta ainda mais estranha. Resolvi prestar mais atenção e me aproximar daquele homem. Levantei-me e busquei um lugar na fileira de cadeiras posicionada logo atrás do suposto “alucinado”. Percebi que as pessoas que estavam em volta dele notavam seus movimentos e o convocavam a participar da reunião em alguns momentos. Ele desenvolvia uma maneira de “pedir licença” àquelas vozes que

pareciam atormentá-lo, e conseguia interagir com as pessoas. Quando os pesquisadores começaram a discutir a participação dos usuários na pesquisa, ele pediu a palavra e fez um discurso emocionante. Era um militante! Fiquei muito impressionada. No final da reunião me aproximei ainda mais. Queria conversar com aquele homem. Ele me contou que já tinha passado por várias internações onde sofreu maus tratos, levou eletrochoques, foi amarrado e dopado, mas tem melhorado muito desde que se tornou usuário do CAPS, começou a fazer parte de várias oficinas e daquela pesquisa. Ele também era um pesquisador. Disse-me que achava muito importante compartilhar sua experiência com estudantes como eu, para que os novos profissionais entendessem que o manicômio degradava muito mais do que cuidava. Senti suas palavras como um sopro de ar fresco. Aquela experiência fez algo fluir em mim. Pude perceber pela primeira vez que a luta “por uma sociedade sem manicômios” precisava acompanhar uma luta invisível, porém não menos importante, contra o “manicômio mental”¹ que me atravessava e encarcerava meus olhos. Aquela homem me ajudou a derrubar um muro. Pude reformar-me. Olhar nos olhos dele e sentir que éramos próximos foi muito bom. Não era mais possível enxergar uma barreira clara que separava a estudante, futura profissional responsável por cuidar, e o usuário que requer cuidados. Pudemos reformar relações. Participar daquele encontro foi uma forma de cuidar disso. Cuidar e ser cuidada.

Introduzo o presente trabalho introduzindo-me nesse trabalho. Essas narrativas trazem algumas das marcas que constituíram um corpo que ocupa nesse momento o lugar de pesquisador. Escrevemos a partir desse lugar que é ao mesmo tempo paradeiro e passagem. Escrevemos a partir do lugar daquele que pesquisa, lugar este que só pode ser conhecido em ato, na medida em que produz efeitos, deixa rastros. Neste trabalho

¹ Aqui faço referência a Pelbart (1990) que nos convida a pensar, em seu texto “Manicômio mental – a outra face da clausura”, no que significa de fato, no plano da cultura, conceber uma sociedade sem manicômios. Ele lança a pergunta: quando essa nossa utopia que nos acompanha na militância cotidiana da Luta Antimanicomial finalmente se realizar, o que acontecerá efetivamente com a loucura? Preocupa-o em especial o risco que corremos de, ao mesmo tempo em que se realizamos essa inclusão, operarmos uma exclusão, uma neutralização da potência de desterritorialização que os loucos, bem como todos os grupos minoritários, arrastam consigo. Garantindo uma identidade, direitos e cidadania aos loucos não estaríamos abolindo o poder disruptivo que permite à loucura embaralhar os códigos e colocar nossos limites em questão? Em outras palavras: incluir o louco é abolir a diferença? Colocando essas questões Pelbart nos ajuda a entender que não basta quebrar os muros dos manicômios e acolher os loucos na cidade. É necessário combater o manicômio mental produzido pela racionalidade moderna, que aprisiona nosso pensamento em um modelo, na tentativa de fazer-nos coincidir com nós mesmos, conjurando toda a diferença para o campo do erro e da desrazão. Somos convidados a criar novas formas de nos relacionar com o acaso e com o desconhecido que nos habita.

pretendemos acompanhar alguns rastros específicos, que podemos delimitar a partir da construção de um problema de pesquisa. Porém os rastros de um corpo que ocupa o lugar daquele que pesquisa também se fazem presentes, permitindo ao problema de pesquisa modular de determinada maneira, e não de outras tantas que lhe seriam possíveis caso passasse por outro corpo. Esse corpo-pesquisador que aqui escreve, caro leitor, deixa seus rastros por todos os lados do presente texto, confunde-se com o próprio problema de pesquisa, insinua-se pelas entrelinhas, transborda ao longo de cada uma das páginas.

Mas isso quer dizer que você terá acesso apenas a uma visada relativa de um problema que se deixa escamotear pela irremediável individualidade daquele que aqui escreve? O presente texto seria apenas uma projeção desbotada e inerte desse corpo-pesquisador que olha para fora e encontra sua própria imagem? A implicação desse corpo-pesquisador com seu objeto de pesquisa impossibilitaria o acesso a tal objeto, por tê-lo tornado nebuloso já que inseparável daquele que o pesquisa? Sem dúvida, não é a partir do solo fixado por essas perguntas que iniciaremos nossa caminhada.

Primeiramente porque esse solo, erigido pela cientificidade racionalista moderna, se fundamenta em questões mal colocadas. Impossível afirmar que esse texto é somente a expressão de uma visada individual, porque irremediável é a dimensão coletiva das forças que nos atravessam e nos constituem. Incalculáveis são as vozes que falam através desse corpo-pesquisador, assim como de todo e qualquer corpo. Indivíduo e coletivo aqui comparecem necessariamente, na medida em que são distintos, mas também são inseparáveis (EIRADO; PASSOS, 2004).

O esforço contido no presente trabalho não visa fugir do indivíduo que o assina, mas, partindo dele, situar-se bem ali no meio, no hiato irreduzível que o conecta com o coletivo. Entendemos que o indivíduo é apenas um nó que se forma em meio às diversas tramas de relações que compõe o tecido social. Interessa-nos pensar as relações. Pensar a partir das relações e produzir novas relações. Interessa-nos as vozes que falam em nós quando elegemos este e não outro problema de pesquisa. Inclusive quando você, leitor, se põe a ler essas palavras e ouve essa voz que supõe ser minha, o que se dá a ouvir é uma multidão de vozes. Isso significa dizer que todos nós ouvimos vozes, em maior ou menor volume.

Em segundo lugar porque, caminhando na contramão da suposta neutralidade defendida pela racionalidade moderna, afirmamos que a implicação do corpo-pesquisador

com o objeto de pesquisa é justamente o que cria as condições de possibilidade para conhecer. Contrapomo-nos a toda ideia de neutralidade e objetividade que isola sujeito e objeto, tratando subjetividade e objetividade como termos anteriores à relação que os fabrica. Entendemos que conhecer não é descobrir um mundo previamente dado, independentemente daquele corpo que o percebe, mas é um fazer, e um fazer-se. Sujeito e objeto coemergem no ato de conhecer e por isso pesquisar para nós é sinônimo de intervir – é produzir um mundo e ao mesmo tempo produzir-se no mundo (PASSOS; BARROS, 2009).

E se para conhecer é necessário estar implicado, a fim de fazer a análise dessa implicação precisamos colocá-la em discussão, trazendo à luz a trama de relações sociais, a rede institucional que está em jogo no ato de conhecer, tal como Lourau (2004) nos mostrou. Mas quem faz essa análise de implicações? Seria você, leitor, o analista da vez? Ou seria esse mesmo corpo-pesquisador que deveria dobrar-se sobre si mesmo em um exercício de autoanálise? Ou ainda seria a banca examinadora desta dissertação que tomaria para si tal tarefa? Enfim, como faremos a análise de implicações que o título dessa introdução já anunciou há seis páginas atrás?

Recorremos aqui novamente a Lourau (2004) para tomarmos de empréstimo a noção de analisador. Partindo dessa noção, não podemos mais perguntar quem faz a análise, mas sim o que faz a análise, pois não é mais a figura do analista e sim os analisadores que vão evidenciar os não ditos institucionais, a trama de relações na qual cada um dos atores, incluindo a própria figura do analista, são fabricados. Os analisadores podem advir de qualquer situação desde que cumpram sua função, que é dar visibilidade ao que estava sendo ocultado pela trama de relações institucionais e sociais.

É para dar passagem aos analisadores que foram feitas as narrativas que iniciam esta introdução, onde falávamos a partir de pontos de vista diferentes. Em cada uma das passagens o corpo-pesquisador ocupava um ponto de vista diferente e cada um desses pontos de vista fazia modular relações com pessoas que ora eram ditas “com problema de cabeça”, ora “esquizofrênicas”, ou ainda “usuários”, “pesquisadores”, “militantes”. Dito de outra forma, como o corpo-pesquisador e as diversas pessoas envolvidas nas narrativas não preexistem às relações que foram estabelecidas entre eles, em cada uma das cenas é preciso acessar a dimensão impessoal das relações para identificar os analisadores que as

tornam visíveis, e não olhar apenas para os termos pessoalizados, individuados que resultam de cada uma das relações.

Atentos a essa dimensão impessoal, podemos então mergulhar na narrativa que nos leva ao ano de 1997, por exemplo, quando o ponto de vista do corpo-pesquisador-criança expressava um mundo no qual as “pessoas com problema de cabeça” surgiam como adultos divertidos, brincantes. Diferentes dos demais adultos, esses adultos brincantes, nomeados “pessoas com problema de cabeça”, não despertavam no corpo-pesquisador-criança nenhum outro afeto senão alegria, e era ótimo jogar *queimada* com eles na rua até mais tarde. Esse ponto de vista sem dúvida era bastante parcial, e através dele um tipo de relação era viabilizada: a brincadeira na rua.

Já durante a narrativa que nos leva ao ano de 2003, o ponto de vista do corpo-pesquisador sofreu transformações importantes. Diante do diagnóstico de esquizofrenia dado ao seu primo, esse corpo-pesquisador-adolescente se viu confrontado com a exigência da família de ocupar um lugar de cuidado. A partir desse ponto de vista, sentia medo, tinha muitas dúvidas e experimentava a dificuldade de se aproximar do seu primo. De algum modo parecia que o rótulo de esquizofrenia vinha na frente dele, e esse nome assustava. Desse ponto de vista, também tínhamos uma visão bastante parcial do problema em questão no presente trabalho, que permitia um outro tipo de relação: o distanciamento.

Por fim, na narrativa do ano de 2010, mais uma vez deslocamos o ponto de vista, e o corpo-pesquisador-adulto se encontrava em uma reunião de pesquisadores. A saúde mental era o tema, ao mesmo tempo estranho e familiar, que reunia diferentes pessoas naquele auditório. Fazendo graduação em psicologia, aquele corpo-pesquisador-adulto ancorava-se na certeza de que era responsável por cuidar dos outros – os usuários que necessitavam de cuidado. A partir de uma conversa com um usuário que alucinava na reunião, esse corpo-pesquisador-adulto pôde mudar de lugar, deslocar-se de ponto de vista e perceber que aquele usuário era também um sujeito que podia cuidar dele. O corpo-pesquisador-adulto estudante de psicologia percebeu naquele momento que também podia ser cuidado pelo usuário. Participando daquela reunião, estabelecemos uma relação de cuidado. A relação entre os termos pôde ser reformada, no mais amplo sentido da palavra, principalmente no sentido clínico e político que nos alia à Reforma Psiquiátrica.

Se todo ponto de vista carrega consigo a parcialidade que é lhe própria – na medida em que é apenas um ponto imerso em uma imensa rede de relações institucionais e sociais mais amplas –, para reformar relações é preciso transitar entre os diferentes pontos de vista. Fazendo isso vemos que a partir de um ponto de vista é possível estabelecer um tipo de relação, que pode ser uma relação brincante, uma relação distante ou uma relação de cuidado. Multiplicando os pontos de vista, torna-se possível então multiplicar as relações, multiplicar os nós da rede, multiplicar-nos pela rede de relações da qual somos fruto. Entendemos que, ao transitar entre diferentes pontos de vista, colocamo-nos em um contínuo exercício de tradução entre perspectivas. Por isso, ao longo do presente trabalho, forjaremos uma conversa entre François Jullien (2009) e Viveiros de Castro (2002) para com eles pensarmos os conceitos de tradução e de perspectivismo.

Esses conceitos vão nos ajudar a entender melhor a aposta que fizemos junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em São Pedro da Aldeia, onde a pesquisa Gestão Autônoma da Medicação oportunizou a delimitação do problema de pesquisa que aqui nos interessa. Com a pesquisa GAM, situamo-nos no campo da Saúde Mental e somos confrontados com o desafio da produção de conhecimento aliada à produção de cuidado em saúde. O desafio colocado pela GAM diz respeito à construção de um lugar. Entendemos que o lugar de quem pesquisa é também lugar de quem cuida e de quem é cuidado, na medida em que permite transformar relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Esse corpo-pesquisador que ao conhecer produz um mundo é ele mesmo produzido por esse mesmo ato, e precisa cuidar desse duplo processo de produção de si e de mundo, como também deixar-se cuidar por esse processo. Se pesquisar é intervir, o pesquisador, na medida em que intervém, cuida, porque para nós produção de si e de mundo é também produção de cuidado do plano comum da experiência (PASSOS et al, 2013).

A partir da pesquisa GAM, tentamos construir um lugar que nos permitisse colocarmo-nos ao lado dos usuários da RAPS, de seus familiares, e dos trabalhadores, escapando dos lugares previamente definidos que colocam os pesquisadores acadêmicos como detentores de um suposto saber que permite produzir verdades sobre os outros, objetificando-os. Como já nos alertara Foucault (1979), as pessoas não necessitam de intelectuais para saber e falar em nome delas, pois elas estão a todo tempo enunciando seu próprio saber, “mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. [...] Os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder, a

ideia de que eles são agentes da ‘consciência’ e do discurso também faz parte desse sistema” (FOUCAULT, 1979, p. 71).

Nesse sentido, visamos construir um lugar que permita lutar contra as formas de poder que deslegitimam o discurso de minorias historicamente excluídas, como é o caso dos usuários da RAPS. Essa luta exige de nós, pesquisadores, um reposicionamento radical. É preciso mudar de lugar. É preciso construir um lugar instável, a partir do qual se torna possível sustentar uma luta permanente. Uma luta que não toma como objetivo chegar a uma resolução final onde um dos polos antagonistas sairia vitorioso. Nessa luta não há antagonistas, mas apenas posições diferentes que se revezam em uma constante agonística. Sustentar uma agonística que permita dar visibilidade a novas perspectivas no campo da saúde mental é para nós um grande desafio. Por isso utilizamos a metodologia de pesquisa-intervenção participativa, que almeja tornar também pesquisadores os usuários, familiares e trabalhadores que participaram conosco da GAM.

Vale pontuar aqui que minha inserção na pesquisa se iniciou no ano de 2010, quando cursava a graduação em Psicologia e passei a fazer parte do grupo “Enativos: conhecimento e cuidado”, que se reúne na UFF sob coordenação do Prof. Dr. Eduardo Passos, como bolsista de Iniciação Científica (FAPERJ). A entrada no Mestrado em Estudos da Subjetividade do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFF, no ano de 2013, permitiu dar continuidade a minha participação na pesquisa que já estávamos desenvolvendo juntos.

Como bolsista de Iniciação Científica, participei durante um ano do manejo do Grupo de Intervenção com Familiares (GIF), ao lado da então doutoranda Letícia Renault, na segunda fase da pesquisa cujo objetivo era validar o Guia GAM já traduzido e adaptado. Durante o Mestrado, participei do manejo do Grupo de Apoio Matricial ao lado de Thaís Mello, bolsista de Iniciação Científica, e também do Fórum de Trabalhadores da RAPS, ao lado do Prof. Dr. Eduardo Passos, da doutoranda Letícia Renault, da mestrandia Júlia Carvalho, da mestrandia Beatriz Prata e da bolsista de Iniciação Científica Thaís Mello, onde juntos fomos responsáveis pela oferta de Apoio Institucional.

Como pesquisadora da GAM, pude experimentar essa agonística e perceber que aquilo que me tornava diferente dos usuários, familiares, trabalhadores com os quais me relacionei – o saber acadêmico – não devia ser descartado, a fim de acalmar as tensões, mas sim deslocado e constantemente problematizado. Meu papel era acessar, reconhecer

e legitimizar o saber de usuários, familiares e trabalhadores, tornando possível a inserção desses diferentes saberes no cerne da pesquisa.

Desse modo nos tornávamos pesquisadores juntos, derrubando os muros erigidos pelo saber e poder vigentes. A aposta ético-metodológica da pesquisa-intervenção participativa se performatiza no momento em que esses diferentes saberes compõem um plano comum. O presente trabalho almeja possibilitar ao leitor uma pequena imersão nesse plano comum que construímos ao longo de nosso trabalho no município de São Pedro da Aldeia, na Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro.

CAPÍTULO 1

Condições para o surgimento e para a tradução da Gestão Autônoma da Medicação.

1.1 – Medicalização e Medicamentação: a produção do problema da gestão da medicação.

Para apresentarmos a Gestão Autônoma da Medicação, tratarmos de sua tradução do Canadá para o Brasil, bem como das diversas fases que o projeto de pesquisa assumiu em nosso país até chegarmos na fase de Apoio Institucional e Apoio Matricial, precisamos antes situarmo-nos no complexo cenário de onde emanam as condições para o surgimento de alguns dos problemas fundamentais que sustentam muitas das perguntas e das respostas esboçadas ao longo do presente trabalho.

Primeiramente, é preciso entender que não seria possível conceber a Gestão Autônoma da Medicação em um cenário onde a gestão da medicação não ganhasse relevo enquanto um problema social, econômico e político. Em segundo lugar, é preciso entender que a relevância desse problema certamente não surge a partir da criação de cada uma das substâncias que compõe o que hoje denominamos medicação, medicamentos ou remédios, mas sim a partir de um certo agenciamento produzido em nossa sociedade contemporânea que nos permite estabelecer determinadas relações impensáveis em outras épocas. Em terceiro e último lugar, é preciso entender que, para nós, não é possível pensar a medicação como se a mesma fosse um termo isolado das relações que a forjaram, ou seja, afirmamos que a medicação tal como a concebemos hoje só pode se tornar um problema de pesquisa porque surge em complexa relação com determinados procedimentos de gestão dos corpos, das substâncias, e em última instância de gestão da própria vida.

Nesse sentido, queremos no presente subcapítulo identificar as condições de possibilidade para o surgimento de uma preocupação com a gestão da medicação em nossa sociedade para a partir daí traçar uma breve cartografia das relações que hoje estabelecemos com a medicação. É por isso que aqui torna-se importante entender um

processo que culmina no que hoje chamamos, no campo da saúde, de Medicalização e Medicamentação. Partindo do que Foucault (2005) chamou de a priori histórico, queremos olhar para a positividade dos discursos que permeiam esse campo, seguindo a história da construção do problema da gestão da medicação. O caráter paradoxal da proposição de Foucault – identificar a dimensão histórica de um problema que geralmente é concebido como existente a priori – de saída nos permite perceber que o problema da gestão da medicação é apenas um recorte, um produto de um amplo processo de produção histórica e social. Tal problema não estava dado de antemão, não coincidiu com a invenção dos medicamentos, e nem mesmo poderia ter surgido em outro contexto que não o nosso. Para definir seu a priori histórico, acompanharemos a história do surgimento das noções de Medicalização e Medicamentação, que nos permitem vislumbrar um longo processo de produção que remonta ao século XVI e apresenta suas reverberações no modo como nos relacionamos com a medicação até os dias atuais.

Para nós, é difícil criar certa distância desse problema para empreendermos uma análise mais abrangente, porque nossa sociedade atual está continuamente submetida a processos de medicalização. Todas as condutas, os comportamentos, as mentalidades e o próprio corpo humano integram um sistema onde a função política da medicina adquire um escopo cada vez mais amplo. O saber médico se insinua por toda parte, e aos poucos vai tornando-se impossível delimitá-lo ou encontrar algo que lhe seja exterior (FOUCAULT, 2010). Para que tal processo de medicalização se torne possível é necessário antes de tudo que a população se converta em problema político, e que a saúde das populações se desloque do simples contexto das técnicas de assistência para um contexto mais amplo de gestão da sociedade como um todo. É quando a saúde das populações passa a ocupar um lugar importante nos mecanismos de governo do Estado que acompanhamos o início do processo de medicalização da vida.

Foucault (1979) nos mostra que desde o final do século XVI todas as nações da Europa já abordavam os problemas de saúde da população dentro de um contexto político, econômico e científico. Como tal período histórico fora marcado pelo mercantilismo – que se configurou como teoria econômica e prática política de controle de fluxos monetários entre as nações, bem como de estimulação da produção e garantia de uma maior quantidade de indivíduos ativos –, o cálculo da força ativa de trabalho da população tornou-se uma questão pertinente. Era importante medir os níveis de saúde da população a fim de exercer maior controle sobre sua capacidade de produção, estimulando-a a

produzir ao máximo. É nesta perspectiva que surgem estatísticas de nascimento e mortalidade na França, assim como contabilidades populacionais na Inglaterra do século XVII. O estabelecimento destas tabelas dá provas da preocupação dos referidos Estados com os índices de saúde das populações. O que tais tabelas não indicam é a criação de alguma prática específica que tenha sido desenvolvida a fim de intervir na realidade identificada.

Entretanto na Alemanha, em meados do século XVIII, começam a ser desenvolvidas algumas práticas que visam não apenas medir, mas também intervir e alterar os níveis de saúde da população, inaugurando a primeira política médica de Estado. Essa política, que ficará conhecida como *polícia médica*, será aplicada entre o final do século XVIII e início do século XIX, configurando-se enquanto importante movimento de normalização da sociedade. Normalizar a sociedade, regulando a vida dos indivíduos e populações através da saúde, será um dos principais empreendimentos do Estado Moderno. Foucault nota que o nascimento da medicina moderna, prática aparentemente pertencente ao domínio privado da relação clínica entre médico e paciente, paradoxalmente está atrelado a esse processo de máxima estatização que tem seu início na Alemanha.

Vê-se, por conseguinte, que não se passou de uma medicina individual a uma medicina pouco a pouco e cada vez mais estatizada, socializada. O que se encontra antes da grande medicina clínica, do século XIX, é uma medicina estatizada ao máximo. Os outros modelos de medicina social, dos séculos XVIII e XIX, são atenuações desse modelo profundamente estatal e administrativo já apresentado na Alemanha. (FOUCAULT, 1979, p.85).

Podemos então perceber que a radicalização do modelo de medicina estatal, no mesmo período histórico de advento do capitalismo, não permitiu a passagem de uma medicina centrada no coletivo para outra centrada no indivíduo, como poderíamos a princípio supor. Ao contrário, viu-se desenvolver no final do século XVIII e início do XIX, a estatização do corpo enquanto força de produção e não sua individualização. Estatização que nasce aliada a um novo modo de produção: o capitalismo. Essa estatização da força de trabalho visava, sobretudo, um novo modo de controle social, que o referido autor vai chamar de biopolítica.

O conceito de biopolítica é definido enquanto tecnologia de poder que se associa à antiga tecnologia disciplinar que marca o século XVIII, não para superá-la, mas sim para vincular-se a ela e formar-se enquanto tal. A antiga tecnologia disciplinar ou

anátomo-política, tal como o referido autor a definiu, é uma tecnologia de poder que investia na produção de corpos docilizados para melhor servir ao trabalho, e por isso incidia diretamente sobre a materialidade dos corpos, implicando vigilância no espaço e no tempo. A passagem da tecnologia disciplinar para a tecnologia biopolítica mostra que o controle sobre os indivíduos vai se tornando cada vez mais sofisticado, difuso e de difícil localização, justamente por tornar-se contínuo e insidioso. A passagem de uma tecnologia a outra não implica exclusão ou superação, mas coengendramento entre essas diferentes formas de exercício do poder, que se distinguem, mas não se separam. Desse modo “vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana” (FOUCAULT, 1999, p.289).

Com essa mudança de âmbito tecnológico o poder opera uma mudança de foco: do corpo anatômico individual passa ao grande corpo da população. Tornando-se contínuo e difuso o poder, através da tecnologia biopolítica, vai incidir sobre fenômenos antes impensados que abarcam desde problemas como a velhice e até mesmo acidentes que porventura podem retirar o indivíduo do circuito produtivo do capital. Natalidade, morbidade, enfermidades, acidentes e todos os fenômenos que podem acometer a população caem nas malhas dessa nova tecnologia de poder biopolítica que tem como grande aliada a medicina moderna. Começa-se a montar assim o cenário propício à medicalização generalizada da sociedade que vivemos hoje.

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população. Portanto, problemas da reprodução, da natalidade, problema da morbidade também. O outro campo de intervenção da biopolítica vai ser todo um conjunto de fenômenos dos quais uns são universais e outros são acidentais, mas que, de uma parte, nunca são inteiramente compreensíveis, mesmo que sejam acidentais, e que acarretam também consequências análogas de incapacidade, de pôr indivíduos fora de circuito, de neutralização, etc. Será o problema muito importante, já no início do século XIX (na hora da industrialização), da velhice, do indivíduo que cai, em consequência, para fora do campo de capacidade, de atividade. E, da outra parte, os acidentes, as enfermidades, as anomalias diversas. É em relação a esses fenômenos que essa biopolítica vai introduzir não somente instituições de assistência (que existem faz muito tempo), mas mecanismos muito mais sutis (FOUCAULT, 1999, p.291).

A biopolítica engendra mecanismos de controle sutis que vão do corpo individual ao corpo espécie, à população. Enquanto a disciplina incidia sobre o corpo do indivíduo

em seus detalhes, distribuindo os corpos no espaço e regulando-os no tempo, a biopolítica vai incidir sobre um novo corpo: “corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de população” (FOUCAULT, 1999, p.292). Quando nossa sociedade passa da disciplina para a biopolítica vemos surgir novos problemas para a gestão estatal. A função da medicina moderna será medicalizar, ou seja, recobrir com o saber médico, esses novos fenômenos que surgem com o advento da noção de população.

Seguindo os desdobramentos do processo de medicalização ao longo do século XX, vemos que eles apontam para a introdução de um tema novo que é o direito à saúde. O marco da medicalização no século XX diz respeito a essa conversão que transforma o direito individual à saúde em um problema de Estado. Não bastará ao Estado somente manter ativa a força de trabalho dos indivíduos, mas será necessário também garantir a estes o direito à saúde. Para demonstrar como se deu tal desdobramento das práticas de medicalização, podemos recorrer à elaboração do *Plano Beveridge* de organização estatal das políticas de saúde na Inglaterra.

Com o Plano Beveridge, a saúde torna-se objeto de preocupação dos Estados não basicamente para eles mesmos, mas para os indivíduos, quer dizer, o direito do homem de manter seu corpo em boa saúde se converte em objeto da própria ação do Estado. Por conseguinte, os termos se invertem: o conceito de indivíduo em boa saúde para o Estado é substituído pelo de Estado para o indivíduo em boa saúde. (FOUCAULT, 2010, p.168)

Tomando o *Plano Beveridge*, que se dá entre os anos de 1940 e 1950, como um marco histórico a partir do qual assistimos ao nascimento de um novo direito, uma nova moral, uma nova política, e uma nova economia do corpo, chama a atenção do referido autor o fato de que tal plano se consolida em plena II Guerra Mundial – quando mais de quarenta milhões de pessoas foram mortas, vítimas da violência do Estado – se tornando uma paradoxal expressão da preocupação do Estado com a garantia não só da vida, mas da vida em boa saúde. Enquanto o novo direito à saúde ultrapassa o simples direito à vida e a necessidade de manter ativa a força de trabalho, a nova moral vai ultrapassar a antiga obrigação de manter uma boa saúde através da limpeza e da higiene com a entrada em cena do direito a interromper o trabalho quando se está doente. Esse novo direito e essa nova moral terão impactos políticos e econômicos decisivos na medida em que a saúde entrará nos cálculos da macroeconomia, e o Estado se tornará responsável por garantir a todos as mesmas possibilidades de se tratar.

Desse modo “o corpo do indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado, um dos grandes objetos do qual o próprio Estado deve encarregar-se” (FOUCAULT, 2010, p.171) ao mesmo tempo em que o problema da população emerge, marcando o advento da biopolítica. Corpo-indivíduo e corpo-espécie são alvos dessa nova tecnologia de poder – alvos que, longe de se excluírem, entram em plena consonância, permitindo que o Estado invista em sua pretensão de controlar a própria vida enquanto fenômeno coletivo. A estatização do biológico pela via da medicalização abre as portas dos corpos individuais e do corpo coletivo da população para um insidioso tipo de intervenção que tem como objeto a vida. Para realizar tal empreitada, ampliar o escopo da medicina se fará necessário.

Temos pois duas séries: a série corpo – organismo – disciplina - instituições; e a série população - processos biológicos - mecanismos regulamentadores - Estado. Um conjunto orgânico institucional: a organo-disciplina da instituição, se vocês quiserem, e, de outro lado, um conjunto biológico e estatal: a bio-regulamentação pelo Estado.” (FOUCAULT, 2005)

A partir no nascimento da biopolítica, começarão a ser identificadas então, no século XX, as condições para a emergência do fenômeno de medicalização indefinida (FOUCAULT, 2010), caracterizada pela grande difusão do saber médico que passa a recobrir todo o campo social – e não somente o campo tradicional da intervenção médica, definido pela existência das doenças e da formulação de uma demanda por parte do doente. A medicalização indefinida se torna possível quando o saber médico se insinua por toda parte e a própria saúde se converte em um objeto de intervenção médica.

Atualmente percebemos que a medicina não tem mais um campo que lhe seja exterior, na medida em que todo e qualquer fenômeno humano pode, e geralmente o é, enquadrado pelo saber médico. Uma infinidade de fenômenos que antes não foram considerados pela medicina passam agora a ser alvo de suas intervenções, desde as dificuldades de jovens e crianças na escola até o incômodo de pessoas que se encontram alguns quilos acima do peso considerado ideal, incluindo o estresse de trabalhadores submetidos a condições de trabalho desgastantes, a ansiedade de casais que passam por frequentes brigas conjugais e até mesmo a tristeza sentida diante do falecimento de um membro da família – tudo é alvo da intervenção médica em nossa sociedade, que experimenta o ápice da medicalização indefinida.

Por isso o autor afirma que vivemos em Estados médicos abertos, onde não se consegue mais escapar à medicalização e que todos os esforços nesse sentido remetem

novamente a um saber médico. Significa que, mesmo “quando se quer objetar à medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso é feito em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso” (FOUCAULT, 2010, p.184).

Podemos afirmar que um dos efeitos mais insidiosos desse processo de medicalização indefinida é o que ficou conhecido no campo da saúde mental como Medicamentação (AMARANTE, 2007). A partir do momento em que a própria vida se tornou alvo do saber médico, fomos levados a crer que não só é possível como também é desejável responder às situações mais diversas com o uso de medicamentos. Se o saber médico não se restringe mais ao campo específico das doenças e da demanda do doente, o uso de medicamentos também não. Qualquer fenômeno, desde o envelhecimento até a tristeza, podem se tornar objetos do saber médico e concomitantemente, alvo da indústria farmacêutica. A medicalização é o primeiro passo que abre o corpo para o controle do Estado, enquanto a Medicamentação é o segundo passo que vende esse corpo recortado pelo saber médico para o mercado dos medicamentos.

Percebemos que, no campo da saúde mental, a produção do cuidado vem sendo obstaculizada e recoberta por esses dois processos que nascem juntos e que, à primeira vista, podem parecer indissociáveis. Medicalização e Medicamentação surgem como dois braços de uma mesma tecnologia de poder – a biopolítica – que analisamos até aqui com a ajuda de Foucault (2010). Cabe agora avançarmos em nossas análises para nos aproximarmos do processo de Medicamentação da sociedade moderna, quando a saúde da população se torna um problema de Estado e um grande interesse do Mercado – mais especificamente da indústria farmacêutica.

Quando o saber médico se espalha por todos os cantos, ao lado dele surge a promessa de pílulas mágicas que curam o que antes nem sequer era considerado doença. O saber médico recorta e controla o corpo, sob a exigência de uma política de Estado. A indústria farmacêutica, grande aliada dessa política médica, vende soluções fictícias e parciais para novos problemas designados por diagnósticos que se proliferam dia após dia. Os medicamentos aparecem como uma potente arma que permite ao Estado e ao Mercado incidirem direta e continuamente sobre os corpos.

Para dimensionarmos o impacto do problema que chamamos aqui de Medicamentação, consideramos importante aproximarmo-nos de alguns dados referentes à expansão da indústria farmacêutica, que ganhou grande expressão a partir dos

avanços científicos e tecnológicos ocorridos nas décadas de 1940 e 1950. Nesse período histórico, tal como vimos anteriormente, surgia um novo direito, uma nova moral, uma nova política, e uma nova economia do corpo, que Foucault (2005) chamou de biopolítica. E também surgiram os avanços tecnológicos que permitiram o desenvolvimento de uma grande quantidade de novos medicamentos, garantindo à indústria farmacêutica um lugar de destaque no mercado internacional.

Desde então essa indústria encontra-se em franco crescimento, e, fazendo um exercício de levantamento de dados, nos surpreendemos com a magnitude dos números que revelam um panorama muito preocupante. Podemos notar que Illich (1979) já apontava esse problema no final da década de 1970, designando-o como “invasão farmacêutica”:

Nessas condições de invasão farmacêutica, não é de surpreender que os tranqüilizantes sejam o tipo de arma cujo uso se amplia mais rapidamente. Nos Estados Unidos, os produtos que atuam sobre o sistema nervoso central têm o mais veloz crescimento no mercado farmacêutico e representam 31% das vendas globais. O consumo de substâncias prescritas que produzem hábito ou dependência aumentou de 290% de 1962 para cá. Durante esse período, o de bebidas alcoólicas cresceu apenas 23% per capita e o consumo ilegal de opiáceos cerca de 50%, segundo estimativas. O vício medicalizado vem largamente à frente do vício festivo (ILLICH, 1979, p.39).

Nos tempos atuais a situação se agrava ainda mais. Por exemplo, somente no ano de 2002 o faturamento da indústria farmacêutica atingiu valores em torno de 169.5 bilhões de dólares na América do Norte, 100.8 bilhões na Europa e 30.5 bilhões na América Latina. Somando os lucros obtidos em todos os países do mundo, o faturamento total chega a 406 bilhões de dólares, fazendo com que o mercado dos medicamentos se torne um dos negócios mais lucrativos do planeta (MORAIS, 2003).

Chama atenção o fato de que a taxa anual média de crescimento da indústria farmacêutica seja de 7% a 8%, enquanto a taxa média de doenças que acometem a população está longe de seguir essa mesma linha de crescimento (idem). Fica cada vez mais evidente que não existe relação necessária e direta entre os índices de saúde da população e o consumo de medicamentos. O que significa então esse crescente aumento das vendas de medicamentos se as pessoas não estão sendo acometidas por mais doenças?

Encontramos algumas pistas para responder a essa pergunta: dentre os medicamentos mais vendidos, apenas 20% são considerados essenciais, portanto, a maior parte dos lucros da indústria farmacêutica (aproximadamente 80%) decorre do consumo

desnecessário de medicamentos que não são considerados essenciais. Por outro lado, 1/3 da população mundial não tem acesso aos medicamentos considerados essenciais, dos quais realmente necessita (RENOVATTO, 2008). Esses dados nos levam a concluir que a parcela da população que sofre os efeitos da Medicamentação de forma mais violenta é aquela que, estimulada a consumir medicamentos mesmo quando não está efetivamente doente, consegue encontrar meios de arcar com os custos dos mesmos. Por outro lado, a parcela da população que não tem dinheiro para pagar essa conta não consegue ter acesso nem aos medicamentos essenciais quando está efetivamente doente e necessita deles. Isso significa dizer que a Medicamentação da sociedade está intimamente vinculada ao interesse da indústria farmacêutica em obter mais lucro e não ao aumento dos níveis de saúde da população.

Somente no Brasil, encontramos nas farmácias mais de trinta e dois mil rótulos de medicamentos à venda, contendo variações de doze mil substâncias, enquanto a Organização Mundial da Saúde afirma que apenas trezentas substâncias são consideradas medicamentos essenciais (MORAIS, 2003). O exemplo brasileiro mostra que a indústria farmacêutica comercializa apenas em nosso país cerca de onze mil e setecentas substâncias que não são consideradas essenciais, e, portanto, poderiam não estar sendo comercializadas se levássemos em conta apenas a saúde da população. Cabe-nos concluir que, em nome da manutenção das enormes taxas de lucro da indústria farmacêutica, coloca-se em risco a saúde da população que, servindo de alvo à Medicamentação em expansão, encontra-se refém dos inúmeros efeitos colaterais produzidos por esses medicamentos. Cria-se assim uma fórmula que a princípio pode parecer muito estranha: consumimos cada vez mais medicamentos e justamente por isso ficamos cada vez mais doentes. Tal fórmula deixa de soar estranha se percebermos que ela existe para manter um ciclo que insere a todos na esteira lucrativa da indústria farmacêutica: se a população continuar ingerindo medicamentos desnecessariamente acaba ficando realmente doente, passando assim a precisar de mais e mais medicamentos, gerando mais e mais lucro.

Mas, se é tão evidente que a população está cada vez mais exposta a uma série de problemas gerados pelo consumo desnecessário de medicamentos, como explicar o fato de que continuamos comprando e consumindo medicamentos? Não estaria próximo o fim desse processo? Como os lucros da indústria farmacêutica podem continuar em franco crescimento se os efeitos nocivos da Medicamentação se fazem notar de maneira cada vez mais explícita? Para responder a essas perguntas, precisamos entender como funciona

o contínuo apelo da indústria farmacêutica, que lança mão de uma série de estratégias insidiosas para manter-se lucrando. Conhecer algumas dessas estratégias que vem sendo utilizadas atualmente pode ajudar a entender um pouco melhor esse processo.

No boletim “A ética do medicamento: múltiplos cenários”, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (2007), foram listadas quinze das principais estratégias de convencimento que a indústria farmacêutica utiliza para persuadir os médicos a prescreverem seus medicamentos. Apostando na influência que tais estratégias de marketing podem exercer no ato da prescrição, os fabricantes oferecem aos médicos:

Visitas de propagandistas; Presentes diretos (brindes); Presentes indiretos (viagens e hospedagem para encontros patrocinados pelos fabricantes); Convites para jantares e eventos sociais e recreativos; Patrocínio de eventos de educação continuada (cursos, oficinas, seminários); Patrocínio de simpósios satélites e conferências em congressos científicos; Títulos da empresa fabricante ou participação como acionista; Condução de pesquisa patrocinada; Fundos para escolas médicas, auditórios e disciplinas acadêmicas; Fundos para sociedades e associações profissionais; Patrocínio de associações de pacientes; Envolvimento com diretrizes clínicas; Pagamento de consultorias de especialistas; Pagamento de líderes ou formadores de opiniões; Publicação de artigos científicos por “autores fantasmas”; Anúncios e suplementos patrocinados em periódicos médicos. (OPAS, 2007, p.2)

O boletim da OPAS enfatiza o caráter antiético dessas práticas e afirma a necessidade de combatê-las de forma ativa, começando nos primeiros anos de formação dos profissionais médicos. Porém, reconhece que essa tarefa se mostra bastante difícil, já que a indústria farmacêutica patrocina grande número de publicações, cursos, seminários, simpósios, congressos e até mesmo disciplinas acadêmicas nos cursos de medicina do mundo inteiro. De acordo com o resultado de uma enquete que a própria OPAS realizou com residentes de medicina formados na Universidade de Harvard, 90% responderam que aceitam ou já aceitaram esses “brindes” oferecidos pela indústria farmacêutica, no entanto 61% acreditavam que sua prática clínica não estava sendo influenciada por tais “brindes”. Além disso, a OPAS também observou que, devido à multiplicidade de novas informações produzidas pelas ciências médicas, os profissionais de cada especialidade deviriam ler uma média de 19 periódicos diariamente para se manterem informados. Como os médicos não conseguem dar conta desse excesso de informação, são as próprias propagandas da indústria farmacêutica que têm sido usadas para atualizar seus conhecimentos (idem).

Se os médicos se veem cada vez mais cooptados pela indústria farmacêutica, os demais profissionais do campo da saúde, bem como a população em geral não fogem a essa regra. Nesse processo de Medicamentalização, a mídia desempenha papel fundamental já que, como grande aliada da indústria farmacêutica, dissemina amplamente a ideia de que existem pílulas mágicas que podem livrar-nos de todos os nossos problemas, ou ao menos apaziguá-los. Por isso vemos que hoje muitos usuários já chegam à consulta médica solicitando a prescrição de medicamentos, e acreditando no poder das pílulas que, tal como promete a propaganda na TV, podem nos livrar magicamente de todos os nossos males.

Desse modo, percebemos que a Medicamentalização não só se mantém de forma independente das demandas sanitárias da população, como também está intimamente ligada às demandas de mercado produzidas e reproduzidas diariamente pela mídia. Se o processo de Medicamentalização está necessariamente vinculado ao processo de Medicalização – que, como vimos, diz respeito à gestão da saúde das populações – vale perguntar qual a posição tomada pelo Estado diante desse fenômeno que não mais coloca a saúde da população como alvo principal, mas sim o lucro da indústria farmacêutica.

Aproximando-nos no caso do Brasil, vemos que o país está em plena consonância com os interesses da indústria farmacêutica, na medida em que amplia seus investimentos em medicamentos, como se os mesmos estivessem ligados ao aumento dos níveis de saúde da população. Segundo o Ministério da Saúde, “o impacto dos gastos com medicamentos no Brasil é compatível com o observado na maioria dos países em desenvolvimento, chegando a consumir até 1/3 dos recursos destinados a atenção à saúde” (MS, 2008, p.7).

Porém, ao mesmo tempo em que estimula o aumento no consumo de medicamentos, na medida em que aumenta seus investimentos, o Estado também precisa impor limites à propaganda desses medicamentos, já que seu objetivo declarado é promover a saúde da população, bem como evitar agravos. Para isso existem agências estatais especializadas, que supostamente vão impor certos limites à indústria farmacêutica através da criação de legislações específicas. Se analisarmos as legislações criadas para regular a propaganda de medicamentos no Brasil, veremos que

Entre elas, se destacam a Lei nº 6.360/76, o Decreto nº 79.094/77 e a Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor). O texto regulatório mais recente, consubstanciado na publicação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da

ANVISA, de nº 102/2000 (de 30/11/2000, mas que só entrou em vigor em 30/05/2001, para que a indústria, as agências de publicidade e as empresas de comunicação tivessem tempo para se adequar a ela), nasceu da tentativa de pactuar uma regulação que refletisse, naquele momento, as ações possíveis numa área já regulada mas muito pouco fiscalizada. (NASCIMENTO, 2005, p.313).

O órgão responsável por regular e fiscalizar esse setor no nosso país é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Entendemos que a ANVISA, ao definir uma série de exigências voltadas para o controle da publicidade de medicamentos, expressa o suposto objetivo do Estado de frear o processo de Medicamentalização em curso no Brasil. Porém, é curioso notar que uma das exigências mais conhecidas da citada Resolução nº102/2000 da ANVISA é aquela que obriga toda propaganda de medicamentos a trazer ao final uma advertência, indicando que, “ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”. Essa advertência nos parece bastante paradoxal em relação aos objetivos expressos pela ANVISA e por isso gostaríamos aqui de analisá-la brevemente.

Em primeiro lugar, precisamos entender: o que está sendo dito em relação ao papel do médico na frase “ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”? Nessa advertência, que acompanha a propaganda de todos os medicamentos vendidos no Brasil, a ANVISA está subordinando a consulta médica à persistência de efeitos indesejáveis após o uso da medicação que está sendo anunciada na propaganda. Parte-se do seguinte pressuposto: primeiro a pessoa vai fazer uso da medicação que está sendo propagandeada, e depois, caso persistirem os sintomas que a levaram a usar tal medicação, o médico deverá ser consultado. Subordinar a consulta médica ao caso de persistência dos sintomas não significa dotar o médico de um papel secundário em relação ao consumo de medicamentos? Se nenhum medicamento deve ser consumido sem indicação médica, logo o médico deveria ser consultado antes da ingestão de qualquer medicamento, e não apenas “ao persistirem os sintomas”, não é mesmo?

Em segundo lugar cabe perguntar: por que estaria a ANVISA incentivando o uso indiscriminado de medicamentos? Por que o órgão responsável por impor limites à propaganda de medicamentos afirmaria que os mesmos podem ser usados de acordo com o desejo do consumidor, e apenas “ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado”? Se de fato o Estado visasse combater os abusos da indústria farmacêutica, sem dúvida a ANVISA não poderia relegar o médico a um papel secundário em relação ao uso de medicamentos, muito menos estimular o consumo indiscriminado dos mesmos.

Mas, como podemos concluir, esse não é o interesse do Estado. Em uma sociedade capitalista, que é a nossa, não é de se espantar que Estado e Mercado caminhem de mãos dadas. Sendo a indústria farmacêutica uma das mais lucrativas do mundo, seus interesses precisam estar em consonância com os interesses do Estado – e, caso não estejam, é o Estado que vai precisar alinhar-se a tais interesses, e não o contrário.

Mas como o profissional médico pode se posicionar diante desse cenário perverso? E quanto aos demais profissionais da saúde? Como os diversos atores envolvidos nesse processo (trabalhadores, usuários e familiares) podem se posicionar diante do processo de Medicamentação? É possível resistir? É possível criar fissuras, produzir rupturas em meio às estratégias de Medicamentação sustentadas pelo Estado e pela indústria farmacêutica?

Pelo visto, a relação entre médicos e indústria farmacêutica vem se tornando cada vez mais intensa, e essa categoria profissional tem assumido um verdadeiro caráter de dependência em relação a mesma. “Estes profissionais, cada vez mais, se dão conta de que estão se convertendo em intermediários quase automáticos entre a indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação” (FOUCAULT, 2010, p.191).

Percebemos que está ocorrendo uma importante inversão entre Medicalização e Medicamentação: se o processo de Medicalização, ou seja, a expansão indefinida do saber médico, foi responsável por inaugurar as condições de possibilidade para o surgimento da Medicamentação, hoje a segunda parece se autonomizar, tentando submeter o saber médico, reduzindo-o à função de prescrição de medicamentos. A Medicalização gerou como um de seus principais efeitos a Medicamentação, que por sua vez ganhou independência retornando sobre sua causa na tentativa de subjugar-la. Como num filme de ficção científica os medicamentos parecem ter ganhado vida própria e estão fugindo do controle do médico, que deixou de ser seu senhor e passou a ser seu servo.

A indústria farmacêutica e seu inalterável interesse em aumentar os lucros a todo custo se sobrepõem ao Estado e seu suposto interesse de garantir a saúde da população. Como afirmávamos já no início do presente subcapítulo, a Medicalização é o primeiro passo que abre o corpo para o controle do Estado, enquanto a Medicamentação é o segundo passo que vende esse corpo recortado pelo saber médico para o mercado dos

medicamentos. Parece que já demos o terceiro passo e estamos diante de um fenômeno de inversão onde o processo de Medicamentalização assume a dianteira, submetendo o próprio saber médico que garantiu seu surgimento.

É a partir da montagem desse cenário que envolve as noções de Medicalização e Medicamentalização que percebemos algumas das condições de possibilidade para o nascimento do problema da gestão da medicação. Tal como afirmamos anteriormente, é apenas em um cenário onde a gestão da medicação ganha relevo enquanto um problema social, econômico e político que pode nascer a Gestão Autônoma da Medicação – que conheceremos a partir do próximo subcapítulo.

Como vimos, a relevância do problema da gestão da medicação não surgiu a partir da invenção da medicação, mas sim a partir do nascimento de uma certa tecnologia de poder que nos permitiu estabelecer determinadas relações com a medicação. Nesse sentido não podemos pensar a medicação como se a mesma fosse um termo isolado das relações que a forjaram. Por isso afirmamos que a gestão da medicação, tal como a concebemos hoje, só pode se tornar um problema de pesquisa porque surge em complexa relação com determinados procedimentos de gestão dos corpos, das substâncias, e em última instância de gestão da própria vida.

É importante atermo-nos a essa complexa trama de relações para não cairmos na cilada criada por uma questão capciosa, que possui a capacidade de desviar nossa atenção do cerne do problema e que se enuncia da seguinte maneira: a Gestão Autônoma da Medicação serve então para fazer o usuário parar de tomar medicamentos ou não? Ao fazer essa pergunta, fechamos os olhos diante da complexidade das relações que estão em jogo para nos fixarmos apenas em um termo isolado, sendo assim levados a achar que a medicação é o grande problema.

O que nos interessa é pensar as relações e não apenas os termos. Nesse sentido, a questão que move a GAM desde o seu nascimento é a relação que se estabelece com a medicação no tratamento em saúde mental e não exclusivamente o fato de usar ou não usar medicamentos.

1.2 – Dos serviços alternativos no Canadá aos serviços substitutivos no Brasil: como traduzir?

Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma expressão que surge pela primeira vez nos anos 90, na província do Quebec, no Canadá, entre usuários e profissionais membros do *Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec* – RRASMQ (Agrupamento dos Recursos Alternativos de Saúde Mental do Quebec) e da *Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale du Québec* – AGIDD-SMQ (Associação dos Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec). Esses grupos se organizaram com vários serviços alternativos e comitês de projetos de pesquisa em torno de um objetivo comum: questionar o uso da medicação psiquiátrica a fim de garantir um tratamento apropriado para pessoas que sofrem com transtornos mentais. Para que tal objetivo se efetivasse, ficou claro para esse grupo que as práticas hegemônicas de cuidado em saúde mental precisavam ser alteradas (ÉRASME/RRASMQ, 2006).

O primeiro passo dado pelos quebequenses que forjaram a GAM buscou modular o modo como esse problema vinha sendo colocado hegemonicamente. Eles nos convidaram a ouvir o que os usuários têm a dizer sobre a relação que estabelecem com suas medicações e com seu tratamento, a fim de orientar o cuidado a partir dessas experiências. Esse convite coloca em evidência a centralidade que o saber médico psiquiátrico exerce e a concomitante marginalização que os demais saberes sofrem. Quando o saber médico psiquiátrico é o centro orientador do cuidado em saúde mental, todos os outros saberes, principalmente o saber do usuário que é alvo desse cuidado, são colocados à margem, são marginalizados. O objetivo da GAM quebequense foi deslocar o saber do usuário da margem para o centro.

Um dos principais problemas que chamava atenção desse primeiro grupo que forjou a GAM se referia à questão da relação com a medicação que, em grande parte dos casos, é considerada como a única resposta para o sofrimento, mesmo apresentando efeitos colaterais pesados e entervando muitas vezes o trabalho que o usuário pode exercer sobre si mesmo. Associada a esse problema, encontra-se uma dificuldade e até mesmo uma impossibilidade do usuário exprimir seu ponto de vista sobre a medicação ou de questioná-la, sob o risco da acusação de estar resistindo ao tratamento. Na grande

maioria dos casos, as prescrições medicamentosas são muito pesadas e abarcam prazos muito longos, dificultando o diálogo e a possível negociação, que são ainda mais desestimulados pelo fato de usuários, assim como seus familiares e a grande maioria dos profissionais da saúde, disporem de informações insuficientes sobre o tema da medicação. Além disso, faltam espaços de diálogo com os profissionais médicos. Como consequência dessa série de problemas, notou-se que muitos usuários interrompem o uso da medicação por conta própria e acabam sendo hospitalizados, saindo das internações ainda mais medicados (RODRIGUEZ DEL BARRIO et al, 2008).

Diante desses problemas, a GAM surgiu nos serviços alternativos como uma aposta na efetiva participação do usuário na gestão do seu tratamento, defendendo o reconhecimento da autonomia e dos direitos desse usuário enquanto sujeito e não mais como mero objeto de cuidados. Com a GAM, a experiência dos usuários de medicações psiquiátricas sai do silêncio e é convocada a orientar as práticas de cuidado em saúde mental ofertadas pelos serviços alternativos.

Mas cabe aqui perguntar: o que são esses tais serviços alternativos? Qual a diferença entre os serviços públicos e os serviços alternativos no Quebec? Por que a GAM surgiu nos serviços alternativos? E por que não encontrou solo fértil para se desenvolver nos serviços que compõem a rede pública de saúde dessa província? Na tentativa de responder essas perguntas, vale conhecer os principais problemas que permeiam a relação entre os serviços públicos e os serviços alternativos no Quebec, retomando um pouco da história do sistema de saúde na província.

Um marco histórico importante foi a reforma do sistema de saúde que teve início no final da década de 1980. Dentre os principais problemas que acometiam o sistema de saúde pública quebequense, e que ensejaram o movimento reformista, estavam a centralidade que o hospital e o profissional médico exerciam, e a baixíssima participação da população na gestão desse sistema. A centralidade exercida pelo estabelecimento hospitalar e pelo saber médico fez com que serviços de base comunitária fossem subutilizados enquanto, por outro lado, criava-se uma grande procura e até mesmo formavam-se filas nas emergências hospitalares. Muitos problemas de saúde que poderiam ser solucionados fora do ambiente hospitalar acabavam sendo absorvidos pelo hospital, gerando grande número de procedimentos desnecessários, má alocação de

recursos e baixa resolutividade dos problemas de saúde da população (DUSSAULT, 1995).

Identificando esses problemas e entendendo a necessidade de propor transformações, no final da década de 1980 e início de 1990 o Ministério de Saúde e Serviços Sociais (MSSS) do Quebec publicou uma série de documentos que dispararam uma reforma do sistema de saúde pública da província. Para realizar tal empreendimento, foi composta uma Comissão de Inquérito sobre a saúde e os serviços sociais, conhecida como *Commission Rochon*, que defendeu alterações das instâncias decisórias, dos recursos humanos e dos serviços (CONILL, 2000). O primeiro documento, chamado *Orientations* (MSSS, 1989), dá ênfase à descentralização, à participação e ao controle social, enquanto o documento *Réforme Axée sur le Citoyen* (MSSS, 1990) e a *Loi 120* (Assemblée Nationale, 1990) definem como fundamentos para o novo processo reformista a participação do cidadão. Essa participação é entendida a partir de três categorias distintas, que orientam as estratégias por grupos: “para o cidadão que é consumidor, para o cidadão que deve decidir e para o cidadão que é financiador” (CONILL, 2000, p. 967). Ficam assim lançadas as bases para a construção de uma política pública, na medida em que são abertas instâncias de participação popular.

Em 1987 começou a se delinear a primeira política pública de saúde mental do Quebec, com a elaboração de um relatório preparatório intitulado “*Por uma parceria ampliada: projeto da Política de Saúde Mental do Quebec*” (CLÉMENT et al, 2013). O subtítulo do primeiro capítulo do relatório, “*Sou uma pessoa, não uma doença*”, desde então se tornou o lema dos movimentos em defesa da saúde mental na província. Esse relatório indicava a necessidade de investir na participação dos usuários e de estabelecer parcerias entre os serviços públicos, os serviços alternativos, os trabalhadores, os usuários e as pessoas que lhe são próximas. No ano de 1989 é lançada a política pública de Saúde Mental que enfatizava as seguintes propostas: “garantir a primazia da pessoa, incrementar a qualidade dos serviços, alcançar uma equidade regional dos serviços, buscar soluções no meio de vida dos usuários e consolidar a parceria ao reconhecer o potencial de cada um” (CLÉMENT et al, 2013, p. 2871). Porém, percebeu-se que, mesmo com a implantação dessa política, a participação do usuário continuava se dando de maneira insuficiente e se restringia às decisões clínicas que envolviam seu tratamento em particular, não incidindo nas instâncias coletivas de gestão da rede de serviços. Apesar dos esforços na criação de políticas públicas mais inclusivas e da pressão exercida pelos

movimentos sociais, não foi possível criar meios efetivos de estender a participação dos usuários no sistema público de saúde para o âmbito político institucional tal como estava sendo reivindicado.

Impedidos de participar das decisões e da gestão do sistema público, a população se organiza e cria vários serviços alternativos que têm como objetivo garantir outro tipo de relação de cuidado em saúde, mais participativos e inclusivos. Os serviços alternativos são criados como espaços de cuidado sob gestão comunitária, que se diferenciam dos serviços públicos pela qualidade do acolhimento oferecido e pela estrutura que favorece relações mais horizontais entre profissionais e usuários. Dentre esses serviços existem centros de crise, grupos de ajuda mútua, serviços terapêuticos, centros de acolhimento, casas de transição, postos de saúde, serviços de reintegração ao trabalho e centrais de atendimento telefônico (ÉRASME/RRASMQ, 2006).

É nesse contexto comunitário que surge no ano de 1999 um projeto piloto, que envolvia dez serviços alternativos do RRASMQ, com a colaboração da AGIDD-SMQ e o acompanhamento avaliativo da Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura (ÉRASME)². A partir desse projeto, foi formulado o instrumento *Gestão Autônoma da Medicação da Alma. Meu Guia Pessoal*, composto de algumas informações sobre medicações psiquiátricas, direitos dos usuários dos serviços de saúde e muitas perguntas acerca da experiência daquele que faz uso de medicações psiquiátricas. O instrumento foi organizado para repensar a relação que se estabelece com a medicação e chegar a uma qualidade de vida mais satisfatória. A ÉRASME acompanhou essa experiência, que se estendeu e desdobrou-se em um segundo projeto piloto, no ano de 2002, quando o instrumento foi publicado e esse grupo começou a criar espaços de diálogo também na rede pública de saúde, disseminando a GAM pelo Quebec. Essa articulação com a rede pública disparou efeitos interessantes, e, já no ano de 2005, teve início um terceiro projeto que contou com uma subvenção do Ministério do Desenvolvimento Econômico, da

² A Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura (ÉRASME) é constituída por três pesquisadores comunitários e onze pesquisadores acadêmicos das seguintes universidades: Universidade de Montreal, UQÀM, Universidade de Ottawa, Universidade Laval e McGill. A equipe tem composição interdisciplinar e é responsável por diversos projetos onde estão envolvidos pesquisadores da Antropologia Médica, Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, Serviço Social e Ciências Políticas. Participam diretamente do projeto *Gestão Autônoma da Medicação*: Lourdes Rodriguez del Barrio (pesquisadora principal), professora da Universidade de Montreal no Dep. de Serviço Social; Ellen Corin (co-pesquisadora), professora da Universidade McGill no Dep. de Psiquiatria e de Antropologia e membro da divisão de pesquisa psicossocial no Hospital Douglas; Cécile Rousseau (co-pesquisadora) do Dep. de Psiquiatria da Universidade McGill.

Inovação e da Exportação do Quebec (MDEIE) e teve como objetivo criar redes de acompanhamento e apoio à implantação da Gestão Autônoma da Medicação em Saúde Mental (ÉRASME/RRASMQ, 2006).

No ano de 2009, com o objetivo de disseminar a GAM para além dos limites do Canadá, iniciou-se o projeto internacional que inaugura a aliança entre Quebec e Brasil. A *Alliance de Recherche Université Communautaire International - Santé Mentale et Citoyenneté* – ARUCI-SMC (Aliança de Pesquisa Internacional entre Universidade e Comunidade – Saúde Mental e Cidadania) reuniu Universidade de Montreal, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal Fluminense (UFF) em torno da “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”³. A partir desse projeto internacional, foi possível traduzir e adaptar a Gestão Autônoma da Medicação, produzindo a versão brasileira do instrumento quebequense, que ficou conhecida como Guia de Gestão Autônoma da Medicação ou Guia GAM-BR (ONOCKO et al, 2013).

No Quebec e no Brasil, a GAM partiu de pressupostos diferentes no que se refere à relação com o sistema público de saúde, ou seja, com o Estado. No Canadá a GAM nasceu nos serviços alternativos, ou seja, serviços que funcionam por fora do Estado, e no Brasil essa estratégia já começou por dentro do Estado, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos que compõem a rede pública de saúde mental brasileira. Essa diferença não é fortuita.

Entendemos que ela diz respeito ao diferente modo como concebemos as noções de público, de autonomia e de direitos humanos. Na GAM quebequense autonomia está mais fortemente relacionada à capacidade individual de produzir suas próprias normas. Não é à toa que o instrumento quebequense se chama *Meu guia pessoal*. O objetivo da GAM quebequense é questionar a centralidade exercida pelo saber médico psiquiátrico colocando no centro o saber do usuário, defendendo seus direitos como cidadão e

³ Participam da coordenação dos grupos de pesquisa brasileiros envolvidos na ARUCI-SMC: Dr^a Rosana Onocko Campos, professora da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Dr^a Analice Palombini, professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Dr. Octávio Serpa e Dr^a Erotildes Leal, professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Dr. Eduardo Passos, professor da Universidade Federal Fluminense (UFF).

indivíduo livre. Essa noção de direitos se ancora nos princípios universalistas contidos na *Declaração Universal dos Direitos do Homem*⁴.

Já na GAM brasileira, a autonomia é pensada com ênfase em sua dimensão pública e coletiva. Entendemos autonomia como sinônimo de ampliação da rede de relações que nos constituem, “assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes todos somos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas” (TYKANORI, 1996, p.57).

A partir dessa noção de autonomia entendemos que, quanto maior a rede de relações que estabelecemos, mais autônomos nos tornamos, justamente porque é através dessas redes que ampliamos nossas possibilidades de produzir novas normas coletivamente. Nesse sentido, autonomia não é sinônimo de independência mas de ampliação dos nós da rede, para que não fiquemos exclusivamente dependentes de nenhum ponto específico, ampliando a possibilidade de experimentar diferentes relações. Essa noção aproxima autonomia de compartilhamento e de construção coletiva de uma rede de relações. Desse modo nosso objetivo não é exatamente retirar o saber médico do centro para colocar nele o saber do usuário, mas sim questionar a própria prática de centralização em si, propondo o acesso e o compartilhamento dos diferentes saberes envolvidos.

Tal concepção de autonomia altera o modo como pensamos a noção de direitos humanos. Na GAM brasileira não nos interessa pensar os direitos a partir de uma suposta universalidade que transcende a experiência concreta, por isso nossa concepção de direitos não se resume ao texto da lei que supostamente garantiria a todos o pleno exercício da liberdade individual. Nosso foco é justamente a experiência de um sujeito de direitos que emerge a partir da construção de uma rede de relações, de um plano comum e coletivo onde as diferenças não se excluem, coexistem (SADE et al, 2013).

É importante destacar que as noções de autonomia e direitos utilizadas pela GAM brasileira, bem como a aposta na dimensão coletiva das políticas públicas, não são

⁴ Uma curiosidade que pode servir como um analisador: o principal formulador da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de dezembro de 1948, foi John Peters Humphrey, um canadense da província do Quebec. (Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/John_Peters_Humphrey acessado em 25/07/2014)

majoritárias no campo da saúde mental mundial. Segundo Bertolote (1995), membro da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), a revisão de experiências internacionais referentes à legislação em saúde mental mostra que na maior parte dos países do mundo a garantia dos direitos dos usuários ainda é incompatível com o enfoque da saúde pública. Para o autor existe um antagonismo entre o enfoque da saúde pública e o enfoque dos direitos humanos, criando um problema crucial:

Um problema crucial em relação à questão dos direitos humanos dos portadores de diagnósticos de doença mental é o antagonismo entre o enfoque da Saúde Pública e o dos Direitos Humanos. Enquanto o primeiro se preocupa prioritariamente com a maioria da população, opera em nível coletivo e privilegia a equidade, o segundo se preocupa fundamentalmente com a exceção, opera em nível individual e insiste em igualdade. (BERTOLOTE, 1995).

Essa concepção, que defende uma suposta incompatibilidade entre coletivo e indivíduo, por um lado, e entre equidade e igualdade, por outro lado, possibilitou a vários países criar apenas soluções provisórias no que se refere à garantia de direitos dos usuários dos serviços públicos de saúde mental. O referido autor avalia que estamos longe de encontrar uma solução para esse problema que ele chamou de “contradição operacional”. Para resolver essa contradição operacional, torna-se necessário desenvolver, de um lado, estratégias voltadas para garantia individual dos direitos dos usuários, geralmente pautadas pelos movimentos sociais, e, de outro lado, as estratégias voltadas para a garantia coletiva do direito à saúde, de responsabilidade do Estado.

Pensando o caso quebequense com ajuda de Bertolote (1995), podemos afirmar que a escolha política afirmada ao criar a GAM a partir serviços alternativos visou evitar essa “contradição operacional” aliando o projeto aos movimentos sociais e não ao Estado. Porém, como vimos, a partir dos anos 2000 essa contradição começou a ser enfrentada na medida em que GAM passou a ser desenvolvida também por dentro do Estado, através da parceria com o Ministério do Desenvolvimento Econômico, da Inovação e da Exportação do Quebec (MDEIE) que visou sua disseminação pelos serviços públicos de saúde mental.

Com a GAM brasileira situamo-nos desde o início nos serviços públicos, apostando que através da promoção da autonomia chegamos cada vez mais perto dessa dimensão que permite aliar saúde pública e garantia de direitos humanos. Quando nos propomos a desenvolver a GAM brasileira por dentro do Estado, nos serviços públicos, estamos afirmando uma postura que é ao mesmo tempo clínica e política. Clínica, porque

partimos sempre da experiência dos diferentes sujeitos envolvidos, intervindo nos modos de subjetivação. Política, porque situamo-nos em um campo de lutas, intervindo nos modelos instituídos de atenção e gestão em saúde.

Para nós, a GAM possibilita uma intervenção que funciona por dentro do Estado e contra o Estado, na medida em que o Estado se define pela operação de centralização política e nós visamos esgarça-lo, através da promoção da participação. Entendemos que o Estado está sempre em relação com algo que lhe é exterior, com o plano do coletivo, onde a política se consolida como experiência pública. É nesse limiar, nessa dimensão pública da política, que pretendemos nos situar, abandonando a ideia de contradição operacional, tal como proposta por Bertolote, visando habitar esse paradoxo já que:

malgrado o fato de a máquina de Estado tendencialmente dobrar para dentro as linhas de capilarização do poder, há sempre um lado de fora do que se dobra. Este fora que insiste no interior da máquina do Estado é o plano do coletivo, aí onde a política se consolida como experiência pública ou res pública. Mas criar novas práticas de saúde, mudar os modelos de atenção e de gestão do processo de trabalho em saúde é apostar em políticas públicas que vão se construindo numa estranha e paradoxal relação com a máquina do Estado. O paradoxo é o do funcionamento de uma máquina dita republicana que, no entanto, experimenta uma relação de tensão ou mesmo de repulsão diante da coisa pública. Eis a questão da qual não podemos nos furtar: o funcionamento de uma máquina Estatal em que a res pública está nela e contra ela (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Nesse sentido vemos que, no que se refere à relação com o Estado, a GAM quebequense surge inicialmente por fora, nos serviços alternativos, onde sustenta um tensionamento que se aproxima mais da contradição, porém anos depois irá se capilarizar por dentro do próprio aparelho de Estado, situando-se no seio desse paradoxo que é estar dentro e contra o Estado. A GAM brasileira de saída se coloca dentro do Estado, nos serviços públicos, insistindo nessa possibilidade de acessar o plano do coletivo a fim de tornar a política efetivamente pública. Desse modo notamos que apesar da inicial disparidade entre a GAM quebequense e a GAM brasileira no que se refere à relação com o Estado, forjamos um projeto comum que diz respeito a defesa da dimensão pública, da participação dos usuários, tanto de fora para dentro quanto de dentro para “o fora” que insiste no interior do aparelho de Estado.

Se, no Brasil, a importação da GAM se fez desde o início por dentro do Estado, foi porque essa aposta na participação, na democratização institucional, na construção de uma política efetivamente pública, já era a tônica das lutas que permitiram a formulação

e a consolidação de nosso sistema público de saúde, e continua sendo até os dias de hoje. No Brasil, a Reforma Sanitária – que permitiu a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS – e a Reforma Psiquiátrica – que permitiu a disseminação de serviços substitutivos ao manicômio – foram frutos de uma intensa luta que reuniu diferentes atores, principalmente trabalhadores, acadêmicos e usuários a partir da década de 1970.

Como o país vivia uma Ditadura Civil-Militar, os movimentos reformistas no campo da saúde começaram como lutas marginais, clandestinas, subversivas, pois questionavam o regime vigente, afrontando o autoritarismo do Estado. A virada da década de 70 para a década de 80 foi um período de efervescência política muito intensa, e a luta contra o autoritarismo era travada não apenas no campo da saúde mas também em diversos outros campos – no campo da Arte, com o Cinema Novo e o Tropicalismo; no campo da Educação, com a Pedagogia do Oprimido; no campo da religião cristã, com a Teologia da Libertação. Reunidas em torno de uma luta comum, esses diferentes campos, cada um ao seu modo, resistiam a um projeto de poder hegemônico (RADIS, 2008).

No campo da saúde, os movimentos reformistas proferiram duras críticas ao então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, que precisava ser radicalmente transformado. Sua racionalidade interna reforçava e recriava, no nível micropolítico das relações, as estruturas de dominação da sociedade: o autoritarismo médico, o desprezo ao saber e à iniciativa do usuário e de seus familiares, a individualização dos problemas, seguida pela imposição de soluções técnicas para problemas de ordem social. Em relação à forma de organização dos serviços, o INAMPS investia apenas em equipamentos hospitalares, montando serviços de alta complexidade. Diante desse modelo, o movimento sanitarista construiu uma extensa pauta de reivindicações: a criação de um Sistema Único de Saúde, a responsabilização do Estado pela administração e financiamento dos serviços de saúde, a garantia à população de acesso universal, a participação popular, dentre outras.

Vale destacar que durante esse período o modo de organização dos serviços de saúde se dava da seguinte maneira: o Ministério da Saúde era responsável pelas grandes endemias enquanto ao Ministério da Previdência cabia a responsabilidade pela assistência individual, que era oferecida pelo INAMPS a um público restrito – apenas aos cidadãos que contribuíssem com os cofres públicos, ou seja, aqueles que fossem trabalhadores formais com carteira assinada. Além de segregador, o INAMPS era pouco resolutivo, já

que se orientava de acordo com uma ótica curativista, que entendia o cuidado em saúde apenas como eliminação de doenças (FLEURY et al, 1997).

Foi nesse contexto de democratização institucional no campo da saúde, disparado pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, que a concepção de conceito de saúde foi ampliada, passando a ser entendido – tal como definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – como promoção de bem-estar físico, mental e social e não como a simples ausência de doença. Além da ampliação da concepção de cuidado em saúde, o movimento reformista propôs a organização do sistema de saúde pública a partir do território no qual está inserido, em evidente sintonia com diretrizes internacionais presentes, como vimos, também no Canadá.

Reformar um sistema hospitalocêntrico e medicocêntrico, tal como era o INAMPS, significava retirar o hospital do centro, criando uma rede de serviços no território, e retirar o saber médico do centro, colocando-o ao lado dos diversos saberes encarnados em uma equipe multiprofissional que se corresponsabiliza pelo cuidado em rede.

Os dois marcos históricos do movimento de Reforma Sanitária foram a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, e a promulgação de nossa atual Constituição, no ano de 1988. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram consolidadas as propostas a serem levadas para a Constituinte. Nessa Conferência, foi formada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que, segundo o sanitarista Eleutério Rodriguez Neto (2008), tornou-se alvo de fortes pressões e, na Assembleia Nacional Constituinte, teve sua atuação muito limitada. Porém, apesar dos problemas, principalmente referentes ao financiamento do sistema, a maior parte das reivindicações sistematizadas na VIII Conferência foram incorporadas ao texto da Constituição de 1988, e a saúde se tornou “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Através da Constituição de 88, o Sistema Único de Saúde (SUS) se torna Política de Estado. Os principais princípios do SUS, como universalidade do acesso, integralidade do cuidado, equidade das ofertas e participação da comunidade, ganharam peso de lei. Pouco tempo depois, a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que ficou conhecida como

“Lei Orgânica da Saúde”, regulamentou o sistema. Nessa lei, a participação da comunidade já aparece como um princípio organizativo, mas é a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que vai dispor sobre o exercício do controle social na gestão do sistema, criando dispositivos como os Conselhos e as Conferências de Saúde que operacionalizam a participação da comunidade. Definindo que “a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (BRASIL, 1990) e dispondo sobre os espaços efetivos de participação da comunidade na gestão do SUS, essa lei garante o caráter participativo da política pública de saúde.

É curioso notar que, nesse mesmo período histórico, inserido no mesmo contexto dos movimentos reformistas no campo da saúde, um projeto de lei proposto pelo deputado Paulo Delgado no ano de 1989 somente tenha sido sancionado em 2001, após sofrer significativas alterações. Esse projeto de lei voltava-se especificamente para o campo da saúde mental, mas esse atraso de doze anos não diz respeito apenas à complexidade intrínseca ao campo, como também a todo um jogo de forças políticas, econômicas e sociais que o permeava. Apesar do movimento que animou a Reforma Psiquiátrica caminhar ao lado do movimento da Reforma Sanitária, as conquistas no campo da saúde mental foram mais lentas e mais difíceis.

Segundo Tenório (2002), o primeiro projeto de lei que visava alterar o modelo assistencial no campo da saúde mental, proposto no ano de 1989, era bastante simples, contendo apenas três artigos de conteúdo – o primeiro impedindo a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o segundo prevendo o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento, e o terceiro obrigando a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária – mas, depois de aprovado pela Câmara dos Deputados, tramitou mais de dez anos no Senado, que “aprovou um substitutivo muito mais tímido quanto à substituição asilar” (TENÓRIO, 2002, p.36).

Somente em 6 de abril de 2001 foi promulgada a lei 10.216, que ficou conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” ou “Lei Paulo Delgado”. Sem dúvida, a lei 10.216 de 2001 é um marco muito importante, e reconhecemos os enormes avanços que sua aprovação disparou no campo da saúde mental, mas não podemos deixar de fazer também uma avaliação crítica.

Um dos principais problemas que torna a lei tímida quanto à substituição asilar é o fato de que ela não define um prazo fixo para a definitiva substituição dos leitos psiquiátricos existentes no país. Desde a promulgação da lei, acompanhamos o gradativo fechamento de muitos dos leitos existentes, mas não a total substituição do hospital psiquiátrico pela rede de serviços territoriais que se pretendiam substitutivos. Não é à toa que o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, adotado pelo movimento reformista a partir do II Congresso de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 1987 em Bauru (AMARANTE, 2007), é ainda hoje uma das principais bandeiras de luta levantada por nós, militantes antimanicomiais.

Mas isso pode nos levar a fazer um balanço negativo da Reforma e concluir que falhamos em nosso projeto substitutivo? Acreditamos que não. Apesar de não ser possível negar o fato de que a rede de serviços substitutivos não substituiu o hospital psiquiátrico, é possível afirmar que substituímos o modelo hospitalocêntrico, na medida em que o cuidado passou a ser orientado a partir do território e não mais do hospital. Esse é um grande avanço que não pode ser negligenciado. Substituímos o modelo hospitalocêntrico e, se por um lado não conseguimos extinguir ainda os hospitais psiquiátricos, por outro conseguimos fazer com que ele se deslocasse de seu lugar tradicional. Nesse sentido, podemos fazer um balanço positivo da Reforma. Mas isso não significa que não devemos continuar lutando “Por uma sociedade sem manicômios”, e sim que existe hoje uma importante modulação do cenário a partir do qual travamos essa luta.

Como nos alerta Pitta (2011), ao fazer um balanço da Reforma não podemos deixar de considerar que a lógica manicomial ainda continua se fazendo presente no imaginário social, que ainda esbarramos na dificuldade de construir junto aos trabalhadores uma responsabilidade ética e politicamente engajada, que o modelo biomédico ainda é hegemônico e que o movimento social que desencadeou o processo reformista está passando por um momento de fragilidade política e embotamento.

Porém, não podemos esquecer que acompanhamos também a construção e ampliação de uma potente rede de serviços no território, que na verdade vem acontecendo muito antes da promulgação da lei 10216, a partir de iniciativas inovadoras, como aconteceu em São Paulo, ainda nos anos 80, no primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade de Bauru (LANCETTI, 2002).

Com a recente aprovação da portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais serviços passam a fazer parte dessa rede territorial, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência (CECO) e também com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes de Consultório na Rua (eCR), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil (UAA e UAI), entre outros serviços que vão da atenção básica à atenção hospitalar. Identificamos características importantes que acompanham a implantação da RAPS, como a intensificação da articulação entre Atenção Básica e Saúde Mental, tornando-as uma só rede, e a necessidade de fomentar práticas participativas, fortalecendo a autonomia e o exercício da cidadania de usuários e seus familiares.

Mas, ao mesmo tempo em que a RAPS traz avanços, representa também um enorme retrocesso para a Reforma Psiquiátrica com a regulamentação das Comunidades Terapêuticas, considerados serviços integrantes da rede. Esse é um retrocesso porque nos obriga a conviver não só com os antigos hospitais psiquiátricos, como também a assistir o surgimento de novas instituições totais⁵ (GOFFMAN, 2003), como as Comunidades Terapêuticas, destinadas à internação de pessoas que fazem uso supostamente prejudicial de crack, álcool e/ou outras drogas.

Entre muitos avanços e alguns retrocessos, percebemos que a Reforma Psiquiátrica ainda é um processo muito recente e inconcluso. Isso significa dizer que vivemos um processo no qual o debate político continua se fazendo necessário, principalmente diante do intenso processo de sucateamento a que estão submetidos os serviços públicos de saúde em nosso país, através da precarização dos vínculos empregatícios dos profissionais, da falta de insumos básicos e estrutura física adequada nos serviços, entre outros problemas. Foi nesse complexo cenário onde se alternam

⁵ Segundo Goffman (2003), as instituições totais se definem pela tendência ao fechamento, ao enclausuramento, simbolizado pelas barreiras que interditam a relação com o mundo externo. Proibições à saída geralmente estão incorporadas ao próprio esquema arquitetônico de tal tipo de instituição, que pode lançar mão de estratégias físicas como portas fechadas, paredes altas, arame farpado, etc. As instituições totais pretendem encarcerar e homogeneizar diferentes esferas da vida de seus internos: “Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários [...] Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição” (p.17-18).

avanços e retrocessos, a partir do qual percebemos a necessidade de dar continuidade à Reforma Psiquiátrica, que nos sentimos convocados a experimentar a pesquisa GAM.

Através da importação da pesquisa GAM para o Brasil, tem sido possível intervir nessa realidade na medida em que identificamos uma questão que surge como um ponto cego dentro do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o lugar da prescrição medicamentosa. Chama-nos atenção a baixíssima participação dos usuários e seus familiares, e mesmo dos profissionais não-médicos, na negociação a respeito da prescrição de medicamentos – uma prática que tem sido exercida pela grande maioria dos psiquiatras de maneira solitária. Essa questão se torna alarmante porque, em grande parte dos casos de transtorno mental grave, o tratamento medicamentoso tem sido a única estratégia de cuidado adotada. Entendemos que se faz necessário questionar esse uso prioritário, e muitas vezes exclusivo, de medicamentos psiquiátricos como oferta de tratamento em Saúde Mental, porque o modo como essa medicação vem sendo usada frequentemente tem produzido silenciamento, e não o acolhimento e a escuta do sofrimento do usuário.

Diferentemente de todas as ações de cuidado em saúde que vem sendo democratizadas desde os processos reformistas, a participação dos usuários, dos familiares e dos demais profissionais na gestão dessa prática específica que é a prescrição medicamentosa é muito baixa ou mesmo inexistente. Constatamos que a prescrição medicamentosa surge hoje como a face não reformada da Reforma Psiquiátrica, na medida em que a diretriz participativa da saúde pública praticamente não provocou alterações no modo verticalizado como essa prática é desenvolvida (ONOCKO et al, 2013). Ainda hoje o profissional médico prescreve medicamentos apenas a partir de sua própria perspectiva, sem incluir o ponto de vista dos outros atores envolvidos, e assim faz-se a gestão verticalizada e muitas vezes autoritária dessa prática.

Apostamos que a Gestão Autônoma da Medicação é uma estratégia de intervenção que incide diretamente sobre essa face não reformada da Reforma Psiquiátrica, e por isso investimos na tradução da GAM do Quebec para o Brasil, entendendo que sua diretriz participativa pode nos ajudar a avançar no que tange à formulação de políticas públicas mais inclusivas e democráticas. A própria metodologia de pesquisa que adotamos para traduzir a GAM também se orienta a partir dessa diretriz participativa e visa incluir os diferentes atores envolvidos em todas as etapas do processo de pesquisa. Nesse sentido a

pesquisa GAM não é uma pesquisa SOBRE a experiência das pessoas, mas uma pesquisa COM a experiência das pessoas.

A metodologia de pesquisa-intervenção participativa que faz funcionar a GAM parte do pressuposto de que o ato de pesquisar está necessariamente atrelado a uma intervenção (PASSOS; BARROS, 2009). Isso significa dizer que pesquisar é produzir conhecimento, intervir na realidade, e não acessar uma realidade dada, estática, preexistente ao próprio ato de conhecer. É o ato de pesquisar que produz a realidade pesquisada, bem como os sujeitos e objetos da pesquisa, que não existem previamente pois são efeitos que coemergem a partir desse processo. Essa aposta metodológica nos leva a problematizar os ideais de objetividade e neutralidade defendidos pelo paradigma científico clássico. Invertendo o sentido tradicional das pesquisas que objetivam conhecer a realidade para transformá-la, entendemos que toda pesquisa transforma a realidade para conhecê-la.

Por isso chamamos nosso método de pesquisa-intervenção participativa. A pesquisa é intervenção por que está engajada em processos de produção de objetos e de sujeitos, e é participativa porque não são apenas os pesquisadores acadêmicos que se engajam nesse processo, mas os vários atores que fazem parte da pesquisa, como os usuários, os familiares e os trabalhadores. O que diferencia a pesquisa-intervenção participativa das demais metodologias de pesquisa é que tal metodologia assume o caráter de intervenção, inerente a toda e qualquer empreitada de produção de conhecimento, e acompanha os efeitos que dispara através do caráter participativo que lhe é inerente.

Tal caráter participativo ganha um papel fundamental na medida em que os diferentes atores envolvidos no processo de pesquisa desestabilizam constantemente os lugares instituídos de sujeito e objeto de conhecimento (PASSOS et al, 2008). Aqueles que eram apenas objetos da pesquisa se tornam pesquisadores, assim como aqueles que eram apenas pesquisadores se tornam também objetos, pois o método de pesquisa-intervenção participativa exige que coloquemos constantemente em análise os dispositivos da pesquisa. Radicalizando a aposta na participação, entendemos que, na pesquisa-intervenção participativa, somos todos pesquisadores: pesquisador acadêmico, trabalhador, usuário e familiar são corresponsáveis na produção de conhecimento e cuidado em saúde mental.

Colocar lado a lado os diferentes atores envolvidos no processo de pesquisa, longe de produzir homogeneização ou consenso, permite operar deslocamentos entre os pontos de vista e reposicionamentos subjetivos que disparam efeitos clínicos e políticos notáveis. Éramos todos pesquisadores, mas isso não pressupunha a igualdade entre os participantes, afinal éramos todos diferentes. Justamente era a diferença de inserção de cada um no contexto da investigação que nos interessava. Percebíamos que um dos principais efeitos dessa aposta na participação era aliar produção de conhecimento a produção de cuidado. Participar da pesquisa era uma maneira de produzir conhecimento, cuidar e ser cuidado.

Mas, ao afirmarmos que o caráter participativo da pesquisa produzia cuidado, não estamos aqui defendendo a ideia de que qualquer tipo de participação em pesquisa produz necessariamente cuidado. Então de que tipo de participação estamos falando? Se entre participação e cuidado não existe relação necessária, o que faz com que certo tipo de participação produza cuidado? Entendemos que a participação produz cuidado quando ela nos permite criar outras relações, desacomodarmo-nos dos lugares habitualmente ocupados por nós, entrar em devir.

Tal como Deleuze e Guattari (2012) nos mostraram, uma correspondência de relações não faz um devir, porque devir não é imitação, semelhança, tampouco identificação. Devir não é um progresso, uma evolução, nem uma regressão. Não é um sonho, um fantasma ou produto da imaginação. O devir é o que permite o acesso ao real, porque o real é o próprio devir. Entrar em devir é o que permite experimentar o que os referidos autores chamaram de participações antinatureza, ou núpcias antinatureza (p.21). Um tipo de participação que nos impele a ir contra uma natureza que supomos ser a nossa, para então encontrar um processo de produção ininterrupto a que estamos sempre conectados. São as participações antinatureza que nos permitem perceber que as relações de devir que estabelecemos com os outros não são naturais, genéticas nem estruturais, e toda codificação é uma tentativa de parar artificialmente as transformações de devires.

Entrar em devir com algo ou alguém não é partir de um termo para outro, pois não há termo do qual originalmente se parta, nem mesmo um outro termo pronto, ao qual se deva chegar. Todo devir forma um bloco a partir do qual se estabelecem relações entre termos diferentes que diferem mutuamente. Um processo de dupla captura que arranca os antigos termos de suas posições habituais, permitindo criar novas relações, que por sua vez engendram novos termos.

Dizer que os diferentes pesquisadores entraram em devir através da pesquisa GAM, não significa dizer que o pesquisador acadêmico se tornou usuário, enquanto o usuário se tornou trabalhador, que por sua vez se tornou familiar, e assim sucessivamente, construindo uma cadeia de identificações. Podemos afirmar que os pesquisadores entraram em devir porque os acadêmicos experimentaram outro modo de fazer pesquisa, radicalmente distinto do modelo hegemônico de acadêmico (aquele que detém o saber sobre os outros), enquanto o usuário ocupou outro lugar, na contramão do modelo que o coloca no lugar daquele que simplesmente faz uso de algo pronto que lhe é ofertado. O trabalhador por sua vez, experimentou outro modo de trabalhar, que não se resume à reprodução de um modelo previamente definido, e o familiar não estava ali para ser apenas familiar, mas também para colocar-se enquanto alguém que cuida e precisa de cuidados. As diferentes relações que nos forjaram ao longo desse processo onde experimentamos múltiplos devires permitiram-nos acompanhar e incluir a dimensão da produção de subjetividade na pesquisa. Transformamos uns aos outros e nos transformamos, cuidando das relações que nos uniam e diferenciavam.

É claro que promover a participação de todas essas pessoas diferentes em cada etapa do processo de pesquisa não foi tarefa fácil, muito menos harmônica. Não podemos esquecer que a chegada da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil acontece através de um projeto de pesquisa multicêntrica, ou seja, um projeto que inclui múltiplos centros distribuídos em três estados do país. Como, para nós, as principais diretrizes da GAM são a inclusão e participação, que permitem o exercício da gestão compartilhada ou cogestão (CAMPOS, 2000), os diferentes centros envolvidos no projeto multicêntrico precisaram experimentar a cogestão do próprio projeto de pesquisa.

Esse foi, para nós, um exercício muito interessante que nos exigiu a performatização do método de pesquisa-intervenção participativa entre nós mesmos, no ato de gerir o próprio projeto de pesquisa do qual fazíamos parte. Pesquisar para nós se tornou sinônimo de intervir incluindo a participação dos diferentes envolvidos, não só nos serviços de saúde mental dos estados do RJ, SP e RS, onde desenvolvemos diretamente o trabalho de campo da pesquisa, mas também no coletivo multicêntrico de pesquisadores do qual fizemos parte.

Um dos dispositivos utilizados para performatizar nossa aposta metodológica na gestão do projeto de pesquisa foram as reuniões multicêntricas, compostas por um comitê

gestor e um comitê cidadão, que garantiram a inclusão do ponto de vista dos pesquisadores acadêmicos (docentes e discentes), trabalhadores dos serviços de saúde mental, usuários e familiares (PASSOS et al; 2013). Cada um desses atores compôs uma categoria específica de pesquisadores: acadêmicos, trabalhadores, usuários e familiares. Éramos todos pesquisadores, mas não éramos iguais. Interessa-nos colocar as diferenças lado a lado, sem hierarquizá-las, sem homogeneizá-las, permitindo a coexistência, a comunicação e a construção de um plano comum.

Para que essa aposta metodológica se concretizasse no exercício de gestão do projeto de pesquisa GAM, foi fundamental promover uma intensa articulação entre os comitês, por meio das reuniões multicêntricas. O comitê gestor tinha função deliberativa e, inicialmente composto apenas por pesquisadores acadêmicos vinculados a UNICAMP, UFRJ, UFF e UFRGS (professores, pós-graduandos e graduandos de diferentes cursos da área de saúde), ao longo do processo de pesquisa passou a ser composto também pelos membros do comitê cidadão.

O comitê cidadão se configurava como um espaço de discussão entre pesquisadores usuários e pesquisadores familiares, com função consultiva e deliberativa. Era composto por pessoas eleitas em assembleia, que representavam usuários e familiares dos três estados envolvidos. Dentre suas tarefas principais, destacamos a avaliação dos projetos financiados pela ARUCI-SMC e como principal objetivo a promoção de autonomia através da ampliação e fortalecimento do protagonismo desses pesquisadores que passaram a participar de colóquios, congressos, projetos de pesquisa e outros espaços para além do projeto GAM, narrando suas experiências. Fomos acompanhando o passo a passo dessa transformação de usuários e familiares que iam aos poucos se tornando pesquisadores, militantes, e alçando novos voos.

Esse coletivo heterogêneo composto pelos comitês se encontrou regularmente nas reuniões multicêntricas, discutiu e decidiu cada passo do projeto de pesquisa, desde questões referentes à alocação de verba até os desdobramentos do trabalho de campo. Além disso, contávamos com suporte do comitê científico, formado apenas por pesquisadores acadêmicos externos ao grupo de pesquisa, que desempenhava uma função consultiva e pontual.

Nas reuniões multicêntricas, organizamos mesas de apresentação, rodas de conversa, e videoconferências com os pesquisadores quebequenses da Universidade de

Montreal – esta última ocorreu ao menos duas vezes por ano. As reuniões duravam em média dois dias e eram organizadas de maneira a ocorrer alternadamente em cada um dos centros envolvidos, com frequência bimestral. Esse funcionamento nômade permitia que nos encontrássemos uma vez no Rio de Janeiro, outra em São Paulo, outra no Rio Grande do Sul, promovendo o engajamento de cada centro com a organização da reunião, bem como a circulação dos pesquisadores pelos estados envolvidos, aproximando-nos dos diferentes contextos locais. Posições divergentes eram colocadas nas rodas de discussão. Disparávamos experiências de partilha e também de tensionamento, não sem percalços no caminho.

Ao longo dessa primeira fase da pesquisa GAM, trabalhamos com quatro níveis de tradução: 1) fizemos a tradução do Guia GAM do francês para o português, 2) fizemos um esforço de tradução entre a rede alternativa de cuidado em saúde mental do Quebec e a rede pública de serviços substitutivos do Brasil, 3) fizemos muitas traduções nas videoconferências entre Canada e Brasil, 4) fizemos um esforço de tradução entre as diferentes perspectivas presentes nas quatro universidades brasileiras.

Vivemos experiências de tradução que nos marcaram muito, como por exemplo a experiência com um usuário que teve uma participação decisiva na escolha do nome para o instrumento. Esse usuário participava das reuniões que o coletivo multicêntrico estava fazendo há alguns meses para discutir se era melhor chamar o instrumento de Caderno GAM ou Guia GAM. Alguns pesquisadores achavam que chamar o instrumento de Caderno GAM podia imprimir um tom escolar à proposta, enquanto outros pesquisadores achavam que chamar o instrumento de Guia GAM podia imprimir um tom diretivo. Entre muitas discussões oscilávamos entre essas duas alternativas e não chegávamos a uma decisão final. Em uma dessas reuniões tal usuário disse em tom bastante assertivo: *“Livro tá tudo escrito. Caderno tá tudo em branco. Então é Guia!”*. Foi a partir dessa fala, que introduzi um terceiro termo na discussão e nos ajudou a olhar para o problema a partir de outra perspectiva, que chegamos a uma decisão final e o instrumento passou a se chamar Guia GAM.

Outra discussão importante que fizemos nessa ocasião foi a respeito da tradução do termo “necessidades básicas”, que constava no guia canadense para “o que você precisa para viver”, que consta no guia brasileiro. A tradução entre esses termos evidenciou a grande distância econômica e sociocultural que havia entre a realidade

brasileira e a realidade quebequense, pois muitas vezes o que era considerado como básico no Quebec não era oferecido às pessoas aqui no Brasil. Ainda tivemos intensas discussões quando optamos por manter no Guia uma frase que funciona como um lema na saúde mental quebequense que afirma “Sou uma pessoa e não uma doença!”. Aqui no Brasil, essa frase soa bastante controversa porque, no campo da saúde mental, a grande maioria das pessoas reivindica o reconhecimento de sua condição, geralmente através de um diagnóstico que atesta sua “doença”, para ter acesso aos serviços e aos benefícios. Apesar da luta contra a estigmatização do portador de transtorno mental ser uma das pautas mais importantes no campo da luta antimanicomial, nós não reivindicamos a “igualdade” da mesma maneira que os quebequenses o fazem. O movimento no Brasil defende mais a questão da inclusão e do respeito às diferenças, enquanto o movimento quebequense tende mais para a defesa da igualdade.

Além dessas e de outras questões polêmicas que atravessaram nossas reuniões na fase de tradução da GAM, ainda enfrentamos uma outra tradução bastante difícil, que diz respeito à metodologia da pesquisa. Habitados a um certo modo neurótico de trabalhar, éramos constantemente retirados de nosso lugar de conforto ao sermos confrontados com certos modos psicóticos de se relacionar com a GAM, com a parceria internacional de pesquisa e com o próprio formato acadêmico. Aprendemos muito nesse processo, e a fala de um usuário pesquisador retrata bem esse clima de trocas:

Foi passado para nós o que se pensava lá no Canadá. Só que nós, quando começamos a discutir, nós entendemos direitinho a voz de lá. Porque aí eles lá estavam falando a nossa voz. Aí, quando nós começamos a entender, os pesquisadores perguntaram: ‘E agora como que nós vamos fazer? Tem que chamar eles pra mesa e começar a criar a teoria’. Hoje, o que você vê fomos nós que criamos! [...] Então quando você lê o GAM, fomos nós que criamos! [...] Não é fácil romper com essa tradição, essa tradição ainda tá aí, a gente ainda vê isso! Quando a gente viajou para a Assembleia eu ouvi uma pessoa dizer: ‘Mas será que ele é louco?’ Porque estão acostumados a ver o louco de papel! Estão acostumados a ver o louco drogado! Estão acostumados a ver o louco babão! Estão acostumados a ver o louco desmaiando! Quebrando tudo! E não estão acostumados a ver o louco falando de si mesmo, de conhecimento. [...] Eu nem me sinto como pesquisador e sinto como pesquisador. Por que eu não me sinto um pesquisador? Porque eu sinto uma certa liberdade. O pesquisador ele é muito preso na academia, nas correntes, então eu não sou preso a isso, eu tenho uma certa liberdade, de fuçar, de olhar, de ouvir, falar sem compromisso. Essa é a diferença de ser ou não ser um pesquisador (PASSOS et al, 2013, p. 2926).

Pesquisadores usuários, familiares, trabalhadores e acadêmicos, experimentamos todos, cada um a seu modo, a construção coletiva do Guia GAM-BR. Experimentamos a gestão compartilhada do projeto multicêntrico de pesquisa, experimentamos aberturas na

universidade e na comunidade que possibilitaram nossa caminhada para além das correntes que nos atam às perspectivas hegemônicas. Experimentamos múltiplos devires, compartilhamos pontos de vista, deslocamos perspectivas, construímos um plano comum e heterogêneo. Foi a performatização de nossa aposta metodológica de pesquisa-intervenção participativa que permitiu colocar o problema da tradução da GAM como um problema que diz respeito à produção de um plano comum.

Mas o que significa pensar a tradução da GAM como produção de um plano comum entre Brasil e Quebec?

CAPÍTULO 2

Traduzindo as noções de Apoio Institucional e Apoio Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.

2.1 – Tradução como produção de um plano comum: do multiculturalismo de Jullien ao multinaturalismo de Viveiros de Castro.

De acordo com a metodologia de pesquisa-intervenção participativa que utilizamos para traduzir a GAM, entendemos a necessidade de acessar e compartilhar pontos de vista singulares, na medida em que incluímos diferentes atores no processo de pesquisa. O desafio de acessar e compartilhar as diferentes perspectivas envolvidas nesse processo nos levou a compreender a necessidade da construção de um plano comum a partir do qual as diferenças pudessem coexistir e dialogar. Esse se tornou para nós um problema de tradução.

Sugerimos, aqui, que o acesso a semióticas singulares e o traçado de um plano comum configuram um problema de tradução. Por certo, a tradução não diz respeito apenas à narrativa dos sujeitos da pesquisa, mas atravessa todo o processo. De todo modo, os problemas com que estamos às voltas são próximos daqueles que são colocados pelos próprios tradutores. A tradução pode ser fiel? Não estaria inevitavelmente sujeita a distorções? Não seria uma forma de traição? Quando traduzimos estamos somente revelando uma realidade ou estamos projetando nossa própria realidade? (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 267).

Para nós, tradução não se resume apenas à dimensão narrativa da participação dos sujeitos da pesquisa, pois é um modo de fazer que atravessa diversas dimensões do processo de produção de conhecimento. Dizer que a tradução é um modo de fazer significa afirmar que traduzir não é simplesmente passar de uma língua para outra, mas sim passar de uma perspectiva para outra, de um ponto de vista para outro, incluindo as diferentes visadas que compõe o coletivo heterogêneo da pesquisa. O desafio de realizar a inclusão de diferentes atores na pesquisa torna impossível restringir a tradução ao campo da linguagem, porque perceberemos que é necessário fazer traduções dentro da nossa própria língua materna – exatamente ali onde supomos que por estarmos falando a mesma língua, usando as mesmas palavras, logo estaríamos nos referindo às mesmas coisas.

Aqui vale lembrar do lugar comum que é afirmar: toda tradução é também uma traição. Essa afirmação para nós faz sentido se considerarmos que ao realizar uma tradução – seja ela concebida enquanto passagem de uma língua para outra, seja ela concebida enquanto passagem de uma perspectiva a outra – nunca se chega a uma imitação, a uma cópia idêntica, a uma reprodução fiel daquilo que serviu de material original. Toda tradução inclui adaptações, desvios, reinvenções.

Essa discussão tornou-se importante para nós na medida em que a importação da GAM colocou algumas questões centrais no que se refere ao processo de tradução: seria possível traduzir a GAM para o contexto brasileiro? Quais distorções essa tradução traria consigo? Se o processo de tradução necessariamente esposa à traição, o que exatamente estaríamos traindo ao traduzir a GAM? Essa tradução nos levaria a trair seus principais princípios? Essa tradução estaria revelando ao Brasil a realidade quebequense ou o contrário? Ou será que estaríamos produzindo uma nova realidade na interface Quebec-Brasil?

Para nos ajudar a pensar essas questões recorreremos à ajuda do filósofo François Jullien (2009), que em seu livro *O diálogo entre as culturas: Do universal ao multiculturalismo* pensa o problema da tradução como condição de possibilidade para o diálogo entre culturas diferentes. Segundo o autor, apenas associar tradução à traição não é suficiente, pois não nos ajuda a esclarecer os problemas colocados por tal empreitada. Como não existe um princípio universal que regule a passagem de uma língua à outra, traduzir sempre implica a produção de equivalências entre as diferentes línguas. Precisamos nos perguntar que equivalências são essas e como podemos produzi-las. A

produção de equivalências não deve ser confundida com a uniformização das diferenças entre as duas línguas envolvidas, na medida em que deve possibilitar aproximar-se da alteridade inerente à própria língua de origem e a língua com a qual se propôs a dialogar. Portanto, para o referido autor, a tarefa da tradução exige a construção de um plano comum a partir do qual o diálogo pode ocorrer. Essa construção é a afirmação de uma dimensão ética do ato de traduzir.

Pois a tradução é a implementação exemplar da operatividade própria do diálogo: ela obriga, com efeito, a reelaborar o seio mesmo de sua própria língua, logo, a reconsiderar seus implícitos, para tornar esta disponível à eventualidade de um outro sentido, ou pelo menos captado em outras ramificações. Bem longe de ser uma desvantagem, como obstáculo e fonte de opacidade: o castigo de Babel é a necessidade de traduzir que põe em ação as culturas entre si. A tradução, a meu ver, é a única ética possível do mundo “global” por vir (JULLIEN, 2009, p.200).

Nesse sentido podemos concluir que traduzir é construir uma ética do comum, que não se confunde com o ímpeto universalizante da razão ocidental, tampouco com o imperativo uniformizante do capitalismo global. Pensar na relação entre os conceitos de universal, uniforme e comum pode nos ajudar a entender melhor a dimensão ética inerente ao processo de tradução. Ao abordar esses conceitos, o autor procede “colocando o universal em tensão tanto com seu avesso, o uniforme, quanto com o que inspira, o comum” (JULLIEN, 2009, p.13). A partir dessa tensão, o universal será definido como um conceito da razão enquanto o conceito de uniforme advém da produção e o comum é político. Ao passo que o universal se reclama como necessidade, o uniforme se projeta por comodidade e o comum é aquilo que se compartilha. O autor vai privilegiar o comum no que este diz respeito à partilha ou participação política. Para situarmo-nos na tensão entre esses conceitos é preciso aproximar-se de cada um deles, sem perder de vista um objetivo que é pensar a possibilidade da emergência do diálogo e da política entre diferentes culturas. Como pretendemos no presente trabalho pensar a tradução da GAM a partir de uma pesquisa-intervenção participativa, também nos interessa pensar o diálogo e a política entre diferentes e por isso traçamos com Jullien esse objetivo comum.

Começamos pelo conceito de universal, que, segundo o autor, permite-nos distinguir dois níveis de universalidade. O primeiro nível diz respeito a uma “universalidade fraca”, indolente, que se limita à observação da experiência e, portanto, não pode passar de um juízo geral. Nesse primeiro nível de universalidade, um caso só pode ser universalizado relativamente ou comparativamente em relação a outros casos que estão sendo observados. Um exemplo do modo como esse tipo de universalidade

opera comparece na afirmação: “constatamos, na medida em que pudemos observar até aqui, que essa coisa sempre se dá de tal forma; ou que todos os casos (de uma mesma classe) acham-se efetivamente concernidos” (JULLIEN, 2009, p.19). Tal caráter relativo ou comparativo da dita universalidade fraca indica que ela pode ser colocada em xeque por qualquer caso desviante advindo da experiência, na medida em que se encontra submetida a esta última.

Por outro lado a universalidade forte, estrita ou rigorosa, não depende de nenhuma confirmação pela experiência, e por isso não pode ser refutada, configurando-se como uma “prescrição estabelecida como princípio e tendo valor de lei” (JULLIEN, 2009, p.20). Desse modo somente o que é considerado necessário, ou o que pode ser definido a priori, é universal de direito. Trata-se de uma necessidade lógica que prescinde de qualquer prova empírica. O que Jullien define como universalidade forte é “efetivamente uma pura expressão da Razão, servindo-lhe de exigência” (idem). No diálogo entre as diferentes culturas, essa exigência da razão que se pretende universal serve para garantir o caráter de evidência da ciência moderna ao postular a validade do conhecimento através de sua objetividade e, portanto, da exclusão de toda subjetividade intrínseca ao ato de conhecer. O conceito de universal fundamenta a pretensão do projeto científico das ciências da natureza de descobrir um conhecimento verdadeiro, invariável, válido para todos e objetivamente verificável através do modelo da demonstração matemática.

Mas como opera o conceito de universal quando saímos do âmbito das ciências da natureza e entramos no campo das ciências humanas? Para responder a essa pergunta Jullien vai problematizar a noção de universal, recorrendo ao exemplo presente na *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. O universal nesse exemplo não se restringe ao primeiro nível de universalidade que se designa como universalidade fraca por dizer respeito a um aspecto de generalização da experiência, mas se ancora no ato da prescrição, na necessidade de princípio que funda a universalidade forte, por isso “essa Declaração carrega consigo, nem que seja pelo que esse ‘declarar’ atribui-se de legitimidade, a invocação de um dever-ser” (JULLIEN, 2009, p.22). Desse modo percebemos que o conceito de universal pode servir como base para a formação de uma moral que visa impor ao humano as mesmas leis que regem as ciências da natureza. Quando estabelecemos um diálogo entre diferentes culturas através da noção de universalidade partimos de um plano que transcende toda experiência e suprime a diferença. Isso ocorre porque esse plano transcendente define como inerente à natureza

humana a exigência de verdade que constitui a história intelectual de tradição europeia. Assim, o conceito de universal serve para colonizar diferenças e impor o modelo de razão ocidental aos diferentes povos do mundo, forjando um verdadeiro imperialismo da civilização europeia sobre as demais.

Definindo o conceito de universal enquanto prescrição que prescindem da experiência, Jullien nos dá uma pista para pensarmos a face ainda não reformada da Reforma Psiquiátrica sobre a qual intervém a GAM. Como vimos, a face não reformada da RP diz respeito à prescrição medicamentosa e a dificuldade de fazer com que a diretriz participativa da política pública incida sobre essa prática. No que tange à prescrição medicamentosa, o médico continua exercendo domínio absoluto, apenas levando em conta sua própria perspectiva. Podemos afirmar que a prática da prescrição medicamentosa não permite a participação dos diferentes atores envolvidos porque se fundamenta em um plano universal que transcende a experiência. Desse modo entendemos que essa face ainda não reformada da reforma psiquiátrica permite a reprodução de uma prática impositiva que literalmente “empurra goela a baixo” o modelo de razão ocidental moderna. Quando o médico prescreve a medicação sem incluir as perspectivas dos demais atores que participam da produção do cuidado em saúde, ele está ancorado em uma suposta universalidade forte que independe de confirmações pela experiência e por isso apenas uma perspectiva importa: a perspectiva dominante que forja a suposta universalidade do modelo racional, rechaçando todas as outras formas de pensar e sentir. Vale retomarmos a discussão conceitual a fim de perguntar se o processo de universalização é sinônimo de homogeneização, e se, ao impor o modelo de razão ocidental aos diferentes povos do mundo, a noção de universal se confunde com a noção de uniforme.

Apesar do conceito de universal ser distinto do conceito de uniforme, Jullien (2009) afirma que hoje o mundo parece confundi-los ao indicar que o uniforme apenas duplica o universal e o reforça, tornando manifestos seus efeitos. Isso significa dizer que o uniforme seria apenas a expressão da razão ocidental quando aplicada a todas as culturas, gerando seus efeitos de homogeneização. Parece que vivemos hoje em um cenário no qual a pretensão da racionalidade europeia vingou e assiste-se à proliferação da mesma, uniformizando todo o “resto” do planeta. Ao contrário dessa formulação hegemônica, o autor nos convida a pensar o uniforme como oposto ao universal e resume essa oposição nos seguintes termos: “o uniforme é um conceito não da razão, mas da

produção – este é o padrão ou o estereótipo. Deriva não de uma necessidade, mas de uma mercadoria: é menos oneroso porque produzido em cadeia” (JULLIEN, 2009, p.30).

Diferentemente do universal que é da ordem do lógico e do prescritivo, o uniforme é da ordem do econômico e da gestão. Gestão da imitação, da produção em série do mesmo. O uniforme, ao contrário do universal, não se projeta por necessidade, mas por comodidade. Sua potência é cumulativa e, por isso, quanto mais se uniformiza, mais o uniforme se impõe. É ele que produz a standardização, a massificação necessária à reprodução do sistema de produção capitalista. Como relação indefinida de semelhança, ele não pode encontrar pertinência em si mesmo, e por isso não fundamenta coisa alguma. Conceito pobre, o uniforme, tal como um espelho, contenta-se em devolver a imagem que lhe é atribuída. No mundo globalizado em que vivemos, o uniforme neutraliza as diferenças e impõe seu padrão como única paisagem possível por meio de sua pseudouniversalidade. “Assim como o universal tem como oposto o individual ou o singular, o uniforme tem como oposto o diferente” (JULLIEN, 2009, p.31).

Quando o autor caracteriza o uniforme como um conceito da ordem da gestão, da imitação, e da produção em série do mesmo, somos levados a perguntar se a Gestão Autônoma da Medicação corre o risco de ser incluída nessa categoria. O tipo de gestão que propõe a GAM é da ordem da uniformização? A GAM, na medida em que convida a um exercício de gestão compartilhada, neutraliza as diferenças entre os envolvidos? Para não confundirmos a concepção de gestão adotada pela GAM com o que Jullien designa como uniforme, se faz necessário definirmos duas dimensões ou dois sentidos que o conceito de gestão tem para nós: gestão é sinônimo de gerir a ação dos outros, mas também significa gerar as próprias regras (ONOCKO, 2003). Entre gerir e gerar, corremos sempre o risco de cair em um dos dois polos, que se configuram, por um lado, enquanto heterogestão e, por outro, enquanto autogestão. Nosso desafio com a GAM é sustentar uma gestão que se faz na tensão entre heterogestão e autogestão, configurando-se como um exercício de gestão compartilhada entre diferentes atores, cogestão ou gestão do comum. Apostar na Gestão Autônoma da Medicação é o mesmo que apostar em uma gestão comum da experiência. Nessa gestão não partimos de prescrições universais que prescindem da experiência, nem tampouco de uma tendência uniformizante que produz massificação e homogeneização das diferentes perspectivas envolvidas. A GAM tem como objetivo realizar a gestão a partir da construção de um plano comum. Mas, afinal, como podemos definir esse conceito de comum?

O comum não é o semelhante, ou uniforme, muito menos o universal. Jullien (2009) concede privilégio ao conceito de comum, que não pode ser definido apenas a partir de sua diferença em relação aos conceitos de universal e uniforme. O comum serve como base, como inspiração, como condição para a emergência dos conceitos de universal e uniforme. Nesse sentido, podemos afirmar que o comum cria um plano a partir do qual os conceitos de universal e uniforme podem emergir, e por isso tem primado. “O que ele contém de prévio deve-se ao seu caráter originário ou essencial (seu paradigma é a família), mas não necessário, e isso também porque esse conceito é político: [...] o político sendo efetivamente esse lugar da decisão negociada” (JULLIEN, 2009, p.37-38). Originário e essencial, sem ser necessário ou prescritivo, o comum abre-nos para a dimensão relacional e criativa da experiência. O comum se refere àquilo que compartilhamos, de que tomamos parte, do qual todos participamos e a partir do qual podemos expandir nossa existência por participação em diferentes níveis de comunalidade.

Na medida em que o comum é noção de pertencimento que constitui uma comunidade, podem ser delineados diferentes níveis sucessivos aos quais indivíduos ou grupos são integrados. Assim, de acordo com um determinado nível, temos algo em comum com as pessoas que moram na mesma cidade em que moramos, e em outro nível temos algo em comum com as pessoas que moram no mesmo país, e num nível ainda mais amplo temos algo em comum com os que vivem no mesmo planeta, e ainda com os seres que compõe a espécie humana, etc. O comum opera por participação conectando-nos com níveis mais amplos ou mais restritos, expandindo ou delimitando nossa existência a partir da experiência. Esse modo de se posicionar frente à experiência marca a irremediável distância “entre a abstração da prescrição universal, de um lado, e o comum da participação de outro” (JULLIEN, 2009, p.39). O comum é um espaço de inclusão e de convergência onde as particularidades se diluem, mas não se desfazem as diferenças, pois os interesses específicos podem participar em igualdade de condições, com transparência, possibilitando a emergência do diálogo e da política.

É nesse espaço do comum que almejamos realizar a tradução da GAM e por isso promovemos, entre Brasil e Quebec, um diálogo inclusivo a partir do qual as diferenças culturais possam vir à tona sem se excluírem mutuamente. Essa tradução exige que seja constantemente conjurado um risco, sempre presente à noção de comum. Esse risco existe porque ao mesmo tempo em que é possível abrir um espaço de diálogo é possível também

fechar, de acordo com a dupla face da noção de comum, que nos mostra que “ao seu espaço expansivo corresponde um avesso defensivo” (JULLIEN, 2009, p.42). Concluimos então que é preciso adotar um exercício contínuo de construção desse plano comum. Plano instável, que pode estar sempre se abrindo e se fechando. Entendemos que a aposta de Jullien vai nessa direção, quando nos convida a ocupar um lugar paradoxal ou, como preferiu chamar, lugar de binaridade.

O fato é antes que, a partir do momento em que traduzo, estou na binaridade; e que, se “construo” efetivamente, é em primeiro lugar para iluminar as condições de possibilidade dessa tradução. Não há posição de domínio, nem das línguas nem das culturas: sair dessa tensão entre línguas de ponto de partida e de chegada, as únicas entre as quais posso trabalhar, levaria imediatamente ao panorama geral (em que língua) e não passa nunca senão de uma maneira – ou melhor, uma fuga – de reinvestir suas categorias de partida, revigorando assim os velhos recortes e permanecendo em casa (JULLIEN, 2009, p.201).

Sendo assim, entendemos o exercício da tradução enquanto operatória através da qual sustentamos a tensão que permite “sair de casa”, libertando as culturas das universalidades fechadas, ao atender às exigências atuais de superação da universalização e de resistência à uniformização em curso com o capitalismo globalizado. Resistir a um projeto homogeneizante de sociedade exige de nós que façamos traduções entre as culturas, através da criação de um plano comum, sempre possível de ser aberto e sempre ameaçado por tendências de fechamento.

Reside nisso, creio eu, uma oportunidade de nossa época, uma vez que somos a primeira geração à qual a globalização permite viajar mais livremente entre as culturas – está é, com efeito, definitivamente, a oportunidade a ser agarrada na contracorrente da uniformização esterilizante que ela precipita: a de poder circular entre inteligibilidades diversas para promover *através delas* uma *comum* inteligência (JULLIEN, 2009, p.208).

Recolhendo essas contribuições de Jullien, que nos inspira com as noções de tradução e de comum, convidamos o leitor a fazer aqui um exercício de performatização dessa operatória ética exigida pelo exercício da tradução. Se o filósofo afirma que a tradução é a única ética possível, na medida em que cria um plano comum que permite o diálogo entre as culturas, que uso fazer da obra de Jullien, senão traduzindo-a? Traduzir Jullien quer dizer aqui que, de mãos dadas com ele, queremos adentrar em terras brasileiras, onde encontramos o antropólogo Viveiros de Castro (2002) com seu conceito de perspectivismo ameríndio ou multinaturalismo, para então fazê-los dialogar. Tal conceito pode também nos oferecer valiosas pistas que permitem avançar na problematização empreendida por nós até aqui, onde continuamos às voltas com o tema

da tradução. Que consequências podemos retirar do diálogo entre o multiculturalismo de Jullien e o multinaturalismo de Viveiros de Castro?

A primeira pista que encontramos em terras brasileiras diz respeito à inversão do ideal de conhecimento que orienta o modelo hegemônico da ciência moderna no ocidente. A partir desse modelo, somos levados a acreditar que, para conhecer um objeto qualquer, é necessário separar o sujeito que conhece do objeto que se almeja conhecer, de modo que a subjetividade do pesquisador interfira o mínimo possível na objetividade do ato de conhecer. A ciência ocidental moderna, ao separar sujeito e objeto e concebê-los enquanto realidades distintas e isoladas, tem a pretensão de acessar o mundo “tal como ele é”, suprimindo ao máximo a influência subjetiva do pesquisador, que deve ocupar o lugar de observador supostamente neutro. Essa concepção de sujeito e objeto, como entidades que se distinguem e se separam, se assenta na pressuposição de uma realidade objetiva preexistente, exterior ao sujeito que conhece. Pressupondo que existe um objeto ou realidade exterior dada e imutável, a subjetividade é considerada um resíduo indesejável no ato de conhecer e deve se resumir então a uma resultante do processo de objetivação que é o conhecimento. Para Viveiros de Castro isso significa dizer que:

Conhecer, assim, é dessubjetivar, explicitar a parte do sujeito presente no objeto, de modo a reduzi-la a um mínimo ideal. Os sujeitos, tanto como os objetos, são vistos como resultantes de processos de objetivação: o sujeito se constitui ou reconhece a si mesmo nos objetos que produz, e se conhece objetivamente quando consegue se ver ‘de fora’, como um ‘isso’. Nosso jogo epistemológico se chama objetivação; o que não foi objetivado permanece irreal e abstrato. A forma do Outro é a coisa. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.358).

Entendemos então que, para a epistemologia moderna, conhecer é sinônimo de objetivar, ou seja, dessubjetivar, a fim de garantir o acesso neutro a uma suposta objetividade observável. O que o referido autor vai nos mostrar é que, para o xamanismo ameríndio, esse ideal de conhecimento é invertido, e, de acordo com uma epistemologia ameríndia, conhecer é sinônimo de subjetivar, ou seja, dotar de perspectiva aquilo que se almeja conhecer, aproximar-se de um outro ponto de vista. “Conhecer é personificar, tomar o ponto de vista daquilo que deve ser conhecido – daquilo, ou antes, daquele; pois o conhecimento xamânico visa um ‘algo’ que é um ‘alguém’, um outro sujeito ou agente. A forma do Outro é a pessoa” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.358). O conhecimento xamânico permite inverter nossa moderna epistemologia objetivista – a partir da qual a forma do Outro é a coisa – para pensá-la literalmente a partir de outros pontos de vista, em um modo de produção de conhecimento em que a forma do Outro é a pessoa. Mas

como o perspectivismo ameríndio opera essa inversão? Se essa inversão epistemológica se fundamenta em uma nova forma de se relacionar com a alteridade, interessa-nos saber qual o estatuto desse sujeito ameríndio que conhece e desse “objeto” que precisa ser subjetivado para dar-se a conhecer. Afinal, o que significa personificar para conhecer?

É importante entendermos que, no contexto xamânico ameríndio, a condição comum a quase todos os seres da natureza é a humanidade (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.356). A humanidade enquanto condição não se confunde com a forma humana, mas diz respeito à alma, supostamente presente em todos os seres vivos. De acordo com esse pressuposto, de que a humanidade diz respeito à alma e não a forma humana, para o perspectivismo ameríndio tanto os humanos quanto os não-humanos têm humanidade. É importante entender que alma não é concebida enquanto uma substância abstrata, mas sim como uma posição perspectiva: a posição de Sujeito. Afirmar que a base comum aos seres vivos é a humanidade significa dizer que eles têm alma, ou seja, que eles podem ocupar um ponto de vista, podem tornar-se pessoas ou sujeitos, são seres capazes de perspectiva. Mais do que uma característica intrínseca a certo número de espécies, a humanidade é uma condição que surge da possibilidade, sempre relacional, de ocupar um ponto de vista, uma perspectiva.

Todo ser a que se atribui um ponto de vista será então sujeito, espírito; ou melhor, ali onde estiver o ponto de vista, também estará a posição de sujeito. Enquanto nossa cosmologia construcionista pode ser resumida na fórmula saussureana: o ponto de vista cria o objeto – o sujeito sendo a condição originária fixa de onde emana o ponto de vista –, o perspectivismo ameríndio procede segundo o princípio de que o ponto de vista cria o sujeito; será sujeito quem se encontrar ativado ou ‘agenciado’ pelo ponto de vista. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.373).

Podemos perceber aqui o esboço de uma segunda pista. Se a primeira pista aponta para um aspecto de inversão epistemológica – ao indicar que o objeto de conhecimento precisa ser dotado de perspectiva para que possamos conhecê-lo, de acordo com o perspectivismo ameríndio –, a segunda pista indica que o próprio sujeito que conhece precisa ser construído, pois de direito existe apenas um ponto de vista, uma perspectiva, um lugar que, ocupado por alguém, garante-lhe o estatuto de sujeito. Segundo o autor, partimos de uma cosmologia construcionista que concebe o objeto enquanto construção mas o sujeito como um dado, e vamos precisar transitar por uma outra cosmologia para entendermos que não só o objeto, mas o próprio sujeito é também construído pelo ponto de vista. “Tal é o fundamento do perspectivismo. Ele não exprime uma dependência

perante um sujeito definido previamente; ao contrário, será sujeito aquele que aceder ao ponto de vista” (DELEUZE, 1988, p.27 apud VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.373).

É em decorrência dessa inversão epistemológica, a qual a cosmologia ameríndia nos permite empreender, que Viveiros de Castro pode afirmar que o perspectivismo não é um relativismo, mas sim um multinaturalismo. Isso significa dizer que não se pode confundir perspectivismo com relativismo cultural, ou multiculturalismo, porque não se trata de supor que existam diferentes perspectivas que cada sujeito apreende quando se coloca diante de um mundo único. Trata-se de transitar entre os diferentes mundos que são produzidos por cada perspectiva. A partir do perspectivismo ameríndio, torna-se possível afirmar a existência de múltiplos mundos, múltiplas naturezas, um verdadeiro multinaturalismo. Nesse sentido, o ato de conhecer não se confunde com a representação de um mundo dado, justamente porque o perspectivismo não parte de uma representação de um suposto mundo único, realizada por um sujeito previamente existente, mas da criação de um mundo e de um sujeito que nada mais é do que a perspectiva desse mundo.

O perspectivismo não é um relativismo, mas um multinaturalismo. O relativismo cultural, um multiculturalismo, supõe uma diversidade de representações subjetivas e parciais, incidentes sobre uma natureza externa, uma e total, indiferente à representação; os ameríndios propõe o oposto: uma unidade representativa ou fenomenológica puramente pronominal, aplicada indiferentemente sobre uma diversidade real. Uma só ‘cultura’, múltiplas ‘naturezas’; epistemologia constante, ontologia variável (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.379).

Encontramos aqui uma importante defasagem nesse diálogo que estamos forjando entre Jullien e Viveiros de Castro. Enquanto Jullien pensa o comum como o espaço de diálogo entre culturas diferentes, ancorado na noção de multiculturalismo, Viveiros de Castro propõe que a característica comum a todos os seres é a cultura, levando-nos a pensar a partir de um multinaturalismo. A noção de comum implica a tradução entre múltiplas culturas para Jullien, enquanto para Viveiros de Castro trata-se de pensar na tradução entre múltiplas naturezas a partir de uma cultura comum. Eis a tensão com a qual nos confrontamos nesse diálogo entre o filósofo francês e o antropólogo brasileiro. Acompanhando Viveiros de Castro em sua argumentação, vamos perceber que o conceito de perspectivismo ou multinaturalismo permite-nos avançar em relação à questão da tradução enquanto construção de um plano comum.

A tradução da ‘cultura’ para os mundos das subjetividades extra-humanas tem como corolário a redefinição de vários eventos e objetos ‘naturais’ como sendo índices a partir dos quais a agência social pode ser abduzida. O caso mais comum

é a transformação de algo que, para os humanos, é um mero fato bruto, em um artefato ou comportamento altamente civilizados, do ponto de vista de outra espécie: o que chamamos ‘sangue’ é a ‘cerveja’ do jaguar, o que temos por um barreiro lamacento, as antas têm por uma grande casa cerimonial, e assim por diante. Os artefatos possuem essa ontologia interessantemente ambígua: são objetos, mas apontam necessariamente para um sujeito, pois são como ações congeladas, encarnações materiais de uma intencionalidade não-material. E assim, o que uns chamam de ‘natureza’ pode bem ser a ‘cultura’ dos outros (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.361).

Essa ontologia variável, que torna as múltiplas naturezas acessíveis através de uma epistemologia constante (cultura única, espírito ou humanidade), exige que façamos um exercício meticuloso de tradução se quisermos transitar entre perspectivas. Afirmar que existem múltiplas naturezas e apenas uma cultura, ou seja, afirmar que todo sujeito é construído enquanto perspectiva de uma natureza diferente, não significa postular a impossibilidade de comunicação entre as diferentes perspectivas, entre os diferentes mundos habitados pelos sujeitos. Atentos às relações, e não exclusivamente aos termos que delas derivam, os xamãs ameríndios têm o poder de assumir a perspectiva de outros seres e conseguem voltar depois para contar a história. “Os xamãs, mestres do esquematismo cósmico, dedicados a comunicar e administrar as perspectivas cruzadas, estão sempre aí para tornar sensíveis os conceitos e inteligíveis as intuições” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p.351).

Quando o xamã transita entre perspectivas diferentes, não podemos descrever esse processo recorrendo a metáforas do tipo: ele vê o mundo tal como o jaguar, ou tal como uma anta por exemplo. Não se trata de “ver tal como”, porque esse processo de transição ou tradução entre perspectivas diferentes, ou seja, entre mundos ou naturezas diferentes se refere literalmente a perceptos e não a representações. De acordo com a ontologia variável presente no perspectivismo xamânico ameríndio, “ver como” um jaguar não significa se aproximar da perspectiva que o jaguar teria do mundo em que vivemos, muito menos imitar um jaguar, mas sim devir jaguar para acessar o mundo do qual o jaguar é a perspectiva.

Não seria essa a tarefa do pesquisador e do tradutor quando se põem a investigar pontos de vista diferentes?

2.2 – Apoio Institucional e Apoio Matricial: o que queremos apoiar?

Engajados no exercício de tradução entre diferentes perspectivas, adentramos no âmbito do SUS e nos deparamos com um grande desafio que é colocado no nível da atenção e no nível da gestão. Esse desafio diz respeito à necessidade de conceber atenção e gestão como domínios que se entrelaçam, que se atravessam mutuamente, que se constituem em permanente articulação, e que por isso não podem ser concebidos de maneira separada sem trazer impactos danosos para a saúde das pessoas – não apenas para aquelas que são usuárias do sistema, mas também para os profissionais que nele atuam, colocando em risco, em última instância, a própria viabilidade do SUS.

O desafio é grande, não apenas porque o SUS é um sistema que oferece cobertura em todos os estados de um país de dimensões continentais, abarcando especificidades culturais, políticas, econômicas e epidemiológicas das mais variadas, mas principalmente porque não existe uma solução pronta para esse desafio em lugar nenhum, e porque ele se impõe vigorosamente todos os dias a todos os profissionais de saúde.

Somos então levados a perguntar: no que consiste esse desafio no nível da atenção e no nível da gestão? O desafio consiste em encarar a inseparabilidade da atenção e da gestão em ato, ou seja, fazer clínica e política no cotidiano da produção do cuidado em saúde. Mas o que significa exatamente conceber atenção e gestão de maneira inseparável? Em que medida a dimensão da atenção, da clínica, atravessa a dimensão da gestão, da política, e por sua vez também é atravessada por ela?

No nível da atenção, o desafio comparece toda vez que se dá um encontro entre um usuário e um profissional de saúde, sendo esse profissional convocado a intervir. A partir desse encontro, surgem no mínimo duas perguntas: o que fazer? como fazer? No nível da gestão, o mesmo desafio comparece, modulado em amplitudes diferentes, na medida em que a perspectiva da gestão abarca um conjunto de usuários, um conjunto de saberes, e um conjunto de trabalhadores em sintonia com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A partir dessa perspectiva as duas mesmas perguntas insistem: o que fazer? como fazer?

Um usuário e seu contexto de vida, sempre singular, único, encontra um profissional, sempre singular, único, em seu contexto de trabalho, orientado por

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Como o único com “u” minúsculo, referente ao contexto de vida de um usuário, pode se relacionar com o único, com “u” minúsculo, referente ao contexto de trabalho de um profissional, que por sua vez se remete ao Único, com “U” maiúsculo do Sistema Único de Saúde? Eis a grandeza do desafio.

Dentre os significados do adjetivo único podemos listar: 1) que é só um; 2) de cuja espécie não existe outro; 3) exclusivo (FERREIRA, 2001). A etimologia da palavra único aponta para o termo em latim *unicus*, que deriva de *unus*, cujo significado é *um*. Então o que significa dizer que o usuário é único e que o SUS é Único? Trata-se do mesmo sentido da palavra único em ambos os casos? Seguindo a pista dada pela etimologia da palavra único que aponta para *unus*, *um*, podemos pensar um SUS para todos e para cada um? Em que medida é possível produzir cuidado em saúde para todos e para cada um? É possível produzir um plano comum que acolha a todos e a qualquer um? Essas são algumas perguntas que nos acompanharão ao longo desse subcapítulo que almeja situar e problematizar o lugar do Apoio Institucional e do Apoio Matricial no SUS.

Pensar o problema do Apoio faz-se necessário porque a questão da articulação entre atenção e gestão se coloca sempre diante de um trabalhador que acolhe um usuário único inserido no Sistema Único de Saúde. O único com “u” minúsculo, referente ao contexto de vida do usuário, pode ser só um, pode ser exclusivo, de acordo com o significado dicionarizado da palavra único, mas o Único com “U” maiúsculo do Sistema Único de Saúde precisa ser múltiplo e inclusivo, para todos e para qualquer um. Para que o Sistema Único de Saúde seja para todos, de acordo com o princípio da universalidade do acesso, torna-se necessário acolher cada modo de vida em sua singularidade, com suas demandas específicas, em sintonia com os princípios da integralidade da atenção e da equidade das ofertas. De saída, está colocado um desafio de dupla face para o trabalho em saúde. Em uma face temos a convocação de um usuário único no nível da atenção, em outra face temos a convocação da gestão de um Sistema Único.

Diante desse desafio, o profissional de saúde pode cair em dois extremos, separando artificialmente as duas faces de um único problema: por um lado, pode atender apenas à convocação da gestão, tomando-a como protocolo, e reproduzir procedimentos predeterminados entrando em um modelo de produção em série, ou, por outro lado, pode atender apenas à convocação singular de cada usuário, recusando todos os protocolos

preconizados pela gestão, a fim de trabalhar com o “caso a caso”. Esses dois extremos fazem parte da mesma lógica, ou melhor, se orientam a partir da mesma perspectiva: aquela que pretende separar as duas faces de um único problema que diz respeito à articulação necessária entre atenção e gestão, clínica e política.

A partir de um dos extremos, o profissional pode se esquivar do encontro com o usuário e da desestabilização que tal encontro pode provocar, lançando mão dos protocolos preconizados pela gestão. Tal profissional pode até mesmo gozar de certa indiferença diante dos demais profissionais da equipe nos espaços coletivos de discussão, porque tem em mãos o valioso argumento: “eu fiz tudo que podia ser feito, tal como manda o protocolo”. Valendo-se desse argumento, o profissional pode se desimplicar do processo de produção de saúde e tornar-se insensível diante da singularidade de cada caso, seja quando atende um usuário ou quando participa de espaços coletivos de discussão, gerando como efeito de sua prática a simples reprodução de procedimentos padronizados a nível individual e coletivo. Essa é a figura do “profissional que só faz política”, em um sentido extremamente restrito da noção de política. Cabe até mesmo perguntar se ainda podemos chamar isso de política.

A partir do outro extremo, a situação não é muito diferente no que tange aos efeitos. Encerrado em sua clínica do “caso a caso”, o profissional pode recusar os protocolos preconizados pela gestão a fim de ater-se exclusivamente à singularidade de cada usuário que acolhe, fazendo do SUS um anexo de seu consultório particular. Tal profissional ignora o fato de que o usuário é único, mas não vive isolado, não é uma ilha, e para cuidar dele é necessário cuidar do território em que ele está inserido e que o constitui, acolhendo e incluindo as dimensões sociais, políticas, culturais, econômicas, etc. Além de precisar se isolar dos demais profissionais para que não interfiram na “sua clínica” com os protocolos preconizados pela gestão, tal trabalhador vai acabar precisando também isolar o usuário para fazê-lo caber em outro regime protocolar, herança de certos modelos de formação calcados nos mais diversos especialismos. Ao se esquivar dos protocolos da gestão, esse tipo de prática pode acabar inserindo no SUS outros protocolos, referentes às diversas especialidades, gerando isolamento, fragmentação do processo de trabalho e, conseqüentemente, o mesmo tipo de desimplicação do profissional e de padronização das ofertas de cuidado também gerados pela figura anteriormente descrita. Essa é a figura do “profissional que só faz clínica”, em

um sentido extremamente restrito de clínica. Cabe perguntar se ainda podemos chamar isso de clínica.

Essas duas figuras anedóticas nos servem para tornar mais claro porque não é possível separar clínica de política sem correr o risco de criar, no ato da separação, uma prática que pode se aproximar da reprodução em série de procedimentos inócuos, na medida em que se encontra desconectada de um fazer comum. Não é à toa que a figura do “profissional que só faz clínica”, na tentativa de esquivar-se da dimensão política inerente ao seu trabalho, acaba não conseguindo fazer nem clínica nem política, bem como a figura do “profissional que só faz política”, que ao se esquivar da singularidade do usuário e dos demais trabalhadores da equipe, acaba não fazendo política e nem clínica. Em suma: quando um profissional pretende fazer apenas clínica ou apenas política ele acaba por não realizar nem uma coisa nem outra, já que clínica e política, atenção e gestão, são dimensões inseparáveis de um grande desafio comum – a produção de um SUS universal, integral e equânime.

Às voltas com esse desafio inerente à articulação entre atenção e gestão, Campos (2000) percebeu que muitas das dificuldades que levam os profissionais a simplesmente reproduzirem procedimentos, ao invés de se engajarem no processo de produção de saúde, é expressão de uma herança indesejável do modo de produção taylorista, que ainda se faz presente entre nós. A reprodução de formas burocratizadas de trabalho, a fragmentação do processo de trabalho e a hierarquização entre os diferentes profissionais são alguns dentre os principais problemas que remontam às bases sobre as quais se assenta o taylorismo. Quando esse modo de produção se faz presente nos serviços de saúde, a oferta de cuidado para todos e para qualquer um fica muito prejudicada, porque implica a separação entre clínica e política, entre atenção e gestão. O modo de produção taylorista pressupõe a separação entre aqueles que executam procedimentos voltados para a atenção ao usuário e aqueles que exercem funções de comando e gestão.

Segundo Campos (2000), apesar de já ter sido superado em certa medida com o advento do fordismo e da reengenharia organizacional, o modo de produção taylorista ainda subsiste através da racionalidade gerencial hegemônica. Forjada no campo da Administração Científica, a racionalidade gerencial hegemônica produz efeitos nos modos de fazer gestão, ainda que esse campo tenha sofrido grandes transformações desde a publicação da obra de Taylor, *Princípios da Administração Científica*, no ano de 1911.

É notável que a disciplina e o controle continuam sendo os principais eixos de sustentação dos métodos de gestão no campo da Administração. A racionalidade gerencial hegemônica pressupõe uma gestão centralizada, funcionando através de um sistema de direção baseado na expropriação das possibilidades de governar da maioria dos trabalhadores. De acordo com tal racionalidade, a gestão dos processos de trabalho deve ser desempenhada por um restrito comitê gestor que ocupa o topo da hierarquia institucional, enquanto apenas a execução do trabalho cabe aos demais trabalhadores.

Assim é instaurada não apenas uma profunda separação entre aqueles que gerem e aqueles que executam o trabalho, mas também uma hierarquização dessas funções. Na medida em que tal hierarquização ocorre, o saber dos responsáveis pela execução do trabalho é desvalorizado, em detrimento do único saber a ser considerado – o saber daqueles que ocupam o lugar de gestão. Essa separação entre os que gerem e os que executam o trabalho reitera a distância forjada no campo científico clássico entre um suposto sujeito do conhecimento e um suposto objeto a ser conhecido e manipulado. Fazendo isso, a racionalidade gerencial hegemônica introduziu nas organizações modernas um modo de funcionamento que produz desvalorização dos diferentes saberes, baixa participação dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, centralização do poder de decisão, hierarquização, autoritarismo, comando e controle, semelhante ao que ocorre no exército, nas ordens religiosas e nas mais diversas instituições disciplinares (CAMPOS, 2000).

Identificando tais problemas e caminhando na contramão do modo de produção taylorista, Campos (2000) propõe um método que visa descentralizar e democratizar a gestão dos processos de trabalho no SUS. Para que a gestão dos serviços de saúde não seja mais exercida por um grupo seletivo de gestores isolados no alto patamar da hierarquia institucional, mas sim pelos trabalhadores que se encontram ativamente envolvidos nos processos de produção de saúde, o referido autor forjou o Método Paidéia – também conhecido como Método da Roda. Palavra grega que faz referência ao processo de formação do cidadão na cultura antiga, Paidéia pode ser entendida como formação integral para vida em sociedade, formação para exercer a política ou formação para exercer a cidadania em uma sociedade democrática. Incluindo a noção de cidadania e de democracia, o Método Paidéia inspira-se na Ágora ateniense e visa construir espaços de compartilhamento que possam alterar as relações de poder.

Qualificar um método de Apoio à descentralização da gestão como Paidéia é, de saída, tornar explícito o caráter eminentemente político e ético do trabalho daquele que se orienta por esse método. Isso significa dizer que o Método da Roda oferece um modo de fazer Apoio engajado em uma aposta na democratização institucional. O Método da Roda, ou Paidéia, faz da gestão um sinônimo de cogestão. Para isso, precisamos entender que fazer a gestão de um coletivo articulado em torno de um trabalho comum é necessariamente fazer gestão de maneira compartilhada, ou seja, é necessariamente fazer cogestão. Lançando mão desse método, percebemos que a gestão de coletivos só pode ser realizada no coletivo e pelo próprio coletivo.

O principal objetivo do Método da Roda é reformular os tradicionais mecanismos de gestão para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe de maneira participativa e compartilhada. Com o Método da Roda a racionalidade gerencial hegemônica, com seus efeitos centralizadores e segregadores, dá lugar a um novo modo de fazer gestão, caminhando na direção da descentralização e da inclusão dos 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 coordenam, planejam, supervisionam e avaliam o trabalho que é executado por eles próprios de maneira compartilhada. Sem dúvida essa não é uma tarefa simples e não tem acontecido de maneira natural ou espontânea nos serviços de saúde. Como é possível então colocar isso em prática?

Para realizar a efetiva descentralização da gestão, torna-se imprescindível considerar que todo processo de trabalho desenvolvido dentro de uma organização tem uma tríplice finalidade e produz efeitos a partir de cada uma delas em sentidos diferentes. A primeira finalidade, e também a mais óbvia, é a produção de bens e serviços para a sociedade – no caso do SUS, a produção de cuidado em saúde. A segunda finalidade é a reprodução ou manutenção da própria organização, garantindo suas condições de funcionamento e perpetuação, sem as quais se extinguiria. Em terceiro e último lugar, mas não menos importante, a finalidade é interferir nos processos de produção de subjetividade dos próprios trabalhadores e dos usuários. É preciso considerar as três finalidades – produção de bens e serviços, reprodução da própria organização e produção de subjetividades – como três faces diferentes, porém inseparáveis, de um mesmo processo de produção.

Campos (2000) mostra que a produção de bens e serviços exige que o trabalhador se situe na dimensão do conhecimento, a reprodução da organização exige que se situe na dimensão do poder e a produção de subjetividades na dimensão dos afetos. Atento a essa tríplice finalidade do processo de trabalho e as três dimensões que ela envolve, o referido autor afirma que incluir as dimensões do poder, dos saberes e dos afetos faz com que o Método da Roda gire na contramão da racionalidade gerencial hegemônica, que apresenta enorme dificuldade de identificar e incluir a dimensão subjetiva do processo de trabalho em análise, tendendo à reprodução de formas burocratizadas, protocolares e prescritivas de trabalho, produzindo como consequência o empobrecimento subjetivo e social de trabalhadores e usuários. Sem dúvida essa dificuldade não diz respeito à novidade da descoberta, já que sabemos, desde Marx, que o trabalho produz não apenas objetivação, mas também subjetivação. Essa dificuldade de incluir a dimensão subjetiva evidencia na verdade 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 política, não podemos fazer Apoio.

O Apoio Paidéia é resultado da contínua produção interativa de afetos, de conhecimentos e de poder. Contudo, existem diferentes campos disciplinares que tentam separar artificialmente estas três dimensões que estão continuamente articuladas, e necessariamente interferem umas nas outras. Por isso Campos vai afirmar que a constituição de sujeitos, de necessidades sociais e de instituições é um produto de relações de poder, saber e afetos e não pode ser pensada senão em meio a essas relações. O Método Paidéia é uma tentativa de intervir no campo da saúde considerando estas três dimensões e as relações que se estabelecem entre elas.

A concepção teórica e metodológica Paideia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. E pode ser aplicada à política, gestão, pedagogia, Saúde Coletiva e clínica. A política e a gestão tratam de modos para operar com o poder; a pedagogia, com o conhecimento; a clínica da subjetividade, com o afeto. Esses campos disciplinares, contudo, separam essas três dimensões, quando na realidade elas atuam de forma conjugada e simultânea. A constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos. (CAMPOS et al, 2014, p. 985).

Para isso é preciso considerar o trabalho em saúde como um processo que não opera separação entre executores e planejadores, entre atenção e gestão, entre clínica e política. É necessário entender também que, para apoiar a cogestão da produção de bens, serviços, instituições, saberes e subjetividades, em última instância precisaremos ser

apoiados e cogem a produção de nós mesmos em meio a esse processo, já que não é possível nos engajarmos em processos de produção de subjetividades sem colocarmo-nos em jogo. Daí a complexidade e delicadeza do método. É preciso nos inserirmos em um processo de produção que produz a nós mesmos. Produzir um processo que nos produz: eis a dimensão paradoxal do método. É nesse sentido que podemos afirmar que para apoiar é preciso ser apoiado, é preciso confiar no processo e permitir-se ser apoiado por aqueles que desejamos apoiar.

Assim podemos entender porque 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. Mas como podemos viabilizar práticas concretas de Apoio?

Na intenção de sistematizar as modalidades de oferta de Apoio, o referido autor vai propor uma distinção importante. Essa distinção nos serve para viabilizar estratégias de compartilhamento da gestão em coletivos, que se mostram como modos de fazer Apoio com enfoques diferentes. É nesse sentido que o referido autor fala de Apoio Institucional e Apoio Matricial, noções que se distinguem, mas não se separam.

As noções de Apoio Institucional e Apoio Matricial expressam, ambas, modos de fazer análise e cogestão de coletivos organizados para a produção de saúde, mas partem de pontos de vista distintos. Enquanto o Apoio Institucional é uma função gerencial cogestiva usada nas relações entre serviços, gestores e trabalhadores, o Apoio Matricial é um modo de fazer trabalho em rede usado nas relações entre profissionais que trabalham em equipes, estreitamente próximo da prática da clínica, do cuidado direto com o usuário (CAMPOS, 2000). Sabemos que a gestão e a clínica não operam de maneira isolada, havendo plena imbricação e coengendramento entre eles, e isso faz com que possamos afirmar que todo Apoio Matricial é também 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 Apoio Matricial. O que diferencia as duas modalidades de Apoio é a relação que vão estabelecer com um saber especializado.

Como sabemos, para atuar no campo complexo do SUS, cada profissional precisa estar aberto a contribuição dos demais profissionais que compõem uma equipe multiprofissional, compartilhando saberes e responsabilidades, reforçando a interdisciplinaridade. O Apoio Matricial oferece às equipes, através de profissionais das

áreas especializadas que não participam cotidianamente da equipe de referência, um suporte técnico especializado, ou seja, um saber específico. Nesse sentido o Apoio Matricial configura-se como compartilhamento de um saber específico, de um conhecimento especializado, no campo interdisciplinar da equipe de referência. Esse arranjo pretende garantir uma retaguarda especializada às equipes, modificando a crescente lógica de encaminhamentos para profissionais especialistas e construindo corresponsabilização.

Essa dimensão de suporte técnico-pedagógico do Apoio Matricial pressupõe a oferta de um apoio que pode acontecer nos espaços coletivos de discussão, como as reuniões de equipe, e também pressupõe ações realizadas de maneira conjunta, como interconsultas, visitas domiciliares, grupos e outras modalidades de atendimento que o Apoiador pode estar desenvolvendo ao lado de um ou mais profissionais da equipe de referência. A ideia é fazer com os profissionais da equipe de referência e não para eles, ou no lugar deles. 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 passivamente, 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 garantia da retaguarda especializada oferecida pelo Apoio Matricial pode evitar a fragmentação da atenção e os diversos efeitos nocivos provocados pela crescente demanda por atendimento ambulatorial com profissionais especialistas – em muitos casos que não apresentam necessidade comprovada de intervenção nesse nível de complexidade. Enquanto a crescente demanda por especialistas tem produzido um volume excessivo de tratamentos, procedimentos e medicamentos, a inserção de especialistas nas equipes de referência através do Apoio Matricial permite a construção de estratégias coletivas para acolher a complexidade de um caso que deve sempre ser compartilhado entre os membros da equipe. Desse modo, o Apoio Matricial permite a cogestão do cuidado entre os diferentes profissionais, descentralizando o saber e alterando as relações de poder e de afeto vigentes.

A metodologia Paideia de Apoio Institucional à cogestão das instituições e Apoio Matricial à cogestão do cuidado em saúde começou a ser experimentada na rede pública do município de Campinas, em São Paulo, durante a década de 1990, em serviços de

saúde mental, de Atenção Básica e da área hospitalar. Inspiradas por essa primeira experiência, várias outras cidades começaram a incorporar os modos de fazer Apoio Institucional e Matricial, como Belo Horizonte em Minas Gerais, Quixadá e Sobral no Ceará, Recife em Pernambuco, Aracaju em Sergipe, Viamão no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (CAMPOS et al, 2014).

Posteriormente, o Apoio Institucional e o Apoio Matricial foram incorporados pelo Ministério da Saúde e se tornaram tecnologias integrantes do SUS em todo o país. No documento do Ministério da Saúde – “Caderno de Referência para a Formação de Apoiadores” –, vemos que foi no ano de 1998 que a expressão Apoiador Institucional começou a ser utilizada no vocabulário da gestão federal do SUS. O mesmo documento afirma que 2003 foi o ano das primeiras experiências oficiais de Apoio no país. A partir dessas primeiras experiências oficiais, o Ministério da Saúde iniciou um processo de formulação e implementação do Apoio Institucional aos Estados e Municípios da Federação, com dois enfoques: apoio à gestão descentralizada do SUS, coordenado pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) da Secretaria Executiva, e apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde, coordenado pela Política Nacional de Humanização PNH). A Política Nacional de Humanização (PNH), vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, incorporou os modos de fazer Apoio Institucional e Apoio Matricial com o objetivo de reacender a dimensão pública da política de saúde no SUS, intensificando a articulação entre atenção e gestão, clínica e política.

No “Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS”, encontramos as seguintes definições:

Apoio matricial

Lógica de produção do processo de trabalho na qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo em que o profissional cria pertencimento à sua equipe/setor, também funciona como apoio, referência para outras equipes.

Apoio institucional

Apoio institucional é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte ao movimento de mudança

deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. Temos entendido que a função do apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. A diretriz do apoio institucional é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Assim sendo, o apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. É, portanto, em uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações. O apoiador institucional tem a função de: 1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. A função apoio se apresenta, nesta medida, como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros”. (BRASIL, 2008, p.52-53).

A partir dessa incorporação dos modos de fazer apoio, a PNH passou então a contar com equipes regionais de Apoiadores que se articulavam às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde em todo o Brasil. Fortalecendo esse processo de disseminação das tecnologias de Apoio, em 2008 o Ministério da Saúde implementou ainda uma nova política: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se orientam principalmente pela estratégia do Apoio Matricial, atuando junto as Equipes da Estratégia de Saúde da Família com objetivo de qualificar o cuidado, ampliando a abrangência e a resolutividade das ofertas na Atenção Básica.

A disseminação do Apoio Institucional e Matricial através de todas essas iniciativas do Ministério da Saúde traz uma série de avanços e, ao mesmo tempo, como era de se esperar, encontra uma série de empecilhos. De acordo com Campos (2014), a institucionalização do Apoio traz o risco de neutralização de sua potência analisadora, questionadora, e pode acabar tornando o Apoio apenas um nome que recobre antigas práticas autoritárias que ensejaram a criação dessa tecnologia. Por isso é importante que fiquemos atentos, na medida em que:

Várias secretarias municipais incorporaram o apoio como discurso oficial. Ao acontecer isso, ao ser institucionalizada, ela tende a ser reduzida, tende a sofrer

as mazelas do contexto institucional. Isso acontece toda vez que uma proposta metodológica, uma estratégia clínica ou de promoção de saúde, é incorporada pelo Estado ou outras organizações. Então, observamos uma tensão entre uma expansão muito grande e uma resistência muito grande e muita coisa autoritária, vertical enviesada sendo feita em nome do apoio institucional, em nome da cogestão (CAMPOS, 2014, p. 1149-1150).

Nesse sentido, entendemos que, para manter viva a potencialidade do Apoio Institucional e Matricial, precisamos sempre traduzi-los de maneiras novas, conjurando o risco de institucionalização. Para fazer isso, é necessário afirmar que o Apoio Institucional e Matricial não são prescrições, protocolos, nem são ferramentas prontas para serem utilizadas. São relações, são processos, são modos de fazer. Os modos de fazer existem para serem reinventados, reformados, traduzidos.

Quando seguimos uma prescrição, um protocolo ou quando usamos uma ferramenta podemos fazê-lo sempre de maneiras diferentes, mas, no final desse processo, tanto a prescrição, o protocolo quanto a ferramenta permanecem inalterados. Diferentemente do modo de fazer, que se transforma e se complexifica a cada vez que alguém o traduz. Em última instância é possível afirmar que um modo de fazer só funciona efetivamente quando é reinventado, traduzido, reformado.

A terceira fase da pesquisa GAM nos permitiu traduzir as noções de Apoio Matricial e Apoio Institucional. Um aspecto importante dessa tradução foi a realização do Apoio por pesquisadores acadêmicos e a inclusão de usuários e familiares nos dispositivos de Apoio. 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 trata-los como trabalhadores? De maneira nenhuma. A radicalidade dessa aposta consiste em afirmar a diferença de inserção desses atores ao mesmo tempo em que afirma também a necessidade de construir projetos em comum.

Foi preciso sair da hierarquia entre os diferentes e do corporativismo entre os iguais para traçar uma transversal entre a gestão e a atenção, construindo um plano comum e heterogêneo que permita conjurar os riscos de institucionalização que rondam todo e qualquer projeto incorporado pelo Estado, como foi o caso do Apoio Institucional e Matricial. Tornar o Apoio uma máquina de guerra contra o aparelho de Estado, ao mesmo tempo em que está nele inserido: essa foi nossa aposta.

Deleuze e Guattari (1997) podem novamente nos ajudar aqui, pensando essa relação entre aparelho de Estado e máquina de guerra. Ao contrário do que uma simples relação de oposição nos levaria a concluir, aparelho de Estado e máquina de guerra não são entidades isoladas que apenas se encontrariam em face dos confrontos que estabelecem entre si. Suas diferenças de natureza os fazem coexistir, e ambos só existem devido às misturas que não cessam de realizar. Segundo os autores a máquina de guerra é por definição exterior ao aparelho de Estado, do qual ela é a pura forma de exterioridade. Exterior irreduzível, a máquina de guerra sempre oferece resistência ao funcionamento centralizador do aparelho de Estado, que almeja de tudo tomar posse.

A exterioridade da máquina de guerra em relação ao aparelho de Estado indica que o Estado, enquanto forma da interioridade, não pode ser concebido fora da relação com algo que lhe é exterior. Nessa relação ele constantemente se apropria de algo dessa exterioridade sem nunca conseguir reduzi-la totalmente. A máquina de guerra por sua vez, irreduzível ao aparelho de Estado, é anterior ao seu direito na medida em que “vive cada coisa em relações de devir, em vez de operar repartições binárias entre ‘estados’ [...] ultrapassa tanto as dualidades de termos como as correspondências de relações.” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.13). Enquanto o aparelho de Estado é o lugar das repartições e definições, a máquina de guerra é operadora de desestabilizações, de devires.

Apesar do mal entendido que o nome pode gerar, a máquina de guerra não tem a guerra como objeto, mas sim o que os referidos autores denominaram de espaço liso, contraponto do espaço estriado do aparelho de Estado. Enquanto o aparelho de Estado se preocupa em repartir, estratificar e conservar, formando um espaço estriado, demarcado, delimitado, a máquina de guerra se ocupa em fazer fluir, borrar limites, nomadizar, produzindo um espaço liso. Entre espaço liso e estriado “há dois movimentos não simétricos, um que estria o liso, mas o outro que restitui o liso a partir do estriado” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.187).

Se os movimentos que permitem o estriamento do liso ou o alisamento do estriado não são simétricos, sempre haverá disparidade nessa relação, ou seja, sempre teremos um espaço estriado ou um aparelho de Estado menos forte diante de um espaço liso ou uma máquina de guerra mais forte. A máquina de guerra opera com a dimensão intensiva das forças, assim como o aparelho de Estado opera com a dimensão extensiva das formas. Desse modo a máquina de guerra está sempre sendo traduzida em aparelho de Estado e

por sua vez o aparelho de Estado também pode estar sempre sendo traduzido em máquina de guerra.

Dizer aqui que a pesquisa GAM apostou na tradução do Apoio Institucional e Matricial em máquina de guerra dentro do aparelho de Estado sem dúvida não significa dizer que decretamos guerra contra quem quer que seja. Não tendo a guerra como objeto, a máquina de guerra opera abrindo fissuras, permitindo deslocamentos, devires, resistências ao processo de institucionalização operado pelo aparelho de Estado. Resistindo à institucionalização, nosso projeto de pesquisa visou empreender uma verdadeira desinstitucionalização, não só focada nos usuários – como geralmente se propõe no campo da Saúde Mental –, mas principalmente voltada para as demais categorias de pesquisadores (acadêmicos, trabalhadores e familiares) com foco especial nos trabalhadores.

Um foco especial foi dado aos trabalhadores por percebermos que muitas vezes o profissional de saúde, sentindo-se limitado em sua capacidade de agir, seja por achar que precisa seguir uma direção de trabalho previamente determinada, seja por não poder contar com condições de trabalho dignas, seja por outros motivos de ordem política e subjetiva, não olha para a potência criativa de seu trabalho e acaba por reproduzir uma série de prescrições. Porém, como sabemos, todo trabalhador, quer queira quer não, está sempre reinventando, traduzindo, torcendo o sentido do que está instituído no seu cotidiano de trabalho, por exemplo quando acolhe a complexidade de um caso, que é sempre singular.

Vemos que a prescrição no campo da saúde vai muito além da medicação. Somente os médicos prescrevem medicações, mas todos os demais profissionais podem prescrever muitas outras coisas. Talvez a pior das prescrições ocorra quando usamos os diagnósticos como rótulos identitários, quando reduzimos um usuário a um transtorno e lhe prescrevemos uma identidade que nos impede de ver os devires, as modulações. Não queremos com isso defender a extinção dos diagnósticos, mas sim alertar que devemos nos lembrar sempre de problematizá-los, retomando o sentido de seu processo de produção. Os diagnósticos podem servir para orientar as ações em saúde, para ajudar a repensar as práticas de cuidado, e não para se tornarem rótulos a serem fixados aos usuários, restringindo a possibilidade de enxergar a complexidade de uma vida com tudo o que existe para além do diagnóstico.

Para apoiar foi preciso conjurar a prescrição, a institucionalização empreendida pelo aparelho de Estado – passando da prescrição à tradução entre diferentes perspectivas. Fazendo isso, potencializamos as tecnologias leves que estão necessariamente presentes, mas paradoxalmente não estão dadas de antemão, no fazer em saúde. As tecnologias leves, tecnologias relacionais que nos abrem para o encontro com o outro em sua alteridade, estão virtualmente presentes, mas precisam ser atualizadas (MERHY, 2005). Para nós, o Apoio se tornou um meio de atualizar as tecnologias relacionais, inventando novas relações entre os diferentes atores envolvidos. Assim traduzimos o Apoio em tecnologia leve, invertendo o peso gravitacional da institucionalização estatal.

Traduzir o Apoio em tecnologia leve tornou evidente para nós que não é possível cuidar do usuário sem cuidar também do trabalhador, na medida em que entendemos que

O cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseada em um conhecimento técnico científico. Exige, agora, um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e se relacionar com a loucura, que trabalhe de forma interdisciplinar, em uma articulação da gestão com a clínica, circulando pela cidade, considerando um duplo papel como agenciador do cuidado e da rede, não apenas de saúde, mas também de suporte social, sendo que uma crescente autonomia na gestão do trabalho é diretamente proporcional ao aumento de responsabilidades e compromissos das equipes de trabalho (RAMMINGER, 2014, p.41).

E, para analisar as implicações políticas e afetivas que são exigidas a partir da transformação dos modos de cuidar realizadas pelas reformas no campo da saúde, é preciso enfrentar um grande desafio. É isso que queremos apoiar, enfrentando o desafio que se coloca toda vez que um usuário e seu contexto de vida, sempre singular, único, encontra um profissional, sempre singular, único, em seu contexto de trabalho, orientado por princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Entre implicações políticas e afetivas, entre o único com “u” minúsculo e o Único com “u” maiúsculo, apoiar bem ali, onde o único se expressa através da imanência absoluta de uma vida.

2.3 – Tradução, Validação e Apoio: a GAM chega ao município de São Pedro da Aldeia

Desde que importamos 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), traçamos um percurso metodológico que pode ser dividido em três fases: na primeira fase realizamos a tradução e adaptação do Guia GAM à realidade brasileira, na segunda fase realizamos a validação do Guia GAM e na terceira fase oferecemos Apoio Institucional e Matricial à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de São Pedro da Aldeia.

Na primeira fase as universidades UNICAMP, UFRJ, UFF e UFRGS pactuaram a realização dos Grupos de Intervenção com Usuários (GIU) em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos municípios do Rio de Janeiro, Campinas e Novo Hamburgo. Cada um destes primeiros três grupos realizados nos CAPS – e um quarto grupo, realizado na UNICAMP, com participantes da Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos e usuários dos serviços de Saúde Mental de Campinas (AFLORE) – contou com a participação dos pesquisadores acadêmicos, incluindo alunos de graduação, mestrandos, doutorandos e residentes, além de profissionais e usuários, que participaram ativamente de todas as etapas do processo da pesquisa, inclusive na gestão do projeto multicêntrico, tal como descrito no primeiro capítulo do presente trabalho.

A primeira versão traduzida do Guia GAM-BR foi utilizada nesses primeiros grupos, que contaram em média com a participação de nove usuários em cada GIU. Os quatro grupos ocorreram simultaneamente nas três cidades mencionadas e, ao longo de dez meses, por meio de encontros semanais ou quinzenais, tiveram uma média de vinte encontros cada. A construção da versão final do Guia GAM-BR foi viabilizada a partir das propostas de modificação advindas dos GIU e discutidas nas reuniões multicêntricas. Essa primeira fase evidenciou a necessidade de articular pesquisa, política e clínica, na medida em que os efeitos disparados pela GAM diziam respeito tanto ao processo da pesquisa quanto à gestão do trabalho nos CAPS e aos projetos terapêuticos dos usuários (PALOMBINI et al, 2013).

Já na segunda fase da pesquisa GAM, os pesquisadores da UFF realizaram a validação do Guia GAM-BR em São Pedro da Aldeia, município localizado a 135 quilômetros da capital do Estado do Rio de Janeiro, em uma região conhecida como Baixada Litorânea. Abriga uma população com pouco mais de 91.500 habitantes (Censo IBGE, 2012) em um território de 358,66 Km². A chegada da pesquisa a este município se deu por indicação da então Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC, que atualmente é Secretaria de Estado de Saúde – SES), em uma reunião realizada em novembro de 2010, quando a equipe de pesquisadores da UFF apresentou aos Apoiadores da Secretaria a GAM e os resultados da primeira fase da pesquisa nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Estávamos interessados em dar início à segunda fase da pesquisa através do projeto “Autonomia e Direitos Humanos: validação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)”, que receberia apoio da FAPERJ a partir de 2011. Nessa reunião, queríamos pensar junto à Secretaria qual seria o melhor local para desenvolvermos esse projeto.

O município de São Pedro da Aldeia foi indicado por dois motivos: em primeiro lugar devido à necessidade de investir no desenvolvimento de pesquisas em municípios do interior e não apenas na região metropolitana do Rio de Janeiro, e em segundo lugar, mas não menos importante, porque os Apoiadores da Secretaria já conheciam o trabalho do psiquiatra do CAPS – que realizava grupos de medicação com os usuários – e acreditavam que, por conta disso, nosso projeto encontraria uma boa recepção entre ele e os demais profissionais da equipe. O CAPS I, chamado “Casarão da Saúde”, único CAPS do município, contava com uma equipe formada por quatorze profissionais, sendo quatro psicólogos, uma assistente social, uma fonoaudióloga, um técnico de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma musicoterapeuta, um enfermeiro, um psiquiatra, um vigilante, uma auxiliar administrativa e uma auxiliar de serviços gerais, para atender cerca de trezentos usuários cadastrados. Além do CAPS, a rede de Saúde Mental do município contava com um Ambulatório Ampliado, conhecido como Casa Azul, uma Residência Terapêutica e dois leitos para internação psiquiátrica no Pronto-Socorro.

De fato, os Apoiadores estavam certos. A recepção da equipe do CAPS Casarão da Saúde foi muito boa, e, logo após nossa primeira reunião com a equipe, realizada em fevereiro de 2011, foi sugerido que participássemos da Assembleia de Usuários e Familiares, que acontecia mensalmente no CAPS, para apresentarmos a pesquisa,

fazermos o convite aos usuários e já combinarmos com os interessados o início do grupo – que desde então passamos a chamar de Grupo de Intervenção com Usuários (GIU).

Na Assembleia realizada em março, que reuniu uma média de quinze usuários e quatro familiares, os pesquisadores apresentaram a pesquisa, a proposta da montagem do GIU e direcionaram o convite para os usuários. Para nossa surpresa, os familiares questionaram o fato de não estarem sendo incluídos, manifestando o desejo de participar da pesquisa também e ressaltando a importância da família em vários aspectos do cuidado diário do usuário, principalmente na questão da gestão da medicação. A partir desse momento, começamos a considerar a abertura de um grupo com familiares, que passamos então a chamar de Grupo de Intervenção com Familiares (GIF), e fomos amadurecendo essa proposta que se efetivou pouco tempo depois.

O primeiro grupo realizado, o GIU, foi composto por três pesquisadores acadêmicos, um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, e uma média de doze usuários. O GIU se reuniu no CAPS com frequência semanal e duração de duas horas, perfazendo um total de vinte e sete encontros que aconteceram de março a outubro de 2011. Nesses encontros o Guia GAM-BR foi lido e discutido coletivamente.

Já o GIF contou com a participação de diferentes trabalhadores do serviço ao longo do processo (uma assistente social, uma psicóloga/coordenadora do CAPS, dois técnicos de enfermagem e uma psicóloga), três pesquisadoras acadêmicas, e uma média de sete familiares. O grupo teve início em maio de 2011 e foi encerrado somente no mês de março de 2013, perfazendo um total de oitenta e oito encontros. Essa enorme disparidade entre o número de encontros do GIU e do GIF tem relação com uma série de problemas institucionais que enfrentamos na condução do GIF. Dentre estes problemas, destacam-se a fragilidade dos vínculos empregatícios, associada às péssimas condições de trabalho, que geravam grande rotatividade de profissionais e tornavam difícil o estabelecimento de uma parceria com os mesmos – fundamental para construção da saída das pesquisadoras da cogestão do grupo, que deveria passar a ser cogerido por um profissional do serviço, tal como aconteceu no GIU. Ao identificar esses problemas institucionais e intervir sobre eles, a pesquisa encerrou sua segunda fase e deu início a terceira.

Para acompanharmos os principais desdobramentos dessa segunda fase da pesquisa, cujo objetivo foi validar o Guia GAM-BR, e entendermos como se deu a

passagem para uma terceira fase, cujo objetivo foi ofertar Apoio Institucional e Matricial às iniciativas que surgiram na rede, é importante começarmos pelo Guia, conhecendo melhor esse instrumento e as diversas discussões que são oportunizadas por ele. Assim podemos compreender melhor porque o uso de um Guia, que aparentemente trata de uma questão simples que é a gestão da medicação, pode disparar efeitos clínicos e institucionais tão potentes e desestabilizadores do modo hegemônico de produção de cuidado em Saúde Mental.

Em uma primeira aproximação vemos que o Guia da Gestão Autônoma da Medicação em sua versão brasileira (ONOCKO CAMPOS et al, 2012) é acompanhado do subtítulo “Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos”. Trazer a noção de cuidado compartilhado logo no subtítulo do Guia significa marcar uma posição ética e política diante da disputa de sentido que é estabelecida quando falamos de autonomia. Se por um lado autonomia pode ser hegemonicamente entendida como independência, por outro lado também pode ser entendida, ou, o que é ainda mais importante, pode ser experimentada como compartilhamento e ampliação da rede de relações. Autonomia e compartilhamento são sinônimos nesse Guia que nos convida a trilhar um caminho composto por seis passos. Os seis passos do Guia GAM que, como veremos adiante, propõe uma nova direção para o tratamento em saúde mental, estão divididos ao longo do material em duas partes. Mais precisamente o Guia é dividido em apresentação, parte um e parte dois, além de trazer cinco anexos ao final dos passos. Ao todo, o Guia GAM-BR soma mais de cento e trinta páginas e permite centenas de discussões que vão muito além da medicação.

A apresentação, intitulada “Pra começo de conversa” (p.9), ocupa as primeiras páginas com um texto simples que aborda temas como a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o surgimento da GAM nos serviços alternativos do Canadá, a pesquisa realizada em parceria com universidades brasileiras, a baixa participação dos usuários na gestão do tratamento medicamentoso que lhes é prescrito e a aposta na construção de autonomia nas relações de compartilhamento e cogestão. A leitura e discussão coletiva desse breve texto nos grupos GAM permite darmos início à troca de experiências, auxiliados também por uma pergunta que irrompe no texto convocando o debate sobre o contexto brasileiro: “Vamos debater: vocês sabem o que é Reforma Psiquiátrica? Vocês sabem o que são CAPS, Residências Terapêuticas e Centros de Convivência?” (p.10). A segunda parte da apresentação, intitulada “Continuando a conversa...” conclui essa introdução ao Guia com

seis pequenos fragmentos de depoimentos de usuários que participaram dos primeiros grupos GAM realizados no Brasil. Em um desses fragmentos o usuário dá o seguinte depoimento: “Foi muito bom a gente conhecer nossos remédios, ler a nossa bula, e chegar lá no CAPS e falar: ‘ó, eu quero ver o relatório, o meu prontuário, minha pasta’. É muito importante isso. Gostei muito que aí pude ver meu CID, o que ele significa, e tirei todas as dúvidas” (p.14).

Passando pela “apresentação” o Guia GAM nos convida a entrar na “parte um: sua qualidade de vida” (p.15). Essa parte é composta por quatro passos: “primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você”, “segundo passo: observando a si mesmo”, “terceiro passo: ampliando a sua autonomia” e “quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos”. Antes de darmos juntos o primeiro passo do Guia, na “Parte um” vemos que “existem diversos caminhos para melhorar sua qualidade de vida. O importante é conhecer alguns pontos básicos e adaptá-los para sua própria situação. É para isso que serve o Guia de Gestão Autônoma da Medicação.” (p.15). Se entendemos que existem diversos caminhos que permitem ampliar a qualidade de vida de cada um em cada situação singular, não devemos tomar os passos do Guia como delimitações de um caminho que deve ser seguido por todos da mesma maneira. Não existe uma fórmula que nos permita afirmar qual é o melhor caminho a trilhar. O Guia não é prescritivo, e por isso ele traz muito mais perguntas do que respostas. Além disso, as perguntas não tem respostas certas ou erradas. As perguntas, bem como as afirmações contidas nos textos do Guia, devem ser utilizadas como um meio para acessar a experiência de cada um e para fazer falar as perspectivas diferentes que muitas vezes são silenciadas no cotidiano dos serviços de saúde mental.

Nesse sentido as perguntas que aparecem no “primeiro passo” como, por exemplo, “Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?” (p.16), “Como as pessoas que lhe conhecem costumam apresentar você?” (idem), “Você percebe diferenças na maneira como você se apresenta e como os outros apresentam você?” (p.17) são perguntas que comportam as mais variadas respostas possíveis. Mesmo a frase que aparece no final do primeiro passo – “Eu sou uma pessoa, não uma doença!” (p.18) – não deve ser tomada como algo inquestionável. Um exemplo disso é que em vários grupos no Brasil vimos que essa frase, símbolo do movimento de usuários no Quebec na luta contra a estigmatização do portador de transtorno mental, nem sempre ganha aqui o mesmo sentido. No contexto de precarização e violação de direitos que infelizmente encontramos

no sistema público de saúde no Brasil, os usuários muitas vezes precisam afirmar que são doentes para conseguir acesso a benefícios como o “Passe Livre” ou o “De volta para casa”. Nesse sentido, para as camadas mais pobres da população brasileira, “ser uma doença” acaba se tornando condição para “ser uma pessoa” que acessa seus direitos. Partindo de um cenário como esse, torna-se mais difícil questionar a noção de doença mental, por exemplo, que acaba surgindo de modo muito mais pregnante no Brasil do que no Quebec, onde as pessoas se encontram em um cenário econômico, político e social bastante diferente do nosso.

Acompanhados por essas e muitas outras questões, seguimos com o Guia GAM para o segundo passo. Nele encontramos um pequeno texto que versa sobre a importância de conhecer as medicações de que fazemos uso. Além de conhecer um pouco mais sobre medicação, esse segundo passo convida também a conhecer um pouco mais sobre outros aspectos da vida. É por isso que encontraremos nessa parte do Guia uma série de perguntas divididas em 5 blocos: “O seu dia-a-dia” (p.20), “As pessoas à sua volta” (p.23), “Sua saúde” (p.27), “Sua medicação” (p.29) e “Os efeitos de sua medicação” (p.33). Dispor as perguntas nessa sequência de blocos permite ao grupo conversar primeiro sobre a rotina de cada um, sobre as coisas que gostam ou gostariam de fazer, sobre as pessoas com as quais podem contar, sobre como está a saúde de cada um, para só então entrar no tema da medicação. Essa disposição de perguntas é muito importante, porque permite perceber que o Guia GAM não é um instrumento cujo objetivo é promover discussões apenas sobre a questão da medicação. Compreende-se a medicação como uma questão em meio a um cenário complexo, composto por muitas outras questões que também são importantes.

Vários aspectos da vida do usuário nos interessam e podem ser discutidos nesse passo, que traz perguntas como: “Você trabalha? Qual a importância do trabalho na sua vida?” (p.22), “É você que cuida do seu dinheiro? Como?” (idem), “Você convive com outras pessoas? Onde? (família, vizinhos, grupo religioso, trabalho, diversão, esporte, etc.)” (p.23). Nesse passo, há também um mapa da rede social dividido em quadrantes (família, amigos, relações de trabalho e/ou escolares e relações comunitárias). Nesse mapa, onde o usuário ocupa o centro, podemos desenhar ou escrever o nome das pessoas, grupos, serviços e lugares com que cada um pode contar sempre que precisa. Quanto mais perto o desenho ou nome estiver do centro do mapa, mais estreita é a relação entre o usuário e esse elemento da rede. Desse modo, é possível visualizarmos a rede de relações

onde cada um circula. Preencher esse mapa da rede social pode ajudar as pessoas a se darem conta de aspectos de suas relações que não haviam percebido antes.

Ainda nesse segundo passo, várias perguntas sobre a experiência de tomar medicamentos psiquiátricos, e não apenas sobre as substâncias ou as quantidades em que são ingeridas, disparam conversas que raramente são estimuladas nos serviços de saúde mental. São perguntas como: “Os medicamentos tiveram o efeito que você estava esperando? Quais foram?” (p.30), “Você percebe efeitos na sua capacidade de concentração, na memória, na qualidade do sono?” (p.33), “Na vida sexual e amorosa?” (p.34), “Você já tentou mexer na medicação por conta própria?” (p.31), “Há falta de medicamentos na rede de saúde da sua cidade? Se sim, que estratégias você utiliza para lidar com a falta?” (idem). Ao todo são 39 perguntas divididas ao longo das 18 páginas que integram esse passo. Encerrando o segundo passo e abrindo o caminho para o terceiro, o Guia GAM-BR traz mais duas narrativas de usuários brasileiros que fizeram parte da primeira fase da pesquisa e que vem compartilhar suas experiências com aqueles que dão esses passos pela primeira vez:

“Eu já passei por muitos problemas na minha vida, mas igual a isso eu acho que não tem não. Eu não sei de onde vem isso, essa tal de depressão que eles falam, que eu não sei se é depressão, o que é isso. É doído demais, dói, dói, dói muito. É uma dor que não tem remédio... eu tomo analgésico pra ver se passa. É uma dor profunda, que dói na alma e não tem explicação. Às vezes, eu me pergunto o porquê dessa angústia que dói tanto. O remédio acalma, mas a angústia é demais” (ONOCKO CAMPOS et al, 2012, p.36).

Quando entramos no “terceiro passo: ampliando sua autonomia” (p.37), encontramos um pequeno texto que anuncia os aspectos a serem abordados adiante. Esses aspectos são divididos em três blocos: “O que você precisa para viver?” (p.38), “Rede de apoio” (p.42) e “Os direitos de quem faz tratamento” (p.49). O primeiro bloco é bem curto, e conta com um círculo vazio, para que as pessoas escrevam ou desenhem o que elas precisam para viver, um círculo cheio com as palavras “liberdade”, “pertencimento”, “reconhecimento” e “sentir-se útil”, seguidas de pequenas definições e uma pergunta: “Das coisas que você precisa para viver, quais são mais difíceis de conseguir?” (p.41). No segundo bloco encontramos mais um texto breve que afirma a importância de poder contar com uma rede de apoio composta por grupos e pessoas em quem confiamos. Depois do texto o Guia traz outro círculo, dessa vez repleto de recursos variados que podem compor uma rede de apoio, como “Amigos”, “Vizinhos”, “Igreja”, “Clubes”, “CAPS”, “Cursos”, “CRAS”, “UBS”, “Associações”, “Sindicatos”, “Academia”,

“Centro Comunitário”, entre muitos outros (p.44). Perguntas sobre recursos disponíveis no território onde cada usuário vive e sobre formas de obter informações sobre novos recursos que ainda não conhecemos antecedem uma tabela que ocupa uma página inteira do Guia. Nessa tabela temos espaço para anotar “nome”, “telefone”, “onde fica” e “horários disponíveis” (p.47) de cada uma das pessoas, grupos e serviços com que contamos, afim de construir uma agenda da rede de apoio.

O bloco dos “direitos de quem faz tratamento” é um dos mais importantes do Guia GAM-BR. Nesse bloco o direito não é entendido apenas como conhecimento acerca das leis, mas como a experiência de um sujeito de direitos que surge em cada relação que estabelece na rede da qual faz parte. Nesse bloco podemos ler e discutir os seis princípios da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011) e responder a uma série de perguntas como: “O que você conhece sobre os seus direitos no uso de medicamentos?” (p.50), “Em sua opinião, quais são os seus compromissos em relação ao seu tratamento medicamentoso?” (p.51), “Você sabia que tem o direito de escolher seguir ou não o tratamento medicamentoso que lhe é prescrito? Como foi no seu caso?” (idem). Nossa experiência com o uso do Guia GAM-BR nos mostrou que esse é um ponto bastante polêmico e requer um manejo muito delicado porque o direito à recusa do tratamento medicamentoso é ainda tratado como uma espécie de tabu dentro dos serviços de saúde mental. O direito de obter informações claras sobre diagnóstico, prognóstico e medidas terapêuticas propostas, bem como de acessar o prontuário sempre que desejar, também costuma gerar transtornos no serviço, e a capacidade de acolher esse transtorno no grupo a fim de colocá-lo em análise é muito importante.

Finalizando esse bloco e abrindo o caminho para os próximos passos, o Guia traz informações sobre laudos, atestados, e oferece endereços de sites onde podem ser encontrados documentos importantes sobre os direitos de usuários e familiares, como a Lei 10.216, a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, a Declaração de Caracas, o Código Civil, entre outros. Depois de pautar a questão dos direitos, estamos prontos para o “quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos” (p.60). Além de pequenos textos explicativos e de muitas perguntas, este passo traz várias ferramentas gráficas que nos auxiliam a organizar e visualizar melhor alguns aspectos importantes do tratamento medicamentoso. São, ao todo, seis tabelas divididas ao longo das trinta e uma páginas desse que é o maior passo do Guia GAM-BR. Percebemos que as informações contidas nesse passo são bastante úteis, não só para

usuários e familiares, mas também para todos os profissionais não-médicos que geralmente dispõem de poucas informações sobre medicações.

Apesar da inegável importância dessas informações, não podemos perder de vista a experiência de cada um, bem como o plano comum da experiência grupal. Para fazer Gestão Autônoma da Medicação, não se pode reduzir a experiência ao simples uso do Guia GAM como instrumento técnico, ou seja, não basta ler e discutir os textos, responder às perguntas e preencher as tabelas com o objetivo de aprender mais com as informações. Não se trata também de negligenciar as informações, mas antes de fazer o grupo falar sobre o modo como cada um percebe essas informações. Será que os textos fazem sentido para o grupo? As perguntas que o Guia está trazendo já foram feitas em algum outro momento? As pessoas no grupo já pensaram sobre esses temas antes? Alguém no grupo já conversou com algum amigo, familiar ou profissional da saúde sobre essas questões? Essas são perguntas mais importantes do que aquelas que visam averiguar se as informações estão sendo apreendidas da maneira “correta” pelos membros do grupo.

Nos grupos, percebemos que alguns usuários nem sempre sabem o nome dos remédios que usam, ou outras informações como as que são solicitadas na tabela como “aparência do remédio (por exemplo: comprimido azul, cápsula verde e branca, xarope vermelho)”, “dosagem (quantos miligramas tem em cada comprimido ou em cada copinho de xarope ou gotas)”, e “quanto você toma desse remédio (quantos comprimidos, gotas ou ml você toma por dia e a que horas você toma)” (p.62). Sem dúvida é importante ter essas informações, porém o que é ainda mais importante é colocar em discussão o modo como cada um se relaciona com a medicação, quem ajuda a administrar, como cada um se sente diante desse modo de tomar medicação, se existe alguma coisa que gostariam de alterar, se já alteraram alguma coisa por conta própria, como é feita essa alteração, etc. Em suma, o importante é usar da informação para com ela acessar a dimensão da experiência concreta no grupo.

Informações sobre classes de medicamentos como antidepressivos, estabilizadores do humor, neurolépticos ou anti-psicóticos, antiparkinsonianos e ansiolíticos, como as que aparecem na página 64 do Guia, podem ser usadas como ferramentas valiosas na hora de conversar sobre o tratamento medicamentoso, negociar alguma alteração de dosagem, a substituição de um medicamento por outro ou até mesmo a suspensão de um ou vários medicamentos. Também pode ser consultada a lista com

informações sobre alguns medicamentos psiquiátricos presente no anexo 1 ao final do Guia. Nesse anexo as medicações listadas vêm acompanhadas de uma descrição que engloba princípio ativo, dose mínima sugerida para conseguir efeito (mg/dia), dose máxima sugerida (mg/dia), indicações usuais, meia-vida (horas) e tempo que leva para fazer efeito. Ao todo são 61 medicamentos divididos entre as cinco classes citadas acima.

No quarto passo ainda temos informações sobre receitas, acompanhadas de ilustrações das receitas brancas (usadas para a maioria dos medicamentos psiquiátricos), azul (para os que causam dependência) e amarela (para os que, além de causar dependência, são entorpecentes), informações sobre bulas e sobre os efeitos terapêuticos e os efeitos indesejáveis das medicações psiquiátricas. O Guia estimula as pessoas a terem as bulas dos medicamentos que usam em mãos para responderem a perguntas sobre o tempo que cada uma leva para fazer efeito, o tempo em que permanecem no corpo, a dose mínima e máxima recomendada, entre outras perguntas que aparecem ao longo desse passo. Essa questão da bula também não é simples. Apesar de ser um direito garantido por lei, nem sempre os usuários tem acesso às bulas por variadas razões, e, na medida em que o grupo GAM solicita que o usuário leve a bula, isso pode gerar transtornos que novamente exigem atenção e manejo do grupo. É importante saber se todos têm acesso à bula, como isso acontece, quais as questões estão aí implicadas, para construir no grupo estratégias coletivas para lidar com qualquer problema que venha a ocorrer em decorrência da intervenção dos grupos GAM e seus impactos dentro e fora do grupo.

Finalizando esse quarto passo, o Guia tem uma parte que trata das interações e contraindicações dos medicamentos mais comumente usados na saúde mental. Nessa parte faz-se referência ao anexo 2, que contém informações sobre algumas interações medicamentosas. Nesse anexo consta uma lista com mais de 60 possibilidades de interação entre substâncias e os efeitos que podem ser gerados quando a interação ocorre. Uma lista que indica profissionais, serviços e sites da internet que podem ajudar a conseguir mais informações encerra o quarto passo e, com ele, a parte um do Guia.

A passagem da “parte um: sua qualidade de vida” (p.15) para a “parte dois: um caminho para mudanças” (p.91) marca uma mudança qualitativa no Guia GAM-BR. Os passos um, dois, três e quatro, que compõem a parte um, são passos que trazem muitas informações, enquanto os passos cinco e seis integrantes da parte dois convocam o grupo a promover ações, usando as ferramentas que foram construídas coletivamente ao longo

do processo de caminhada com o Guia. Não é à toa que o “quinto passo: por onde andamos” (idem) é um passo de retomada das discussões anteriores. Retomar as discussões nesse passo significa consolidar as estratégias coletivas que foram esboçadas pelo grupo ao longo da leitura da primeira parte do Guia. É também um passo de avaliação, onde cada um é convocado a falar sobre como se sentiu no grupo tratando dos temas propostos, como se sente agora e como avalia esse processo pelo qual está passando.

Esse passo é dividido nas seguintes partes: “A escolha em participar mais ativamente no tratamento” (p.94), “Respeitando o que você sente” (p.97), “Formas de tratamento além da medicação” (p.99) e “Passo a passo” (p.101). Cada uma dessas partes traz pequenos textos que convidam a lembrar de pontos que foram discutidos nos passos anteriores e novas perguntas para que as pessoas possam comparar o modo como responderam as primeiras perguntas e o modo como as responderiam se fossem questionadas agora, por exemplo: “No passo 2 conversamos sobre as situações ou sensações que levaram você a tomar medicamentos psiquiátricos. Caso reaparecessem, você as reconheceria? Como lidaria com elas?” (idem), “No passo 3 deste Guia você trabalhou para a construção de sua rede de apoio. Nos momentos difíceis você tem procurado as pessoas em quem confia? De que forma?” (p.102). O deslocamento de pontos de vista é um índice importante de funcionamento da GAM. A possibilidade de perceber que a perspectiva ocupada no passado já não é a mesma que ocupada agora pode gerar consideráveis reposicionamentos subjetivos no grupo.

O sexto e último passo, cujo título é “planejando nossas ações” (p.107), estimula o grupo a ser mais propositivo, a usar as ferramentas que adquiriu até agora para transformar a realidade em que está inserido. O texto de abertura desse passo convida a pensar em modos de enfrentar os problemas que permanecem sendo referidos pelo grupo. As perguntas desse passo interrogam o que, como e com quem podemos planejar ações para enfrentar tais problemas. Em uma tabela podemos organizar esse planejamento preenchendo os campos “problema”, “porque consideramos este problema importante”, “proposta de ação” e “rede de apoio para nossa proposta de ação” (p.111). O guia também traz perguntas sobre a viabilidade do planejamento desenvolvido pelo grupo, os empecilhos que podem surgir no caminho e as formas de enfrentar as adversidades. Uma frase retirada do Guia GAM canadense encerra nosso Guia GAM-BR, incitando-nos a

continuar a caminhada mesmo se as ações que planejamos sejam difíceis de realizar: “Não existe falhar: é normal dar passos para frente e para trás” (p.114).

Encerrando esse panorama do Guia GAM-BR, ainda vale destacar que o instrumento traz no anexo 3 informações sobre algumas plantas medicinais, no anexo 4 a lei 10.216, mais conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, e no anexo 5 a relação de medicamentos utilizados na saúde mental que são disponibilizados gratuitamente pelo SUS. Quando finalmente chegamos ao final do Guia, encontramos um espaço para registrar depoimentos contando como foi participar dessa experiência com o Guia GAM-BR nos grupos.

No Grupo de Intervenção com Usuários (GIU) realizado em São Pedro da Aldeia, a experiência foi muito interessante. Através desse grupo, a pesquisa GAM contou pela primeira vez com a participação de um psiquiatra do próprio serviço⁶. Outra experiência inédita que tivemos em São Pedro da Aldeia foi a realização do Grupo de Intervenção com Familiares (GIF). No GIF também foi realizada a leitura e discussão coletiva do Guia GAM, mas, como o Guia tem perguntas voltadas para a experiência do usuário que faz uso de medicamentos psiquiátricos, foi preciso experimentar ao lado dos familiares uma prática constante de deslocamento de pontos de vista, visando acessar tanto a experiência de cuidado com os usuários quanto a experiência de cuidado de si mesmo, tornando o dispositivo capaz de cuidar do familiar e qualificar o cuidado deste com o usuário.

É importante lembrar que o guia GAM-BR é para nós uma ferramenta usada para acessar, incluir e compartilhar a experiência dos usuários de medicamento psiquiátrico, no intuito de promover cogestão, autonomia coletiva e ampliação da rede de cuidados, independentemente do fato dos usuários interromperem o uso do medicamento ou não. Estimulamos a possibilidade de realizar a gestão compartilhada das decisões, mas não definimos de antemão se a decisão mais adequada é a interrupção ou a continuidade do uso do medicamento psiquiátrico. Colocamo-nos ao lado dos diferentes atores envolvidos no processo de gestão do cuidado para tomar decisões de forma compartilhada; portanto, não tomamos previamente a decisão de defender ou combater o uso de medicamentos. Somente quando nos colocamos ao lado dos atores envolvidos, numa atitude de

⁶ Vale destacar que a primeira fase da pesquisa contou com dois psiquiatras em Novo Hamburgo (um externo à rede do município, outro da rede, embora de outro serviço) e houve também uma psiquiatra do próprio serviço que participou do grupo de São Leopoldo, no RS, na segunda fase da pesquisa.

compartilhamento da experiência, é que pensamos nos melhores modos de lidar com o uso dos medicamentos em cada caso singular.

Tal como dito no início desse subcapítulo, o objetivo da segunda fase da pesquisa era validar o Guia GAM. É muito importante pontuar aqui que a validação para nós não se resumia à avaliação do instrumento, por correspondência ou concordância com padrões já dados. Não partimos do pressuposto de um modelo preexistente de gestão da medicação ou de cuidado em saúde mental que nos levaria apenas a adaptar a experiência do grupo ao tal modelo, avaliando-a como válida ou não. A validação estava articulada a nossa metodologia de pesquisa, comprometida com o caráter de intervenção, de transformação do campo de investigação. Entendemos que a validação do Guia GAM-BR não poderia prescindir dos efeitos gerados pelo uso desse instrumento no dispositivo grupal, considerando os diferentes atores implicados na pesquisa: trabalhadores, usuários, familiares e a própria rede de serviços.

Por isso a validação não se resumiu a validar o instrumento Guia GAM, mas também buscou validar o dispositivo GAM, que operava nos Grupo de Intervenção. Criamos então, nessa fase da pesquisa, a distinção entre instrumento, dispositivo e estratégia GAM. O instrumento é o próprio Guia GAM, o dispositivo é o grupo GAM – que funciona através de um modo de fazer que chamamos de manejo cogestivo, promovendo autonomia coletiva – e a estratégia GAM são as diretrizes mais gerais, como a cogestão, a inseparabilidade entre clínica e política, a tradução entre perspectivas e a construção do plano comum entre diferentes atores.

Assim, para realizar uma efetiva validação, entendemos que não bastava validar apenas o instrumento (o Guia GAM), mas também o dispositivo e a estratégia. Adotando essa concepção ampliada de validação, buscamos responder algumas perguntas como: que efeitos clínicos e institucionais podem ser produzidos pelo uso do Guia GAM no dispositivo grupal? Novas articulações foram geradas entre os diferentes atores envolvidos? Novas dinâmicas foram acionadas para além do grupo GAM? Quais reposicionamentos subjetivos e institucionais puderam ser identificados ao longo do processo da pesquisa? Houve aumento nos graus de abertura comunicacional dentro do grupo? E fora dos grupos? Novos problemas ganharam visibilidade no CAPS a partir dos grupos? Como os pesquisadores mergulharam na experiência da investigação? Como os

participantes se corresponsabilizaram pelo cuidado do grupo e pela validação do Guia GAM?

Os dispositivos grupais GIU e GIF foram os espaços onde fizemos essa experimentação, tendo em vista a validação da GAM. Segundo Deleuze (1990), um dispositivo é um emaranhado de linhas que podem basicamente ser divididas em três dimensões, se orientarmos-nos pelo caminho erigido por Foucault, como linhas de saber, linhas de poder e linhas de subjetivação. Os dispositivos são arranjos, sempre provisórios, que promovem uma certa relação entre essas três linhas, ora disparando processos de produção de subjetividades, ora atravancando-o, pois não está dado de antemão que qualquer dispositivo promova novos modos de subjetivação.

Também aqui uma linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade num dispositivo: ela está pra se fazer, na medida em que o dispositivo o deixe ou o faça possível. É uma linha de fuga. Escapa às linhas anteriores, escapa-lhes. O si-mesmo não é nem um saber nem um poder. É um processo de individuação que diz respeito a grupos ou pessoas, que escapa tanto às forças estabelecidas como aos saberes constituídos: uma espécie de mais-valia. Não é certo que todo dispositivo disponha de um processo semelhante (DELEUZE, 1990, p.157).

Entendemos que uma característica importante que permite ao dispositivo disparar processos de produção de subjetividades é a composição heterogênea de participantes. Na pesquisa GAM, incluímos diferentes atores nos dispositivos grupais e nos colocamos ao lado de cada um deles, na tentativa de habitar o plano intensivo que se constitui na experiência. Habitar um plano comum onde as diferenças possam coexistir e aumentar os graus de comunicação constitui um grande desafio em uma sociedade que está tão habituada a considerar apenas duas possibilidades de lidar com a diferença: em uma linha vertical, produzindo hierarquização; ou em uma linha horizontal, produzindo homogeneização. Félix Guattari nos oferece uma importante ferramenta para pensarmos essa problemática: o conceito de Transversalidade.

Transversalidade em oposição a:

- uma verticalidade que encontramos por exemplo nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal (chefes, subchefes, etc.);
- uma horizontalidade como a que pode se realizar no pátio do hospital, no pavilhão dos agitados, ou, melhor ainda, no dos caducos, isto é, uma certa situação de fato em que as coisas e as pessoas ajeitam-se como podem na situação em que se encontram.

(...)

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos. (GUATTARI, 1981).

O conceito de transversalidade se apresenta para nós como estratégia de transformação das relações de produção de subjetividades. No caso da GAM apostamos que usuários, trabalhadores e acadêmicos, quando se engajam na construção coletiva de novas formas de lidar com os problemas que aparecem na pesquisa, estabelecendo comunicações transversais, podem transformar realidades e transformarem-se a si próprios. Esse processo produz cuidado na medida em que está intimamente relacionado à produção de subjetividades mais autônomas e menos individualistas que ensejamos nos dispositivos grupais.

Tentamos disparar processos de produção de subjetividades e comunicação transversal no dispositivo GAM através da prática do manejo cogestivo e da construção de autonomia coletiva. A prática do manejo cogestivo consiste na gradativa descentralização do manejo do grupo, que inicialmente tende a se localizar na figura do manejador, moderador, facilitador ou coordenador. Qualquer um desses nomes serve para designar uma função exercida por alguém que ocupa lugar de destaque dentro do grupo, sendo reconhecido pelos demais integrantes que, inicialmente, tendem a referir-se a essa pessoa como se ela fosse a única que tivesse a incumbência de gerir o que se passa no grupo. Nesses momentos iniciais costuma ser frequente nos grupos certa posição desengajada entre os participantes, que parecem aguardar que o manejador ofereça as coordenadas que devem ser seguidas. Um dos índices que mais evidencia essa posição inicial do grupo é o fato de que os participantes falam olhando para o manejador, como se estivessem dando uma resposta a ele, e não falando com o grupo ou para o grupo.

Entendemos que as pessoas tendem a agir dessa maneira devido a certos hábitos cristalizados, frutos de automatismos sociais que instituem esse tipo de comportamento como o mais “adequado” ou o “correto a se fazer”. Esses automatismos podem nos levar a crer que agir dessa maneira é absolutamente natural. A primeira tarefa do manejador é problematizar essa postura dentro do grupo, perguntando às pessoas o que elas acham sobre uma experiência que foi compartilhada, convocando um participante a colocar sua experiência em diálogo com a experiência de outros, acolhendo uma experiência difícil narrada por um participante e, a partir daí, convidando cada um a dizer como se sente

quando passa por situação semelhante, entre outras ações que podem ser criadas no encontro com cada situação nova.

A principal tarefa do manejador dentro dos grupos GAM é perceber certos vetores e fortalecê-los, usando o modo de fazer manejo cogestivo para recolher alguns índices, que podem se insinuar de maneira quase imperceptível, para dar consistência a alguns movimentos que se esboçam. Essa tarefa exige do manejador uma verdadeira atitude de espreita, um exercício sensível do qual a operacionalidade da estratégia GAM depende. Se o manejador não consegue se sintonizar com esses movimentos que pululam no grupo, ele pode acabar tomando isso que é um modo de fazer como se fosse uma meta a ser alcançada, um objetivo distante que só pode ser atingido mediante a realização de alguma tarefa, como chegar ao final da leitura e discussão do Guia GAM, por exemplo. Ler e discutir o Guia GAM dentro do dispositivo grupal não deve ser encarado como uma tarefa a ser realizada em um período de tempo bem definido. A proposta da estratégia GAM não é cumprir uma tarefa tampouco atingir um objetivo transcendente à experiência do grupo. A proposta da GAM é promover participação, compartilhamento de saberes, circulação de poderes e produção de outros modos de subjetivação no dispositivo grupal. Nessa direção

Denominamos manejo cogestivo o modo de fazer que caracteriza a estratégia GAMBR. Trata-se de uma função ao mesmo tempo clínica e política, que opera no grupo visando propiciar a emergência de novas qualidades participativas. Definimos o manejo de “cogestivo” pelo fato de entendermos que o trabalho clínico não pode ser dissociado das relações institucionais, sendo necessário incorporar ao ato de cuidado uma dimensão política diretamente associada ao exercício da cogestão. Dito de outra forma, é preciso considerar a inseparabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão do trabalho em saúde (CAMPOS, 1991; MERHY, 1994). (MELO et al, 2015, p. 238).

Como vimos, o Guia GAM pode disparar nos grupos férteis discussões que vão desde as questões políticas mais gerais até as situações de vida mais singulares. É o manejo dessa experiência no dispositivo grupal que vai evidenciar a aposta clínico-política que orienta a estratégia GAM. De acordo com essa aposta, estamos interessados em tornar o grupo capaz de acolher os diferentes modos de experimentar as questões discutidas, questionando as respostas pré-fabricadas, automáticas, para fazer emergir a experiência singular de cada um. Quando isso funciona, ou seja, quando a estratégia GAM performatiza sua aposta clínico-política, percebemos que as experiências singulares de cada um, longe de se fecharem na solidão de um discurso solipsista, se abrem para compor um plano comum – plano de comunicação entre diferentes perspectivas.

Um dos índices importantes da estratégia GAM diz respeito ao deslocamento de perspectivas e à promoção de autonomia coletiva. Os problemas trazidos ao grupo por cada um dos integrantes vão aos poucos deixando de serem vistos como questões meramente individuais. Um plano comum, onde as diferentes perspectivas podem ser compartilhadas, vai sendo delineado ao longo do processo e ganha consistência na experiência do grupo. Vemos que, nesse processo, a autonomização do grupo se realiza sempre em uma relação criativa onde novas subjetividades e novas possibilidades de intervir no mundo coemergem, e por isso para nós a autonomia é por definição relacional ou coletiva (SADE et al, 2013). Experimentando a autonomia coletiva através da emergência do plano comum da experiência grupal, os diferentes participantes vão percebendo primeiramente que os problemas que são discutidos no grupo não são apenas problemas individuais, e em segundo lugar, percebem também que estes problemas não se restringem àquele grupo, tampouco são problemas exclusivos do CAPS. O grupo reconhece seus problemas enquanto problemas coletivos.

Foi assim que os usuários no GIU, os familiares no GIF, os trabalhadores e os pesquisadores que estavam inseridos nos grupos em São Pedro da Aldeia começaram a perceber, a partir da experiência concreta no dispositivo grupal, e não através de reflexões abstratas, que seus problemas diziam respeito a um contexto político e institucional mais amplo, envolvendo outros atores, outros serviços e até outros setores para além do setor saúde.

Impelidos por essa experiência de publicitação de problemas coletivos e pelos diversos questionamentos acerca da rede de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia que emergiram nos grupos GIU e GIF, nós, acadêmicos, propusemos a realização de um trabalho de imersão nos principais serviços da rede, afim de cartografar a dinâmica entre eles. Fizemos então um trabalho que chamamos de acompanhamento da linha de cuidados, que consistiu em uma imersão de uma semana de duração (de 29/08 a 02/09/2011) através da qual vários pesquisadores acadêmicos se revezaram durante os períodos da manhã e da tarde em cada um dos serviços. Por meio dessa imersão estivemos acompanhando a linha de cuidados que se tecia entre o CAPS Casarão da Saúde, o ambulatório ampliado “Casa Azul”, a Residência Terapêutica e o Pronto-Socorro, a fim de compreender como essa rede se articulava. Acompanhamos o trabalho de perto e conversamos com trabalhadores, usuários e familiares sobre temas como acesso, gestão

do cuidado e da medicação, relação entre serviços da rede e entre os diferentes atores que por eles circulam, etc.

Findado esse trabalho, nós, pesquisadores acadêmicos, organizamos uma devolutiva para os trabalhadores da rede. Muitos deles reconheceram situações analisadoras e, a partir das discussões coletivas que aconteceram entre trabalhadores e acadêmicos, principalmente nos espaços de reunião de equipe do CAPS, foi proposta a construção de um Fórum para ampliar e aprofundar as discussões acerca do trabalho na rede. Para sistematizar esta proposta, foi composta uma comissão com representantes dos diferentes serviços da rede, que se responsabilizou junto à coordenação municipal pela organização da reunião Pré-Fórum, que iremos narrar no próximo capítulo.

Como desdobramento da fase de validação da GAM, constatamos a necessidade de apoiar a continuidade dos processos de autonomização coletiva iniciados nessa fase da pesquisa, a fim de cuidar dos efeitos disparados pela mesma. Entendemos que nossa inserção na rede havia produzido uma demanda de Apoio Institucional e Matricial, que era expressa através do pedido dos trabalhadores da rede para que participássemos dos espaços coletivos de discussão que eles desejavam construir e também através do pedido dos trabalhadores do CAPS para que os auxiliássemos a dar continuidade ao GIU e ao GIF.

Decidimos então ofertar Apoio Institucional e Matricial à rede de saúde mental do município de São Pedro da Aldeia, através da construção do projeto “Autonomia e Direitos Humanos: validação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) – Continuidade” (aprovado pela FAPERJ no segundo semestre de 2012), 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.

Sentíamos que algo estava em vias de se fazer. Era preciso seguir traduzindo a Gestão Autônoma da Medicação em outros dispositivos.

Algo aí está em vias de fazer-se, liberam-se processos. E esse algo por fazer-se, não se sabe bem para onde vai, nem no que vai dar. O dispositivo GAM lida aqui com uma dimensão disruptiva, com certo informe. É preciso embarcar em uma onda com o informe e com ele produzir um sentido para a autorregulação cogestiva. É um mergulho, uma imersão para produzir emergências, nascimentos. A GAM não está dada, é preciso gestá-la no coletivo (MELO et al, 2015, p.246).

CAPÍTULO 3

Uma experiência de Apoio Institucional e Apoio Matricial no município de São Pedro da Aldeia.

3.1 – Apoio Institucional ao Fórum de Trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

São Pedro da Aldeia, 18 de abril de 2012.

Éramos três pesquisadores a caminho de São Pedro da Aldeia. Saímos de Niterói às 16 horas para chegarmos na reunião marcada para começar às 18:30. O caminho a percorrer era bem longo. Tão ou mais longo seria o caminho a percorrer quando chegássemos ao nosso destino. Com os trabalhadores da Saúde Mental de São Pedro da Aldeia, que ao longo desse processo também se tornariam pesquisadores, a caminhada estava apenas começando. Os trabalhadores poderiam embarcar em um devir se os três pesquisadores também embarcassem. Um processo de dupla captura que arranca os antigos termos de suas posições habituais, permitindo criar novas relações – que por sua vez engendram novos termos. Nosso principal desafio seria embarcar, nos deixar levar por esse processo, e ao mesmo tempo dar a ele uma direção. Paradoxal tarefa que exige a construção de um plano comum a partir do qual nós construímos e somos construídos no coletivo e pelo coletivo.

Estávamos ali para acompanhar processos de produção de conhecimentos, de produção de subjetividades, e de produção de cuidado em saúde. A pesquisa GAM estava acompanhando esses três níveis de um mesmo processo, agora em um grupo ampliado que fabulava a construção do Fórum de Trabalhadores. Como a pesquisa poderia apoiar essa construção? Quais movimentos seriam suscitados? O que faríamos na reunião? Ainda não sabíamos responder a essas perguntas às 18:10 quando entramos no Centro Municipal de Atendimentos Múltiplos em Saúde Mental, um ambulatório ampliado mais conhecido como Casa Azul, onde a reunião “Pré-Fórum” estava prestes a começar.

Fomos recebidos pela coordenadora de Saúde Mental do município, que também era coordenadora da Casa Azul (e também era parente bem próxima de um importante

político local). Esta tripla identidade sustentada pela coordenadora produzia uma série de constrangimentos nos pesquisadores acadêmicos, trabalhadores e muitas vezes nela própria. Neste dia, porém, tudo parecia estar caminhando para ficar diferente. Era como um dia de festa. Tudo estava bem arrumado, todos estavam bem vestidos e pairava no ar um clima solene. Entrando na Casa Azul víamos que se tratava de um lugar muito bonito, uma casa de dois andares com piscina e ampla área externa. Nessa área estava armado um telão branco diante de um retroprojeto, as cadeiras dispostas em três fileiras de frente para o telão, uma fileira do lado direito e outra do lado esquerdo, formando um desenho que parecia um quadrado inacabado. Seria uma festa “meio quadrada”?

Virando à direita no corredor que dava para entrada dos fundos da casa, do lado da cozinha, encontravam-se dois garçons impecavelmente vestidos de preto operando uma máquina de fazer crepes. A coordenadora nos cumprimentou e contou que o crepe seria servido no final da reunião, nos levando em seguida para conhecer o interior da Casa Azul. Entramos pela cozinha, que era bem espaçosa e vimos algumas salas de atendimento. Uma delas era especialmente bonita, colorida e cheia de brinquedos de criança, as duas outras eram mais sóbrias, e todas pareciam novas e bem cuidadas. No hall onde ficava a entrada principal da casa, de frente para a piscina, era a recepção, com um cantinho de brinquedos pras crianças ao lado da escada. Passando pelo hall fomos subindo as escadas logo atrás da coordenadora, que segurava seu vestido longo deixando aparecer o louboutin vermelho. Aquele cenário parecia muito estranho. No segundo andar visitamos mais salas de atendimento e a sala da coordenação, que tinha uma sacada e um banheiro com uma grande banheira de hidromassagem. A coordenadora explicou que a casa foi comprada pela prefeitura porque era grande e atendia as necessidades do ambulatório e que a banheira de hidromassagem era usada por uma profissional para fazer hidroterapia com as crianças.

A estranheza do cenário fazia algumas perguntas brotarem: como todos aqueles recursos estavam disponíveis na rede pública de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia? Era a mesma rede da qual o CAPS que conhecíamos fazia parte? Como toda aquela riqueza aparente da Casa Azul e a precariedade aparente do CAPS coexistiam na mesma rede? Essas perguntas ficaram suspensas no ar, pois não encontravam ainda condições de serem enunciadas.

De volta ao térreo nos sentamos nas fileiras de cadeiras dispostas na área externa. Uma média de vinte trabalhadores se acomodava e aguardava o início da reunião. O semblante de muitos abrigava feições de apatia e cansaço, outros pareciam expressar descontentamento. Outros sorriam, conversavam, faziam piadas enquanto um perguntava em tom cômico a que horas o crepe seria servido. A coordenadora da Casa Azul se posicionou diante do telão e abriu a reunião. Agradecendo a presença de todos, reforçou a importância de realizamos eventos dessa natureza, que estão sendo estimulados pela atual gestão. Afirmou enfaticamente que a riqueza das trocas entre os diferentes profissionais e o desenvolvimento da rede de saúde mental do município estavam sendo mais valorizados que antes. O silêncio abafado dos trabalhadores parecia dizer algo que ainda não compreendíamos com clareza. Após a breve abertura, a coordenadora sugere que seja feita uma inversão na ordem da pauta, e propõe que iniciemos o encontro com a apresentação do caso clínico da equipe Casa Azul, para que em seguida seja apresentado o caso selecionado pela equipe do CAPS. O grupo aceita sua proposta, sem nenhum questionamento.

A coordenadora e a assistente social da Casa Azul apresentam o caso selecionado pela equipe, intitulado “O Caso X”. Segundo as profissionais, trata-se de um caso grave de autismo que impõe à equipe grandes desafios, principalmente no que se refere à relação com a família de X. A coordenadora enfatiza a importância da criação da Casa Azul na atual gestão municipal, que é um serviço que acolhe os casos de autismo e também os casos de usuários de álcool e outras drogas. Antes esses casos contavam apenas com a Policlínica, onde existe um ambulatório bastante reduzido, mas agora com a atual gestão municipal foi inaugurada a Casa Azul que é um ambulatório ampliado. Os trabalhadores se entreolhavam enquanto a coordenadora fazia questão de defender o legado da atual gestão municipal em oposição à antiga gestão. Um tenso embate político podia ser sentido, mas, por enquanto, parecia não poder ser discutido.

A assistente social toma a palavra e passa a contar a história de X e de sua família: o usuário tem 20 anos e chegou ao serviço há três anos, quando tinha 17. X é filho de um casal que adotou ele e seus três irmãos, somando ao todo quatro crianças, todas portadoras de transtornos mentais graves. Os pais de X são ligados à religião espírita e, segundo as trabalhadoras, “a família busca adotar crianças com essas patologias porque tem uma missão de salvar almas.”. As trabalhadoras vão passando os slides no telão e narrando a história dos tratamentos anteriores realizados em outras

instituições, desde o momento em que o autismo foi diagnosticado, quando X tinha três anos de idade, até o momento em que ele chega a Casa Azul e é iniciada a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe. O PTS de X foi traçado junto à equipe multiprofissional, e hoje conta com atendimentos dos seguintes profissionais: psiquiatra, fonoaudiólogo, fisioterapeuta (que realiza um trabalho de hidroterapia), preparador físico (que realiza um trabalho de natação), musicoterapeuta e psicólogo (que oferece atendimentos psicológicos a X e a sua família). Não conseguimos deixar de notar que os profissionais do CAPS franziam a testa, se entreolhavam e faziam sinais uns para os outros parecendo perplexos. Os pesquisadores acadêmicos tentavam disfarçar, mas também compartilhavam do espanto experimentado pelos trabalhadores do CAPS diante de um PTS composto por tantos profissionais e tantos recursos.

A coordenadora trouxe um exemplo de uma situação difícil na qual a equipe precisou negociar o uso da medicação com a família: na ocasião a família retirou o Tegretol depois que o paciente apresentou dengue, e desde então passou a perceber melhoras no quadro clínico geral de X, mas a equipe da Casa Azul não concordou com tal avaliação e precisou negociar com eles. A equipe tentou trabalhar essa “resistência da família”, que solicitava um neurologista homeopata argumentando que não queriam mais “pôr química no organismo do X”. Não foi possível atender essa solicitação da família já que tal profissional não compõe a rede pública de Saúde Mental do município. Uma estratégia da equipe para tentar incluir a família de X na produção do cuidado foi o convite feito ao pai para participar mais ativamente do tratamento do filho. A coordenadora conta que o pai de X passou a participar de vários espaços no município e acabou assumindo o cargo de delegado na Conferência Estadual de Saúde. Na sequência foram apresentados os objetivos da equipe, que consistiam em formar uma parceria maior com a família para pensar o caso e desenvolver resultados. Segundo a coordenadora as dificuldades que o caso impõe à equipe dizem respeito à consolidação da “clínica do autismo” e à construção de parcerias entre os serviços Casa Azul e CAPS. Para finalizar a apresentação do caso são listados os avanços identificados pela equipe: “melhora no comportamento global”, “compreensão de ordens simples e duplas”, “emissão de sílabas” e “melhora na coordenação motora”. A apresentação é concluída com um slide onde aparece uma grande foto de X sorrindo.

Os trabalhadores na plateia fazem alguns segundos de silêncio. Algo estranho se passava no grupo. Os três pesquisadores ainda não sabíamos exatamente do que se

tratava, mas podíamos sentir o incômodo recaindo pesadamente sobre nossos corpos. Estranhávamos aquela apresentação e todos aqueles recursos que pareciam estar sobrando na Casa Azul, sem compreender como se dava a conexão entre aquele cenário e o cenário de precariedade que encontrávamos no CAPS. Um pesquisador rompe o silêncio e diz que é importante extrairmos do caso os temas que podem servir para pensarmos como está se dando a articulação entre os serviços que compõem a rede de Saúde Mental, lembrando que era essa a proposta inicial da reunião Pré-Fórum. Retomamos brevemente o processo que levou à convocação do Pré-Fórum: em reunião prévia com a equipe do CAPS e a coordenação de Saúde Mental do município, no dia 26/03/12, entendemos a importância de realizar uma reunião ampliada que incluísse as equipes do CAPS e da Casa Azul. O objetivo desta reunião é promover mais diálogo entre as equipes e extrair os pontos mais relevantes a serem discutidos no Fórum de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia a ser realizado em maio. Como decidido no dia 26/03, nessa reunião do dia 18/04 as apresentações dos casos deveriam focar os pontos mais problemáticos que as equipes julguem relevantes pautar para a discussão no Fórum, que está sendo pensado inicialmente a partir dos temas da porta de entrada da rede de Saúde Mental do município, do acesso aos serviços e da comunicação intra-equipe e inter-equipes. Entendemos que é importante poder contar com a participação de todos para conseguirmos montar o Fórum, e que no encontro de hoje precisamos trazer as fragilidades, as dificuldades do trabalho para, a partir delas, montarmos a pauta do Fórum.

Os trabalhadores começam a movimentar os corpos incomodados nas cadeiras. Um burburinho agita o grupo e faz alguns tomarem a palavra. A coordenadora diz que o caso traz contribuições importantes como o tema do acesso e da comunicação entre os serviços. Um pesquisador diz que o caso também levanta questões pertinentes para a pesquisa GAM, como a gestão da medicação e a parceria entre profissionais, usuários e suas famílias. O psiquiatra do CAPS destaca a complexidade do caso de X que, segundo ele, é um paciente que “não tem autonomia para falar o que acontece com ele”, o que torna ainda mais difícil a construção compartilhada do cuidado. A psicóloga da Residência Terapêutica (RT) fala que isso tem a ver com o trabalho na recém-criada RT que recebeu pacientes egressos do extinto Hospital Colônia de Rio Bonito. Segundo ela estes pacientes chegaram “hipermedicados” e atualmente estão sendo medicados com uma quantidade inferior de substâncias, apresentando notáveis melhoras, mas ainda é

muito difícil para a equipe trabalhar com essa questão da medicação. Ela traz a fala de um morador da RT que se refere à medicação dizendo “isso é a morte!”, e convida o grupo a pensar em intervenções possíveis, questionando a forma como o cuidado com a medicação vem sendo conduzido dentro dos serviços de saúde mental: “Ou toma muito ou não toma nada!”. O psiquiatra do CAPS fala de uma grande dificuldade que percebe em sua categoria profissional em relação à prescrição de medicamentos: “O médico precisa suportar não medicar”. Segundo ele os profissionais médicos quando não medicam costumam se retirar de cena, e ele entende que essa atitude dificulta a abertura de um campo de conversa com as famílias dos usuários. Diz ainda que sua participação no Grupo de Intervenção com Usuários (GIU) na pesquisa GAM o fez atentar para a possibilidade de negociação, e que essa é uma possibilidade que precisa se tornar presente na atuação dos psiquiatras.

O grupo fica visivelmente excitado. As pessoas sacodem a cabeça em sinal de afirmação e fazem comentários, todas ao mesmo tempo. As falas de alguns são como raios que riscam a brancura do telão prostrado no centro desse quadrado inacabado formado pelas cadeiras onde nos sentávamos. Algumas falas faziam as arestas do quadrado arredondarem-se e um esboço de roda podia ser vislumbrado. Outras tentavam endireitar o quadrado, ponto seus vértices nos antigos lugares, previamente determinados. Alguns sentavam de lado nas cadeiras, outros escoravam os braços para trás, contorcendo o pescoço. Outros poucos ainda ficavam de pé enquanto acendiam um cigarro.

Um pesquisador faz eco à fala do psiquiatra e elogia a estratégia utilizada pela equipe da Casa Azul, que convidou o pai de X para ocupar o cargo de delegado da Conferência Estadual de Saúde, incluindo a família no movimento da Luta Antimanicomial. Também destaca a importância de uma rede social mais ampla para promover autonomia e propõe que o Fórum seja um espaço para que possamos fortalecer a Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental - Metamorfose Ambulante da Aldeia. A psicóloga da RT retoma a palavra e diz que uma das grandes dificuldades que enfrentou em seu trabalho tem relação com o pedido feito pelas famílias para que a equipe “hipermedique” os usuários. Ela conta que em apenas cinco meses de trabalho com os moradores da RT e seus familiares, já é possível notar que as famílias estão se sentindo mais seguras para lidar com os usuários. Usa como exemplo o caso de uma mãe que não tinha uma relação muito próxima com seu filho, e que agora, depois

de cinco meses de trabalho da equipe da RT, essa mãe quer levar seu filho para morar junto dela. A coordenadora questiona o uso da medicação, e conta que quando os moradores da RT chegaram ao município eles estavam quinze dias sem tomar a medicação, mas estavam muito bem. Conta que muitos desses pacientes se tratam no CAPS e na Casa Azul. Um pesquisador ressalta a importância de pensarmos na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares em parceria. Lança-se a pergunta: como anda a relação entre CAPS e Casa Azul?

A coordenadora traz o caso de Y, irmão de X, que foi encaminhando para o psicólogo do CAPS, mas não deu início ao tratamento, pois o pai solicitava um psicólogo espírita. Um pesquisador pergunta se disparar uma discussão sobre a questão da religiosidade seria pertinente para a rede de saúde mental do município. O grupo concorda e diz que é muito importante incluir essa discussão na pauta do Fórum. A coordenadora aproveita o embalo e propõe que seja criado um espaço no Fórum para fazer uma carta que defenda a continuidade de serviços como a Casa Azul e a RT, ambos criados pela atual gestão municipal, e que após as eleições desse ano podem ficar sem garantia de continuidade. O grupo não pareceu constrangido de virar as costas para o pedido da coordenadora, que nesse momento parecia mais com a filha do prefeito. Após uma breve discussão sobre as diferentes metodologias que poderiam ser utilizadas para organizar as discussões do Fórum, o grupo sugere que escutemos primeiro a apresentação da equipe do CAPS e que depois seja feita a seleção dos pontos de pauta, assim como a escolha da melhor metodologia a ser adotada neste evento. Aquele somatório de pessoas e de falas diferentes ia se consolidando como um grupo. O grupo parecia estar nascendo aos poucos, gaguejando ao tomar a palavra, borrando a silhueta de algumas figuras aparentemente fixas.

Começa a segunda apresentação da noite. Uma psicóloga do CAPS apresenta o caso selecionado pela equipe: O Caso P. Segundo a avaliação da equipe esse é um caso que não deveria ser atendido no CAPS, e por isso mesmo torna-se importante lançar mão desse “erro” para pensar nas articulações entre os serviços da rede. Os trabalhadores respiram fundo. A tensão no ar se intensifica. A psicóloga relata que P chegou ao CAPS com vinte e cinco anos de idade, em 2005. Na ocasião a família informou à equipe que o usuário apresenta sequelas causadas por uma paralisia cerebral. O primeiro relato de atendimento psiquiátrico presente no prontuário do usuário data de julho de 2010. O caso foi discutido em reunião de equipe e avaliou-se que ele não deve continuar sendo

atendido no CAPS já que este equipamento tem dificuldade de fazer contato com o neurologista, e o usuário não possui “perfil CAPS”. Em agosto de 2010 é feito o encaminhamento do usuário para a Casa Azul. Como a psicóloga que o acompanhava estava alocada no CAPS, P sempre retornava ao serviço para vê-la. Além disso, P mantinha um namoro com uma usuária do CAPS já há algum tempo, e nesse período foi morar junto dela. Desde então P e sua namorada passaram a ir juntos pro CAPS. A trabalhadora conta que nesse momento foi possível fazer um trabalho voltado para a inclusão de P no mercado de trabalho, atendendo à demanda dele que mostrava interesse em contribuir com as contas de casa. Infelizmente esse projeto não vingou. A psicóloga relata que P tem “problemas de agressividade” e “problemas sexuais”. Diz que ele já foi “suspenso” do CAPS em decorrência de agressões. Problemas de comunicação com a família também são destacados como dificuldades para a equipe. A trabalhadora traz um exemplo: no ano de 2011 a família impede P de frequentar o CAPS para que ele não encontre mais com a namorada (na ocasião os dois não moravam mais juntos, e se encontravam apenas no CAPS). Em outubro do mesmo ano a equipe tentou novamente fazer um encaminhamento do caso para o neurologista, sem obter sucesso, e em janeiro de 2012 P agrediu um trabalhador do CAPS. Por essa e outras dificuldades a equipe avalia que o caso não deveria ser atendido no CAPS e está tentando retomar o pedido de encaminhamento para a Casa Azul. A apresentação do caso termina com o levantamento de diversas questões, que surgem em forma de perguntas: “quais critérios definem que um usuário deve ser atendido pelo CAPS ou pela Casa Azul?”; “como se dão os encaminhamentos?”; “por que alguns encaminhamentos não acontecem?”; “como as equipes lidam com o problema dos encaminhamentos?”; “o que fazer diante da falta de apoio das famílias dos usuários?”; “como têm sido feitas as articulações com os outros setores (como, por exemplo, transporte, CRAS, cursos profissionalizantes, horto escola, etc.)?”.

O fim da apresentação foi seguido de um intenso porém fugaz momento no qual os trabalhadores teceram inúmeras conversas paralelas que preencheram a reunião, tornando impossível discernir alguma frase em meio às múltiplas vozes. Como um estampido, com a mesma rapidez que começaram, os murmúrios estancaram. Seguiu-se então uma sequência quase sem fim de questões. A assistente social da Casa Azul tomou a palavra e disse que o caso levanta a questão da inserção dos usuários no mercado de trabalho, que é muito difícil. Um pesquisador destaca a importância do tema da

intersectorialidade. A coordenadora do CAPS fala de seu incômodo em relação à falta de participação das famílias dos usuários. Vários trabalhadores começam a falar sobre o namoro entre P e uma usuária do CAPS. Segundo a maioria essa questão pode trazer problemas para ambos os usuários e para o serviço. Uma pesquisadora destaca a delicadeza da questão da sexualidade dentro do campo da saúde mental. Outra diz ter ficado intrigada com a definição dos “perfis”, convidando o grupo a colocar esse tema em debate. O que é “perfil CAPS” e “perfil Casa Azul”? A psicóloga da RT diz que essa é uma discussão muito importante já que nesse processo de definição de perfis, nem sempre é possível “fazer valer o que a equipe decide”. O psiquiatra do CAPS diz que o trabalho pode possibilitar a saída do usuário do lugar de institucionalizado, fazendo-o circular em outros circuitos que não sejam exclusivamente os da saúde. A psicóloga da RT atenta para os riscos que corremos quando o CAPS pode se tornar lugar de produção de institucionalizados, e por isso torna-se necessário investir na intersectorialidade.

Na tentativa de dar um contorno para a discussão um pesquisador destaca algumas questões e propõe que elas componham a pauta do Fórum, como a questão dos encaminhamentos, da relação entre as equipes dos diferentes serviços, da definição do “perfil” dos usuários e da constituição da referência. Ele pergunta se a rede trabalha com a estratégia de montagem de “equipes de referência” ou com “técnicos de referência”. O psiquiatra do CAPS diz que os trabalhadores deveriam construir a referência de forma compartilhada, incluindo os usuários e toda a equipe. A psicóloga da RT diz que a referência deveria ser construída junto à rede intersectorial. As falas começam a expressar diferentes tons de indignação e descontentamento. As faces se enrubescem e em alguns instantes assumem feições não muito amigáveis. Os trabalhadores parecem estar se dando conta de alguma coisa que os incomoda há muito tempo.

O psiquiatra retoma a palavra e levanta uma questão referente à autonomia na saúde mental. Ele questiona: “Será que a gente acredita mesmo que isso é possível? De que forma a gente viabiliza?”. Ele traz o exemplo da Associação Metamorfose Ambulante da Aldeia e diz que, se a rede não investir no fortalecimento de espaços como esse, ela acaba por enfraquecer a possibilidade de promover autonomia. A coordenadora diz que a rede está dando todo apoio na condição de “amigos” da Associação, e lembra que os usuários e a equipe do CAPS não costumam participar desse espaço. O comentário soa como acusação e gera desconforto no grupo. O psiquiatra responde dizendo que tal fato

talvez ocorra porque as reuniões acontecem sempre na Casa Azul, e sugere que isso seja discutido. Percebemos que o clima tenso fazia com que muitos trabalhadores se silenciassem cada vez mais. Não pudemos deixar de notar também que o psiquiatra do CAPS e a psicóloga da RT, dois dos raros profissionais “concursados” do município, eram os que se sentiam mais seguros para tomar a palavra e o faziam com mais frequência. A precariedade dos vínculos empregatícios da grande maioria dos profissionais se traduzia ali em hesitação e silêncio. O que fazer diante dessas complexas relações de trabalho? Mais uma pergunta que ficava temporariamente suspensa da discussão, mas não da ação dos pesquisadores que insistiam nas tentativas de incluir os demais trabalhadores.

Um pesquisador sugere que também seja incluída na discussão a questão da suspensão de usuários do CAPS, indagando como tal dispositivo funciona na prática de cuidado. Lembro-me de ouvir uma voz meio contida, meio esganiçada que deixou sair como um sopro – “Mas como assim suspensão?”. A equipe do CAPS esclarece que o uso desse dispositivo da suspensão foi decidido coletivamente em Assembleia com a participação dos usuários. Ficou decidido que quando algum usuário faz alguma coisa muito grave, como quebrar coisas do CAPS ou agredir alguém, ele pode ser suspenso por um período variado (que vai de um dia até uma semana, a depender da gravidade da situação) para que não volte a fazer isso novamente. Os trabalhadores dizem perceber melhoras desde que a suspensão começou a ser realizada e julgam tal prática como promotora de mudanças importantes como, por exemplo, o fato de o bebedouro estar funcionando há meses sem ser quebrado por nenhum usuário. Dizem ainda que, se um usuário quebra algo, agride um profissional ou outro usuário, e a equipe não toma nenhuma atitude mais “dura”, os outros usuários cobram. Afirmam ainda que é muito importante dar limites a esses “usuários que tumultuam o serviço”. Um pesquisador questionou os limites dessa prática e nos convidou a pensar: o que essa prática pode acarretar? Se não há lugar para situações de “crise” no CAPS, onde poderemos lidar com isso? Como fazemos a clínica da crise na crise? Alguns trabalhadores dizem que às vezes é preciso tomar atitudes como essa para que a boa convivência seja mantida no serviço. O psiquiatra do CAPS destaca a importância de discutirmos essa questão, pois ela explicita uma “deficiência da clínica”. A coordenadora do CAPS enfatiza que foram os próprios usuários que decidiram pelo uso da suspensão em Assembleia e o pesquisador insiste dizendo que mesmo assim é muito importante que nós possamos

questionar essa demanda apresentada pelos usuários para pensar melhor em nossos referenciais clínicos e definir estratégias para lidar com esse problema.

A discussão se intensificava, as horas avançavam, impiedosas. Quanto mais discutíamos mais discussões se tornavam necessárias. Cada um dos temas era como uma boneca russa que trazia consigo uma série de outras. O ritmo do grupo aumentava, exigindo mais dos corpos que já sentiam o cansaço imposto pelo avançar das horas. Alguns trabalhadores começaram a se retirar discretamente. Percebemos que já havíamos ultrapassado muito o horário que estipulamos para o término da reunião. A sensação era de avalanche: havíamos desencavado uma infinidade de questões que pareciam agora estar rolando em nossa direção. E agora, o que fazer com elas? A complexidade que cada questão suscitava era enorme. Respiramos fundo.

Fez-se então um esforço coletivo para sistematizar as questões que discutimos, dividindo os temas em pontos. Retomando as contribuições do Caso X construímos os pontos “1- A Co-gestão da medicação na relação entre trabalhadores, usuários e familiares”, “2- A parceria entre trabalhadores, familiares e rede de apoio no cuidado em Saúde Mental: o controle social e as conferências; a Associação de usuários e familiares; o grupo de familiares nos serviços. Qual é a participação da família e da rede de apoio no cuidado em Saúde Mental?”, e “4- Cuidado em Saúde Mental e religião”. A partir da discussão disparada pelo caso P construímos os pontos “3- A corresponsabilidade da rede de Saúde Mental na construção de Projetos Terapêuticos Singulares. A parceria entre os serviços”, “5- Dispositivos de geração de renda e reinserção social através do trabalho”, “6- Saúde Mental e sexualidade” e “7- A importância da intersetorialidade no cuidado em Saúde Mental (CRASS, Educação, Transporte, Horto Escola, etc)”. Diante da dificuldade de traçar critérios que definiriam a construção dos “perfis” e pensar na articulação entre CAPS e Casa Azul criamos os pontos “8- O perfil do usuário na sua relação com os equipamentos: O que é ‘perfil CAPS’ e ‘perfil Ambulatório’? O perfil do usuário e os encaminhamentos na rede com mudança de referência”. O tema da autonomia, que também mereceu destaque, foi contemplado no ponto “9- Saúde Mental e construção de autonomia. O que é autonomia em Saúde Mental?”, enquanto a discussão sobre suspensão de usuários do CAPS ensejou a criação do ponto “10- A agressividade do usuário: o limite como direção clínica e a limitação dos serviços clínicos”.

Respiramos fundo novamente. Estávamos satisfeitos com o bom trabalho do grupo que permitiu a todos sentirem-se contemplados em suas demandas de discussão. Tínhamos 10 pontos para levarmos para o Fórum. Mas isso não era tudo. Ainda precisávamos fazer mais um esforço antes de encerrarmos a reunião. Como iríamos organizar as apresentações para o Fórum, agora que já definimos os temas? Onde e quando seria o Fórum? Quem iria ajudar a organizar, convocar as pessoas, fazer a divulgação? Surgiram três alternativas de encaminhamento: 1- fazer outra reunião pré-fórum para decidirmos essas questões juntos, 2- formar uma comissão responsável pela organização do Fórum em articulação com as equipes, 3- montar um grupo de e-mail para que todos participassem da organização pela internet. O grupo já esgotado decidiu pela alternativa 2 e combinamos que a comissão seria composta por uma trabalhadora do CAPS, uma trabalhadora da Casa Azul, uma trabalhadora da RT e as coordenadoras do CAPS e da Casa Azul. Essa comissão ficou responsável por convidar um representante dos usuários e um representante dos familiares para ampliar a composição da comissão. O Fórum ficou agendado para o dia 30/05/2012. O cheiro do crepe já não permitia que a reunião continuasse. Estava encerrado o Pré-Fórum. Estava começando a fase de Apoio Institucional na pesquisa GAM...

Iniciamos esse subcapítulo com uma narrativa que trata da primeira reunião de Apoio Institucional realizada em São Pedro da Aldeia, que chamamos de reunião Pré-Fórum. Utilizando essa estratégia narrativa apostamos na inclusão da experiência desse encontro, dos embates que o compuseram, das qualidades intensivas que o atravessaram, das múltiplas relações que puderam ser estabelecidas entre acadêmicos e trabalhadores, acompanhando os devires nos quais embarcaram. Logo de saída essa aposta impõe algumas dificuldades. Em primeiro lugar uma dificuldade se impõe no que diz respeito ao fôlego do texto. Ao todo realizamos onze encontros como esse, e utilizar essa mesma estratégia narrativa para tratar de cada um deles faria com que alongássemos muito as dimensões deste trabalho, que afinal não pretende realizar uma análise sistemática de todos os aspectos abordados nas reuniões de Apoio Institucional. Em segundo lugar, uma dificuldade se impõe no ato da seleção dos aspectos a serem aqui desenvolvidos, já que, a cada vez que recortamos e selecionamos uma questão, ela arrasta consigo uma série de outras, bem como deixa outras à margem, relegando-as ao esquecimento.

Assumimos aqui a parcialidade deste trabalho, que apresenta apenas uma perspectiva sobre o processo de Apoio Institucional que desenvolvemos em São Pedro da Aldeia, e que está longe de realizar uma análise exaustiva de todos os dados produzidos pela pesquisa. Assumir a parcialidade desse trabalho implica primeiramente afirmar uma determinada escolha ética e política, por priorizar certas questões e não outras, e, em segundo lugar, implica em deixar aberta uma porta por onde outros pesquisadores podem futuramente se aventurar. Isso significa dizer que a delimitação que foi feita nesse trabalho por um lado cria um contorno, dando certo fechamento ou acabamento para o que aqui queremos tratar, e por outro lado cria uma abertura, deixa um convite para que trabalhos futuros sejam desenvolvidos a partir das brechas que deixamos expostas.

Vamos então, neste subcapítulo, narrar alguns aspectos e empreender algumas análises das reuniões de Apoio Institucional partindo de três questões que para nós se tornaram fundamentais: 1) A precariedade das relações, que comparece em três níveis (I- Precariedade das relações de trabalho, expressa através dos vínculos empregatícios frágeis, salários baixos, número reduzido de profissionais nas equipes, falta de insumos básicos e falta de uma estrutura física adequada; II- Precariedade das relações entre os profissionais que compõem uma mesma equipe e entre as equipes dos diferentes serviços, expressa através de pouco diálogo, isolamento, e grande sensação de sobrecarga de trabalho; III- Precariedade da relação entre trabalhadores, usuários e familiares, expressa através de vínculos frágeis, escassa promoção de autonomia e grande sensação de desamparo; 2) A questão da definição do perfil dos usuários, que eram categorizados em “Perfil CAPS” e “Perfil Ambulatório”; 3) A gestão da medicação. Por fim pretendemos mostrar como essas três questões se articulam, como o trabalho de Apoio Institucional permitiu construir estratégias coletivas para lidar com cada uma delas, e quais foram os principais desdobramentos desse trabalho.

Dando início a essa empreitada, convidamos você, leitor, a relembrar alguns pontos da narrativa do encontro do Pré-Fórum, para a partir deles avançarmos e adentrarmos nas reuniões subsequentes. Pudemos acompanhar, através da narrativa, algumas modulações nas relações que foram estabelecidas ao longo da referida reunião entre os diferentes atores envolvidos. É importante atentarmo-nos para essas modulações relacionais e embarcarmos nos devires.

A princípio experimentamos ao lado dos trabalhadores muitos incômodos que não ganhavam expressão. Sentíamos o incômodo, mas não falávamos sobre ele. Ficou claro que a precariedade das relações de trabalho expressava-se no modo como cada trabalhador se posicionava na reunião. Ficou claro também que a relação entre os trabalhadores e a gestão era marcada por forte verticalidade, e que a centralização exercida pela última tinha como correlato o silenciamento da grande maioria dos trabalhadores. Aos poucos, com a intervenção dos pesquisadores acadêmicos, pudemos perceber que algumas questões importantes foram sendo enunciadas e discutidas pelas equipes, mesmo que de forma inicialmente tímida.

A reunião, que começou bastante “quadrada”, foi aos poucos ficando mais “circular”, e a ampliação da participação, bem como a circulação da palavra entre os trabalhadores, foi um índice importante dessa modulação. Notamos que os poucos trabalhadores que tinham um vínculo empregatício estável – aqueles que eram funcionários públicos, mais conhecidos como “concursados” – tomavam a palavra com mais frequência que os demais. O esforço dos pesquisadores acadêmicos diante desse cenário foi na direção do fortalecimento da participação dos trabalhadores que não tomavam a palavra com facilidade, convocando-os a participar através de perguntas, comentários, olhares, etc. A dimensão intensiva do Apoio se fez muito presente e foi essencial para que os acadêmicos pudessem se conectar com os trabalhadores, acessar as diferentes perspectivas em jogo, sentir o que estava se passando ali e fortalecer as modulações, as pequenas mudanças nas relações habituais que foram se esboçando ao longo da reunião. Olhávamos os trabalhadores nos olhos e perguntávamos a cada um deles o que tinham a dizer. Trabalhadores que pareciam muito temerosos foram aos poucos compartilhando seus pontos de vista. Ouvíamos com atenção e tentávamos construir um espaço de acolhimento a tudo que era dito.

Outra modalidade de precariedade que pudemos notar claramente foi aquela que diz respeito a relação entre os próprios trabalhadores. Parecia haver pouquíssimo diálogo entre os profissionais de um mesmo serviço e menos ainda entre os profissionais de serviços diferentes. A sensação de solidão e sobrecarga entre os trabalhadores era muito grande, refletindo-se na distância entre os diferentes serviços da rede que pareciam trabalhar de maneira totalmente desarticulada. A apresentação dos casos tornou evidente a grande disparidade entre CAPS e Casa Azul, bem como a enorme dificuldade de

comunicação entre os serviços, de modo que não era possível afirmar que os mesmos trabalhavam efetivamente em rede.

Como pudemos acompanhar através da narrativa, ao longo dessa primeira reunião do Pré-Fórum foi possível discutir vários desses problemas que permaneciam silenciados até então. Vale destacar que a sistematização coletiva de dez pontos para discussão, a partir do levantamento dos problemas enfrentados pelos trabalhadores, foi uma iniciativa inédita no município. Diante desse resultado positivo da primeira reunião, ficamos todos muito engajados na construção do Fórum.

Passados pouco mais de um mês, chegou então a esperada reunião do I Fórum de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia. Era uma quarta-feira, dia 30 de maio de 2012. Realizada no Teatro Municipal, a primeira reunião foi completamente diferente daquilo que esperávamos.

O Teatro Municipal era enorme, e dentro dele o grupo reunido parecia minguar. Quando nós, pesquisadores acadêmicos, chegamos ao local, não conseguimos entender o que estava se passando. Depois do que havíamos experimentado no Pré-Fórum, aquilo que estava diante de nossos olhos parecia uma piada de mal gosto. No alto do palco estava montada a mesa, a ser ocupada por trabalhadores, acadêmicos, usuários e familiares. Lá embaixo a plateia era composta por outros trabalhadores, pesquisadores, usuários e familiares. O dispositivo montado no Teatro Municipal fazia com que de um lado os palestrantes ficassem desconfortáveis no alto do palco e do outro lado a plateia ficasse inibida, não se sentindo convocada a participar. Apesar de já sermos todos conhecidos uns dos outros – o que a princípio poderia facilitar a circulação da palavra –, assim que começou a reunião percebemos que se produzia um grande incômodo e um pesado silenciamento. Em meio à imensidão do Teatro Municipal, não havia espaço para debate e trocas de experiências tal como havíamos planejado. O que pactuamos meses atrás no Pré-Fórum parecia ter sido desfeito no meio do caminho.

No Pré-Fórum planejamos um Fórum que funcionaria enquanto espaço de debate, trocas e construção coletiva de estratégias para lidar com os problemas da rede, mas o que tivemos foi um Fórum que funcionou enquanto palestra esvaziada e desmobilizada no Teatro Municipal. Antes que pudéssemos entender o que estava acontecendo ali, a palestra de abertura começou com a apresentação da Rede Municipal de Saúde Mental realizada pela psicóloga e Coordenadora Municipal de Saúde Mental (e parente bastante

próxima de um político local de grande destaque), seguida por uma apresentação sobre Movimentos Sociais e Associação feita pelo Artista Plástico, Fundador e Membro da Diretoria da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental Metamorfose Ambulante de São Pedro da Aldeia. Na sequência assistimos a uma apresentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) feita pela psicóloga da Casa Azul e do NASF e encerrando o ciclo de palestras tivemos a apresentação da intervenção da GAM no grupo de familiares realizada pelos acadêmicos da Universidade Federal Fluminense e pelos familiares.

Terminada a palestra, recebemos elogios direcionados à pesquisa GAM e também ouvimos pessoas dizendo que acharam todas as palestras muito boas e esclarecedoras. Apesar dos comentários positivos, saímos de lá com a certeza de que nosso trabalho de Apoio Institucional não havia dado certo. O espaço verticalizado do Teatro Municipal, a relação de distância que forjava de um lado palestrantes e de outro expectadores, o tom de palestra com seu caráter meramente informativo, viabilizaram pouquíssimo compartilhamento de experiências e nenhum esboço de cogestão dos problemas da rede.

O que nos levou a oferecer Apoio ao processo de planejamento do Fórum, através do Pré-Fórum, sem dúvida não foi a demanda dos trabalhadores por uma palestra através da qual os mesmos pudessem obter mais informações sobre a rede. Todos ali conheciam muito bem a rede – e seus furos enormes – em que estavam inseridos. O que nos mobilizava era a necessidade de transformação dessa rede. Mas percebemos que antes de transformar a rede era necessário tecê-la, por mais paradoxal que isso possa parecer.

Na verdade, “rede” era apenas uma espécie de nome fantasia para um somatório de serviços que não se comunicavam e que se encontravam em relação de submissão à uma gestão centralizadora e verticalizada. Como não há transformação sem resistência, sabíamos desde o início que estávamos ali enfrentando uma dura resistência à descentralização da gestão que vinha sendo exercida de uma mesma maneira há bastante tempo. Para apoiar processos de cogestão em São Pedro da Aldeia era necessário remar contra uma forte maré. Mas como poderíamos denominar essa maré para tentarmos entender melhor onde estávamos ancorando nosso barco?

O termo nepotismo, que muitas vezes ecoou nos ouvidos da pesquisadora que assina o presente trabalho, jamais fora enunciado entre trabalhadores, familiares e usuários da saúde mental – pelo menos durante os anos em que a pesquisa GAM esteve

presente fazendo sua intervenção. Parecia absolutamente natural o fato de que a cada nova eleição municipal todos os antigos cargos de gestão seriam automaticamente ocupados pelos parentes e pelos amigos dos novos políticos eleitos. Sem dúvida essa não é uma exclusividade do município de São Pedro da Aldeia. Tal como acontece na grande maioria dos municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro, seguindo a tendência da maioria dos municípios do interior dos mais diversos Estados brasileiros – e passando até mesmo por algumas capitais como a Salvador de Antônio Carlos Magalhães na Bahia, ou São Luís de José Sarney no Maranhão – o nepotismo é ainda uma prática tão habitual que não causa estranheza aos olhos da população brasileira.

Mas, apesar dessa questão saltar aos olhos de imediato, fácil seria se pudéssemos chamar essa forte maré simplesmente de nepotismo. Sem dúvida não é esse o seu verdadeiro nome. Essa maré só é forte porque é composta por muitos e muitos outros nomes. Por isso remar contra a maré em São Pedro da Aldeia nunca significou para nós denunciar a Coordenadora de Saúde Mental do município ou o político local que era seu parente, acusando-os de praticar nepotismo. Primeiramente porque essa possível denúncia certamente inviabilizaria o desenvolvimento da pesquisa no município, e principalmente porque sabemos que o problema não é a figura que ocupa o cargo de gestão, mas sim as relações de verticalidade que se estabeleciam entre gestão, trabalhadores, usuários e familiares. Como dito antes, o que nos interessa são as relações e não os termos.

Identificando a precariedade das relações que se estabeleciam na rede, nossa aposta foi feita na seguinte direção: fortalecer a cogestão dos processos de trabalho visando alterar as relações entre trabalhadores e gestão, de modo que a gestão seja exercida por todos os envolvidos e não apenas pela figura que ocupa o suposto “lugar de gestão”, seja lá quem for essa figura. Essa direção é a mesma que orienta a aposta democratizante do SUS – uma Política Pública e não uma Política de Governo, ou seja, uma política sustentada pelos cidadãos e não pelas figuras que supostamente os representam. Nossa intervenção em São Pedro da Aldeia visava reacender a dimensão pública da política, oferecendo Apoio aos atores que compunham a rede de Saúde Mental, construindo corresponsabilização pelo funcionamento da mesma.

Logo de saída percebemos que esse trabalho seria muito difícil. Sabíamos que precisaríamos de muita paciência e persistência. Mas também já podíamos afirmar que o início do trabalho de Apoio Institucional estava funcionando, na medida em que estava

incomodando. Era visível o incômodo das figuras que ocupavam o suposto “lugar de gestão”. Era visível o incômodo dos demais trabalhadores. Quando tentávamos transformar as relações, víamos que todos sentiam-se estranhamente deslocados. Para transformar as relações é necessário transformarmo-nos, afinal são as relações que nos forjam. Mas transformar-se não é uma tarefa simples, e, apesar de reclamarem das relações antigas, muitos temiam o que poderia surgir a partir de relações novas e assim resistiam à mudança, brecavam os devires.

Tentando entender o cenário a partir do qual surgiam as primeiras resistências aos processos de cogestão disparados pelo trabalho do Apoio Institucional, seguimos conversando com os trabalhadores em espaços informais e principalmente no CAPS, onde ocorria paralelamente o trabalho com os grupos GAM, também realizado em parceria com pesquisadores acadêmicos. Depois de ocorrido o Fórum no Teatro Municipal, ficamos sabendo através do relato de vários trabalhadores que o encontro fora todo organizado pela coordenadora de saúde mental do município, desde a reserva do espaço físico até a escolha da ordem das falas da mesa de palestrantes. Os demais trabalhadores que haviam sido designados no Pré-Fórum para compor a comissão de organização, incomodados com a centralização exercida pela gestora, acabaram se retirando e deixando que ela organizasse tudo sozinha.

Percebemos que, apesar de planejarmos coletivamente o Fórum, não fomos capazes de realizar coletivamente todas as etapas necessárias para sua realização. Como resultado, tivemos uma palestra organizada individualmente pela gestora, que gerou grande desmobilização entre todos os trabalhadores.

Um grande analisador que evidencia a desmobilização produzida pela reunião do Fórum é o tempo. Entre esta reunião e a reunião subsequente transcorreram-se seis meses. Foi apenas no dia 03 de dezembro de 2012 que conseguimos reunir forças para fazer uma nova reunião e tentar mais uma vez construir um Fórum coletivamente. Nessa reunião, convocada após a insistência dos pesquisadores acadêmicos e de um pequeno número de trabalhadores do CAPS, decidimos realizar a avaliação dos encontros do Pré-Fórum e do Fórum. Foi muito importante fazer a avaliação conjunta desse processo que mal se iniciava e já enfrentava tamanhas dificuldades de viabilização.

Avaliamos nosso desejo de continuar fazendo juntos essa aposta na construção de um Fórum, bem como os enormes desafios que precisaríamos assumir ao fazê-la. Foi

consensual, entre os quatro pesquisadores acadêmicos e os doze trabalhadores que compareceram na reunião realizada na Casa Azul, a decisão de seguir construindo um Fórum que servisse como um verdadeiro espaço de debates e compartilhamento de experiências. Todos entendiam que estavam passando por um momento muito difícil e que sem um espaço como o Fórum seria ainda mais difícil. A avaliação feita pelo grupo nos mostrava que havia duas alternativas possíveis e era preciso escolher: ou cada um enfrentava os problemas isoladamente ou todos enfrentávamos juntos. Sem muitas garantias resolvemos seguir juntos.

Tomada a decisão de seguir construindo um Fórum, retomamos os dez pontos elencados no Pré-Fórum. Víamos que não nos faltavam problemas para discutir. Para sistematizar melhor nossas discussões entendemos que poderíamos agrupar os dez pontos segundo temas afins. Dividimos então os dez pontos em quatro grupos temáticos⁷. Feita essa divisão, decidimos que começaríamos, a partir da próxima reunião, a discussão do grupo 2. Os trabalhadores afirmaram que era melhor começar pelo grupo 2, pois o mesmo não exigia muito preparo prévio já que todos conheciam bem os perfis dos usuários.

Dito isso, o grupo começou a discutir quando tal agenda se iniciaria. Estávamos no mês de dezembro, e no início do próximo ano haveriam mudanças na gestão municipal já que o grupo que encerrava seu atual mandato perdera as últimas eleições. O período que ia de outubro – data das eleições municipais – até janeiro era visto como sinônimo de paralisia. Como a grande maioria dos trabalhadores tinham vínculos empregatícios frágeis, ninguém sabia quem permaneceria contratado e quem seria demitido. Existia a real possibilidade de que grande parte dos trabalhadores que estavam ali fossem demitidos e não pudessem cumprir nenhuma agenda. O grupo se perguntava se era oportuno iniciar

⁷ De acordo com tal organização proposta pelo grupo de pesquisadores acadêmicos e validada pelos trabalhadores, chegamos aos seguintes grupos temáticos: GRUPO 1 – composto pelos pontos 1 e 2 (1- A Cogestão da medicação na relação entre trabalhadores, usuários e familiares; 2- A parceria entre trabalhadores, familiares e rede de apoio no cuidado em Saúde Mental: o controle social e as conferências; a Associação de usuários e familiares; o grupo de familiares nos serviços. Qual é a participação da família e da rede de apoio no cuidado em Saúde Mental?); GRUPO 2 – composto pelos pontos 3 e 8 (3- A corresponsabilidade da rede de Saúde Mental na construção de Projetos Terapêuticos Singulares. A parceria entre os serviços; 8- O perfil do usuário na sua relação com os equipamentos: O que é “perfil CAPS” e “perfil Ambulatório”? O perfil do usuário e os encaminhamentos na rede com mudança de referência); GRUPO 3 – composto pelos pontos 4, 6 e 10 (4- Cuidado em Saúde Mental e religião; 6- Saúde Mental e sexualidade; 10- A agressividade do usuário: o limite como direção clínica e a limitação dos serviços clínicos); GRUPO 4 – composto pelos pontos 5, 7 e 9 (5- Dispositivos de geração de renda e reinserção social através do trabalho; 7- A importância da intersectorialidade no cuidado em Saúde Mental (CRASS, Educação, Transporte, Horto Escola, etc.); 9- Saúde Mental e construção de autonomia. O que é autonomia em Saúde Mental?).

a discussão antes ou após a instalação do novo governo municipal. O clima oscilava entre insistência, esperança e medo.

Após muita discussão, entendemos que seria interessante organizar a agenda de discussão dos temas e iniciá-la logo. Quem sabe poderíamos até apresentar algum resultado de nossas discussões à nova gestão? Quem sabe o fruto de nosso trabalho coletivo poderia ser utilizado e continuado por outros? Quem sabe o Fórum pudesse dar certo? Quem sabe? Fazer juntos uma aposta parecia alimentar-nos e dar-nos força.

A precariedade era tamanha que, para marcarmos o próximo encontro, considerou-se até substituir as reuniões de equipe dos serviços pelo encontro do Fórum, ou trocar dias e horários em cada um dos outros empregos que os trabalhadores mantinham paralelamente em outros municípios. Decidimos que faríamos a próxima reunião no início do mês de janeiro, no horário da noite, mesmo sendo fora do horário de trabalho – por incrível que pareça essa nos pareceu a solução mais viável no momento.

Ficou decidido que as equipes se organizariam para preparar a apresentação de quatro casos: um caso do CAPS, um caso da Casa Azul, um caso da RT e um caso que perpassasse toda a rede. Combinamos ainda que os trabalhadores que não estavam presentes nessa reunião precisavam ser convidados. Fizemos uma lista com os nomes dos trabalhadores que cada um dos presentes iria acionar e convidar. A lista tinha vinte e um nomes. Desejávamos fazer rede com mais gente. Precisávamos de mais força.

Ao final desse encontro, que foi nosso terceiro encontro de Apoio Institucional, os trabalhadores pediram aos acadêmicos indicação de textos que pudessem ser lidos antes da próxima reunião. Surpresos com o pedido, sugerimos a cartilha Clínica Ampliada e Compartilhada, da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010), que trata de temas que poderiam ser úteis a nossas discussões, como Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.

Dessa vez, na viagem de São Pedro da Aldeia de volta para Niterói, nós pesquisadores acadêmicos fomos acompanhados pela sensação de que o trabalho de Apoio Institucional estava funcionando bem. Juntos no carro, comentávamos como estavam se tornando notáveis os efeitos de compartilhamento da gestão dos problemas da rede, mesmo em um momento de tamanha instabilidade. Mas, por falar em problemas da rede, não poderíamos imaginar o que nos esperaria quando retornássemos ao município

no dia 7 de janeiro de 2013. O ano já começou bastante tenso para os trabalhadores da saúde mental de São Pedro da Aldeia.

A nossa quarta reunião de Apoio Institucional começou com um informe que deu o que pensar: informaram que o trabalhador responsável por apresentar “o caso da rede” faltou. Não poderíamos contar com o caso da rede, mas será que poderíamos contar com a rede? Essa pergunta não podia ser respondida sem tentarmos esclarecer o que estava se passando. O clima estava mais pesado do que nunca. O ar era quase irrespirável. A instalação da nova gestão municipal já tinha acontecido e o antigo grupo estava saindo aos poucos. Muitos trabalhadores ali não sabiam por quanto tempo ainda teriam aquele emprego.

Sentindo o elevado estado de tensão a que estavam submetidos os trabalhadores, os acadêmicos levantaram uma questão: vamos conversar sobre esse momento delicado pelo qual estamos passando ou vamos seguir o combinado anteriormente e manter a discussão dos casos?

A coordenadora (e agora parente de um ex-político local) informou que um relatório de gestão foi entregue à Secretaria de Saúde, mesmo sem ter sido solicitado pela mesma. Disse que esperava reconhecimento do trabalho das equipes técnicas e que, na opinião dela, não havia nada de novo para ser discutido, pois estavam sem notícias oficiais ainda. Foi quando a psicóloga da RT pediu a palavra e compartilhou uma situação ocorrida pela manhã: o novo subsecretário de saúde do município esteve na reunião de equipe do CAPS e anunciou aos trabalhadores uma situação de dificuldade financeira, solicitando à psicóloga da RT (que é uma das poucas trabalhadoras “concursadas”) que fizesse um levantamento com número mínimo de trabalhadores necessários para manterem os serviços funcionando.

Isso significa que a nova gestão entendia a necessidade de realizar algumas demissões e solicitou uma lista com os nomes dos integrantes das “equipes mínimas” que seriam mantidos em seus empregos. Dada essa notícia, não foi mais possível segurar a onda. Os trabalhadores quebraram o silêncio e uma enxurrada inundou a sala da reunião. Entre muita indignação, desconfiança e um tanto de medo, os trabalhadores colocavam os problemas da rede na roda: “Como assim? O que significa equipe mínima?”, “Mas nós já trabalhamos com menos que o mínimo!”, “Isso é um absurdo! Já não estamos dando conta!”, “Esse novo subsecretário é maluco?”; “Tem que contratar mais e não demitir os

poucos que ainda trabalham!"; "Mas assim a Saúde Mental vai acabar!"; "Não tem mais trabalhador pra fazer as oficinas aqui!"; "Na quinta-feira só tem um profissional no CAPS o dia inteiro!"; "Assim não dá!"; "E agora?".

Passado o momento inicial, a indignação cedia lugar ao aumento da desconfiança, do medo, e principalmente à rivalidade entre "contratados", "indicados" e "concursados". Os trabalhadores começaram a se acusar. Começou a uma verdadeira batalha. Não havia mais diálogo. A coordenadora insinuava abertamente que a psicóloga da RT devia ser amiga do novo subsecretário, enquanto alguns trabalhadores diziam que os cortes seriam feitos porque a gestão anterior roubou milhões dos cofres públicos. Cada trabalhador parecia preocupado apenas com seu emprego. Não havia mais rede.

Impelidos a intervir, nós, Apoiadores, afirmamos que a partir do momento em que essa situação foi levada para o Fórum dos Trabalhadores da Saúde Mental, o problema já havia deixado de ser de exclusiva responsabilidade da psicóloga da RT e passava a ser de todos nós. O que iríamos fazer diante dessa situação? Qual seria a posição política do Fórum? Como responderíamos à demanda do novo subsecretário? O trabalho de Apoio Institucional precisava convocar os trabalhadores a costurar uma rede, mesmo que provisoriamente, para promover uma gestão compartilhada dessa situação. Não podíamos nos deixar arrastar pela maré que tentava afastar-nos uns dos outros.

O Fórum precisava tomar uma decisão importante. Tínhamos duas opções. Ou entregávamos uma lista com os nomes de todos os trabalhadores, afirmando que as equipes existentes já são as equipes mínimas necessárias, ou entregávamos uma lista que cortasse alguns nomes de trabalhadores "contratados", segundo critérios definidos por nós, para não correr o risco de deixar o corte ser feito pela Secretaria segundo critérios que desconhecemos. O horário da reunião já chegava ao fim. Não era possível adiar a decisão para outro momento. O Fórum decidiu fazer uma aposta arriscada: elegeu duas trabalhadoras – a coordenadora da Saúde Mental e a psicóloga da RT – para negociarem com o subsecretário a possibilidade de manter na lista o nome de todos os trabalhadores.

Naquele momento tomávamos nossa primeira grande decisão coletiva. Naquele momento o Fórum fez-se rede. Um silêncio profundo se impôs por alguns instantes, enquanto todos respiravam se entreolhando. Sabíamos que estávamos fazendo o melhor que estava ao nosso alcance. Não tínhamos mais nada a dizer uns para os outros. Encerramos a reunião nos despedindo, sem saber se nos veríamos novamente no próximo

encontro. Não havia garantias, mas havia persistência. Havia teimosia. Havia resistência. Remávamos juntos contra a maré.

A transição política no município se deu de forma bem lenta. A nova gestão foi fazendo mudanças gradativamente. A psicóloga da RT assumiu o cargo de Coordenadora de Saúde Mental do município. As coordenações do CAPS, da Casa Azul e da RT também mudaram. Um certo clima de indeterminação se instalou na rede, mas dessa vez era sentido como algo positivo. Os trabalhadores falavam sobre as mudanças demonstrando aprovação. O clima geral era de otimismo, apesar do desgaste. Era preciso continuar acompanhando as mudanças e esperar pelos efeitos das ações que havíamos empreendido.

Mais uma vez o tempo nos serve como analisador que permite compreender melhor a desmobilização que mais uma vez foi produzida entre os trabalhadores. Desde o último encontro do Fórum passavam-se cinco meses. Conseguimos nos reunir somente no dia 17 de junho de 2013, mais uma vez na Casa Azul. A reunião começou com quatorze trabalhadores um tanto quanto desmotivados e quatro acadêmicos um tanto quanto cansados. Insistíamos na tentativa de garantir alguma continuidade diante das mudanças, que, apesar de serem positivas em sua maioria, também nos davam a sensação de que estávamos sempre dando voltas no mesmo lugar. Mais uma vez insistíamos em reunir os fios para a lenta tessitura da rede, e esperávamos que dessa vez desse certo.

Era o quinto encontro em que nós acadêmicos oferecíamos Apoio Institucional, mas parecia ser o primeiro. Entre os trabalhadores alguns rostos eram conhecidos, outros nem tanto e outros eram novos. Aos que já conhecíamos, foi necessário fazer um esforço de rememoração de todo o processo que passamos juntos, enquanto aos novos foi necessário apresentar o acúmulo de discussões daquele grupo que se autodenominava Fórum de Trabalhadores da Saúde Mental. Começamos apresentando a pesquisa GAM e todos os desdobramentos, desde que nós, acadêmicos, chegamos a São Pedro da Aldeia em 2012 até a oferta de Apoio Institucional ao Fórum nesse ano. Falamos sobre a necessidade de dar continuidade ao trabalho que havíamos pactuado no Pré-Fórum, quando ocorreu a definição de dez pontos para discussão.

Os trabalhadores falaram da sensação de sobrecarga e desânimo que atingia a todos. Com toda a turbulência que haviam enfrentado nos últimos meses, eles sentiam-se muito cansados. Uma trabalhadora disse que ir para a reunião do Fórum às vezes era encarado por muitos como um trabalho a mais, um peso a mais. Outra concordou e

acrescentou que é justamente por acharem que o Fórum é mais um peso, mais uma obrigação a cumprir, que muitos trabalhadores não estavam comparecendo. Todos pareciam concordar com essa impressão compartilhada pelas trabalhadoras. O Fórum estava mesmo bastante esvaziado. Acessando o ponto de vista dos trabalhadores, percebemos que comparecer ao Fórum podia ser tomado como uma prescrição. Mas era isso que o trabalho do Apoio Institucional estava propondo ali? Estaríamos prescrevendo mais uma tarefa para os trabalhadores, mais uma obrigação, mais um protocolo a cumprir?

Precisávamos colocar em análise a questão da sobrecarga, e para isso compartilhamos com os trabalhadores o nosso ponto de vista acerca da situação. Assim tentávamos empreender uma tradução entre perspectivas diferentes que se construíam em torno de um problema. Lembramos dos inúmeros relatos dos trabalhadores que afirmavam que o que gerava sobrecarga era principalmente o fato de cada profissional acabar ficando isolado, precisando “se virar sozinho”. Acumulando uma série de funções e responsabilidades sem contar com apoio de outros, já que as equipes estavam muito reduzidas e a demanda era muito grande e complexa, os trabalhadores ficavam exaustos com o excesso de peso. Diante desse cenário, entendemos que marcar uma reunião que a princípio não existia poderia realmente gerar uma sensação de aumento na carga de trabalho.

Porém percebíamos claramente que esse movimento de coletivização gerado pelo Fórum significava, a médio prazo, a construção da possibilidade de dividir, de compartilhar, e conseqüentemente de diminuir a carga de trabalho que cada um estava carregando sozinho. Se carregar um peso sozinho era difícil, com a ajuda de outros ficava muito mais leve e fácil. Como então alguns trabalhadores poderiam diminuir a sensação de sobrecarga se estavam escolhendo o isolamento, ficando ainda mais sozinhos, ao invés de compartilhar suas dificuldades no Fórum? A pergunta gerou profundo silêncio e reflexão nos trabalhadores. Perspectivas diferentes estavam sendo colocadas na roda e operávamos traduções entre elas, deslocando-nos de nossos lugares habituais.

A nova coordenadora pareceu animada com a discussão e deu a notícia de um encontro ocorrido no mês anterior que contou com a participação da grande maioria dos trabalhadores dos três principais serviços da rede – CAPS, Casa Azul e RT. Nesse encontro, a atual coordenação propôs uma avaliação coletiva de cada um dos serviços, das principais dificuldades, e também foram levantadas algumas questões que

apresentaram avanços. A partir dessa avaliação, foram definidas algumas metas para as equipes e destacou-se a importância de investir na abertura e ampliação dos laços entre esses três serviços que não se comunicavam há muito tempo. “Fazer essa rede não é fácil, mas só assim é possível dar conta do trabalho, não é mesmo?!” – afirmava a nova coordenadora.

Alguns trabalhadores concordaram mas também questionaram a ênfase que estava sendo dada à articulação apenas entre trabalhadores. Vários começaram a lembrar da importância de fazer rede também com outros atores, principalmente familiares e usuários. Duas trabalhadoras relataram casos bastante difíceis onde atualmente está sendo preciso lançar mão de internações temporárias no Pronto-Socorro, e destacaram a importância da parceria com a família e com o próprio usuário para construir estratégias. “Tem que fazer rede com a família também, né?!” – afirmava uma trabalhadora.

Sem dúvida a fragilidade das relações entre os trabalhadores e entre os serviços produzia efeitos no cuidado com os usuários e familiares. Não é mera coincidência notar que também eram precárias as relações entre trabalhadores, usuários e familiares, e que a sensação de solidão e sobrecarga também incidia sobre os últimos. Outra trabalhadora empolgada com a discussão foi ainda mais longe: “Mas então tem que chamar todo mundo que está envolvido né? Não é só a Saúde não! É a Assistência Social também!”.

Alguns trabalhadores começaram então a se perguntar se não seria oportuno tornar o Fórum um espaço intersetorial. Valorizando a animação dos trabalhadores e as pertinentes colocações sobre a necessidade de ampliação da rede, nós, acadêmicos, questionamos as nossas reais possibilidades de tornar o Fórum um espaço intersetorial nesse momento. Não seria o momento de fortalecer o Fórum tal como o planejamos inicialmente? Não seria o momento de convocar os trabalhadores que estão se queixando da sobrecarga de trabalho para dividir conosco? Não seria o momento de fortalecer a rede de Saúde Mental, para posteriormente convidarmos outros parceiros?

Era esse o momento que trabalhamos tanto para fazer nascer. Após cinco encontros turbulentos, onde o trabalho de Apoio Institucional precisou acessar a perspectiva dos trabalhadores para intervir em toda a trama de precariedade que envolvia as relações – tramando outras relações possíveis –, finalmente os efeitos de cogestão começavam a se tornar notáveis a olhos nus. Engajados na proposta de fortalecimento do Fórum, os trabalhadores estavam compartilhando conosco a responsabilidade de dar

continuidade a esse espaço, e até mesmo de ampliá-lo! Os acadêmicos sentiam que não precisavam mais ficar convocando os trabalhadores para marcar a próxima reunião, por exemplo. Não é mera coincidência o fato de que, a partir dessa reunião, começaram a surgir várias estratégias para transformação da rede e muitas conquistas foram feitas por nós. As reuniões subsequentes mostram que o Fórum finalmente ganhara consistência.

No dia 12 de agosto nos reunimos novamente, dessa vez na varanda da Residência Terapêutica. O espaço foi escolhido porque os trabalhadores identificavam a necessidade de incluir as cuidadoras nas discussões. Demos início ao encontro fazendo a leitura e aprovação da ata do encontro anterior, que servia para não nos deixar esquecer o tanto de trabalho que estávamos investindo no Fórum. Éramos cinco pesquisadores acadêmicos e vinte trabalhadores. O Fórum estava crescendo.

Duas notícias importantes foram então anunciadas: 1) depois de muita insistência junto à nova Secretaria de Saúde, foi possível contratar mais uma trabalhadora, e a equipe da RT agora conta com uma nova cuidadora, que tem tornado possível fazer um trabalho mais voltado para fora da casa; 2) também usando de muita insistência a Assistente Social do CAPS conseguiu que a empresa de ônibus Salineira concedesse o passe “quase-livre” aos usuários cadastrados, e a partir de agora estão sendo disponibilizadas 120 passagens por mês para cada usuário, permitindo que os mesmos circulem pela cidade acessando outros recursos e não só o tratamento no CAPS.

Todos comemoramos as duas excelentes notícias tomando café e comendo o bolo que estava sendo servido na grande mesa montada na varanda da RT. Parecia que finalmente tínhamos algo para comemorar no Fórum! O clima tenso que habitava as reuniões anteriores não se fazia presente naquela tarde. O dia estava muito bonito, e os moradores da RT tomavam sol na varanda prestando atenção na reunião, animados em ver a casa cheia de gente! Convidamos os moradores a sentarem na roda conosco e participarem da reunião. Três deles gostaram muito da ideia e juntaram-se a nós. Os acadêmicos distribuíram para todos a cartilha da Política Nacional de Humanização sobre Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL,2010). Fizemos a leitura de um trecho do texto que trata do dispositivo PTS, Projeto Terapêutico Singular (p.39-41).

Discutindo o que é e para que serve um PTS, os trabalhadores se deram conta que os moradores da RT tiveram seus PTS definidos quando chegaram na casa, mas até hoje não foi feita nenhuma atualização. Já os demais usuários do CAPS nunca tiveram um PTS

definido, bem como os usuários da Casa Azul, que além disso também não tinham técnicos de referência definidos. Percebemos que esse era um grande problema que incidia nas práticas de cuidado e entendemos que era preciso criar alguma estratégia para lidar com isso. O que faríamos? Por onde começar?

Resolvemos começar pelo levantamento dos prontuários feito pela equipe do CAPS. Antes de pensarmos na construção dos PTS era preciso saber quantos usuários estavam sendo atendidos pelo serviço. Por mais estranho que possa parecer, essa informação nunca tinha sido produzida. Ninguém sabia dizer quantos usuários o CAPS atendia, nem quantos usuários a Casa Azul atendia. Esse se tornou um grande analisador para o Fórum. Todos identificavam a sobrecarga de trabalho como um grande problema, mas nem ao menos sabíamos qual era a real proporção desse problema para podermos intervir sobre ele. Esse analisador deu visibilidade para uma série de outros problemas que pudemos trabalhar a partir de então, principalmente a questão da precariedade das relações entre os trabalhadores dentro de um mesmo serviço e entre os trabalhadores dos diferentes serviços.

A equipe do CAPS informou então que desde o último Fórum fez um grande trabalho de levantamento, checkou todos os prontuários e organizou o arquivo, eliminando mais de quatrocentos prontuários inativos. Depois desse trabalho de organização dos prontuários ativos, chegou-se ao número de 211 usuários cadastrados. Agora sabíamos quantas pessoas realmente eram usuárias do CAPS. Todos nós recebemos uma folha onde constava uma tabela com o nome de cada profissional do serviço e os usuários a eles referenciados, divididos de acordo com a intensidade do tratamento. Após a identificação desses usuários, a equipe percebeu que 111 deles estão referenciados aos sete trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional do serviço e 100 estão sem referência técnica definida.

Discutimos o modo como as referências técnicas têm sido definidas e nos demos conta de outros problemas. Geralmente aquele trabalhador que faz o acolhimento do usuário, quando este chega ao serviço pela primeira vez, acaba se tornando automaticamente o técnico de referência do caso. Desse modo o trabalhador vai então sugerir ao usuário que frequente o CAPS nos dias em que ele está presente no serviço, atrelando o seu tratamento à agenda do profissional. Esse modo de organização das referências nos pareceu apenas centrado nas necessidades do trabalhador,

desconsiderando as especificidades de cada usuário. Questionados sobre a resolutividade dessa estratégia, os trabalhadores disseram que também existem casos onde o vínculo estabelecido entre trabalhador e usuário, ou os dias e horários das oficinas onde cada profissional se insere, vão nortear essa definição.

A equipe do CAPS, falou bastante da sobrecarga de trabalho gerada pelos 111 usuários referenciados por um número tão reduzido de profissionais. “Não tem mais técnico para ser referência! Não dá para atender todos os usuários individualmente”. Percebemos então que atendimentos individuais regulares estavam sendo atrelados ao trabalho da referência técnica, como se fosse uma atribuição necessária. Entendemos que essas duas atribuições não deviam coincidir obrigatoriamente. Precisamos discutir então a função do técnico de referência. O que significa ser referência para um usuário? O que faz um técnico de referência? Qual a diferença entre a atenção oferecida pelo técnico de referência e pelos demais técnicos?

Problematizando a necessidade sentida por alguns trabalhadores de realizar os atendimentos apenas de modo individual, foram compartilhadas algumas experiências interessantes de grupos terapêuticos realizados no próprio CAPS (como o grupo de depressão e a oficina de expressão) e na Casa Azul (como o grupo de crianças, grupo de adolescentes, grupo AD e o grupo de familiares AD). Afirmamos que os grupos também são importantes dispositivos terapêuticos e apostar no trabalho grupal ajuda, ainda, a diminuir o volume de demandas individuais que estava sendo sentida como sobrecarga de trabalho. Chegamos à conclusão que ser técnico de referência não significava atender o usuário individualmente em frequência semanal, quinzenal ou mensal, mas sim construir com o usuário um PTS adequado às especificidades do caso – que de preferência seja composto por atividades diversas –, fazer encaminhamentos de acordo com as necessidades que surgirem e, principalmente, construir um sentido de referência de forma compartilhada com a equipe, levando o caso para discussão e pensando em estratégias coletivas sempre que necessário.

Além da dúvida sobre as atribuições de um técnico de referência, também surgiram dúvidas quanto à classificação dos usuários de acordo com a intensidade do tratamento. Para a equipe era claro que o usuário que faz tratamento intensivo é aquele que vai ao CAPS todos os dias, ou até três vezes por semana, e utiliza vários recursos oferecidos pelo serviço. Mas quem é o usuário que faz tratamento semi-intensivo? E o

tratamento não intensivo? Essa definição é feita apenas considerando a frequência com que o usuário vai ao CAPS? E os casos de alguns usuários que às vezes precisam de internação e continuam sendo acompanhados pela equipe, dando ainda mais trabalho que os outros, são considerados não intensivos ou intensivos?

Entendemos que o usuário que se encontra em tratamento intensivo é aquele que vai ao CAPS todos os dias ou até três vezes por semana. Já o usuário em tratamento semi-intensivo é aquele que vai ao CAPS de quatro a doze vezes por mês, ou seja, de uma a três vezes por semana. O usuário em tratamento não intensivo vai ao CAPS apenas de uma a três vezes por mês. Chegando a essa definição, os trabalhadores perceberam que havia muitos usuários que não se enquadravam em nenhuma dessas três modalidades de intensidade de tratamento. Essa conversa deu visibilidade para um problema importante – a existência de um número significativo de usuários que vão ao CAPS apenas para as consultas psiquiátricas, em um intervalo que pode chegar a três meses de duração. Segundo a coordenadora, esses usuários geralmente querem apenas renovar as receitas de seus medicamentos. Perguntamo-nos se esses usuários teriam “perfil CAPS”, já que estão fazendo um uso ambulatorial de um serviço que é destinado ao acompanhamento psicossocial e territorializado.

A equipe do CAPS, pensando nas questões que haviam sido levantadas, sentiu a necessidade de refazer a tabela que organizara. A equipe da Casa Azul também percebeu que precisava se organizar para apresentar o perfil do serviço. Os trabalhadores compartilharam a grande dificuldade que precisariam enfrentar para mapear as demandas que estão sendo atendidas atualmente. A variedade de “perfis” que são atendidos é enorme: autistas, usuários de álcool e outras drogas, vítimas de violência, idosos, crianças, adolescentes, etc. O serviço está sempre recebendo encaminhamentos e respondendo a demandas da Secretaria de Assistência Social, Ministério Público e Secretaria de Educação. A APAE e a Pestalozzi, que também ofereciam atendimento ambulatorial no município, foram fechadas, e a Casa Azul também tem absorvido a demanda que era atendida por esses estabelecimentos. Atualmente estima-se que mais de dois mil usuários devem estar cadastrados e mais de dois mil prontuários inativos também devem estar nos arquivos. A equipe relata que alguns usuários possuem mais de um prontuário – um prontuário é da equipe e outro é exclusivo dos psiquiatras.

Entendemos a necessidade de que a Casa Azul faça um levantamento dos usuários cadastrados, tal como foi feito pelo CAPS. A nova coordenadora ficou responsável por fazer a solicitação de contratação de um auxiliar administrativo à Secretaria Municipal de Saúde. Para agilizar o processo, os trabalhadores se comprometeram a já ir separando os prontuários dos usuários que forem atendendo ao longo desse tempo de levantamento e colocando junto dos prontuários usados pelos psiquiatras. Entendemos que, se cada trabalhador separar seus prontuários, no final sobrarão apenas aqueles que são atendidos exclusivamente pelos psiquiatras e os prontuários inativos.

E, por falar em psiquiatras, não seria importante contarmos com o ponto de vista deles naquele momento importante de discussão? Percebemos que a ausência dos psiquiatras nos espaços coletivos de discussão vinha sendo naturalizada pelas equipes há muito tempo. Segundo os trabalhadores presentes, os psiquiatras frequentemente se ausentavam, não apenas das reuniões do Fórum, mas até mesmo das reuniões de equipe dos serviços. Nós, Apoiadores, tentamos então colocar em análise o motivo pelo qual os demais profissionais pareciam achar que isso não era um problema. Os trabalhadores responderam dizendo que não se importavam mais porque não achavam que adiantaria insistir. Muitos relataram tentativas de convocação e afirmaram que não tiveram bons resultados.

Demo-nos conta que grande parte dos trabalhadores não consideravam mais a presença dos psiquiatras e por isso nem estavam mais fazendo o convite para as reuniões do Fórum. Apesar do encontro do Pré-Fórum ter contado com a participação ativa do psiquiatra do CAPS, alguns trabalhadores contaram que já estavam tão acostumados com a ausência dos colegas psiquiatras que nem mesmo se lembravam de avisar das datas das reuniões que eram marcadas. Discutimos sobre a necessidade de criar um fato político, insistindo na convocação dos psiquiatras. Entendemos que, se não fizermos o convite, estamos alimentando o processo que queremos interromper. Tomando essas ausências como fatos naturais, não damos visibilidade à situação bastante problemática que identificamos. Era preciso insistir e convocar. Era preciso tornar esse problema visível e enunciável.

Sentíamos que estávamos conseguindo avançar encarando problemas importantes. Os trabalhadores se entreolhavam confiantes. O Fórum estava funcionando e isso tornava a reunião prazerosa. As faces esgotadas que eram familiares nos encontros

anteriores davam lugar a expressões de ânimo. Ninguém parecia estar ali por obrigação. Conjurávamos juntos o caráter prescritivo do Fórum. Sentíamos que podíamos compartilhar os problemas e encontrar juntos uma nova maneira de olhar para eles, propondo novas saídas. Acessávamos pontos de vista diferentes a partir de um plano comum. Passávamos da prescrição à tradução.

A equipe da RT começou sua apresentação. Era o caso de um morador que precisou ser internado na Clínica Ego há aproximadamente três meses e desde então está bastante debilitado. Ele já perdeu vinte e cinco quilos e não está apresentando nenhuma melhora significativa no quadro clínico geral, fazendo a equipe questionar a pertinência da continuidade da internação. Mesmo enfrentando muitas dificuldades financeiras, a mãe do usuário se faz presente e compareceu em uma reunião organizada pela RT para discutir ações possíveis. Segundo a mãe, a Clínica Ego é importante porque “dá limites” quando o filho fica muito agressivo, mas seu desejo é que ele volte para a RT, onde é bem tratado e fica mais perto da família.

Durante o tempo em que morou na RT, o usuário agrediu e foi agredido por alguns moradores várias vezes, e por isso seu retorno para a residência também requeria um trabalho prévio com os moradores e cuidadores. Discutimos o caso contando com a participação de três moradores que estavam reunidos na varanda conosco e de duas cuidadoras. Os moradores contaram algumas histórias de brigas, de agressões, mas também falaram da saudade que sentem do ex-morador que agora está internado. Expressaram muita preocupação com o estado de saúde do colega. Uma moradora já havia sido internada na Clínica Ego e relatou pesadas histórias de maus tratos. Conversando sobre as péssimas condições da Clínica Ego, começamos a pensar na possibilidade de retorno do usuário para a RT. Apesar dos problemas que já haviam sido gerados por ele no passado, todos pareceram ficar satisfeitos com essa possibilidade e dispostos a tentar uma nova inserção na RT. Diante dessa decisão, os três moradores comemoraram muito! A coordenadora da RT e as cuidadoras ficaram surpresas, pois achavam que os moradores não desejassem o retorno do colega para a casa. Foi muito interessante ver que o Fórum podia ser um espaço de cogestão que incluísse o ponto de vista dos usuários também. Tal como uma trabalhadora reivindicara na reunião anterior: é necessário fazer rede com os demais atores, e não só com os trabalhadores.

Definimos juntos três encaminhamentos importantes para viabilizar essa nossa decisão: 1) organizar uma reunião que contaria com a presença dos moradores e da equipe da RT, com a técnica de referência do ex-morador que está internado e com o psiquiatra do CAPS, a fim de esclarecer questões referentes à gravidade do quadro clínico e pactuar o retorno dele para a RT; 2) convidar a mãe do ex-morador para o grupo de familiares do CAPS, entendendo que é importante cuidar dessa família para que ela seja ainda mais parceira da rede; 3) construir junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) uma articulação que permitisse aproximar RT, CAPS e Atenção Básica para realizar um trabalho conjunto. Descobrimos nesse momento que uma psicóloga da Casa Azul também fazia parte da equipe do NASF que é responsável pelo território onde fica a casa da família do ex-morador.

Nesse momento percebemos que estávamos ampliando o Fórum ainda mais. Aquele encontro já deixara de ser apenas da Saúde Mental para tornar-se Fórum da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na medida em que incluía também a Atenção Básica. Ampliar os nós da rede nos dava a sensação de que nos ampliávamos na rede. Sentíamos que podíamos fazer mais, chamar mais gente. O Fórum fazia-se rede, e a rede tendia ao crescimento. O aumento da rede estava diretamente ligado à diminuição da sobrecarga de trabalho. Não era preciso dizer isso – estávamos experimentando esse efeito em nossos corpos. O horário da reunião já tinha sido ultrapassado, mas ninguém parecia cansado. Tomamos mais um café e ficamos batendo papo antes de irmos embora. Era muito bom estarmos juntos.

As reuniões subsequentes foram todas marcadas por muitas discussões produtivas, construções de estratégias diversas, publicitação de experiências de dificuldade e resultados positivos. O compartilhamento dos problemas da rede tornou-se uma prática habitual no Fórum, e nós, pesquisadores acadêmicos, não precisávamos mais ocupar um lugar diferenciado na reunião, incitando processos de cogestão através do Apoio Institucional. Apoiar nessa etapa do processo significava colocarmo-nos ao lado dos trabalhadores para dar força aos movimentos de coletivização que pareciam brotar espontaneamente das mais diversas iniciativas. Isso não significa dizer que os encontros se tornaram harmoniosos, muito pelo contrário. Os embates continuaram acontecendo, na medida em que pontos de vista diferentes se sentiam convocados a participar. Mas, longe de gerar desmobilização e sensação de sobrecarga de trabalho, como ocorria ainda nos

primeiros encontros, os embates passaram a nos alimentar, fazendo a roda girar e se ampliar.

Um instrumento que passou a ser muito valorizado e reconhecido por todos foram as atas das nossas reuniões. Vários trabalhadores compartilharam experiências de reuniões de equipe e também reuniões ampliadas em que as questões eram discutidas mas acabavam se perdendo porque não havia registro em ata. Desse modo, a cada nova reunião surgiam mais e mais problemas para serem resolvidos, e os pontos discutidos nas reuniões anteriores iam se perdendo. Quando isso acontecia, a sensação era de grande impotência diante de problemas que pareciam intermináveis.

No Fórum fazíamos diferente. Ao retomarmos a ata no início de cada encontro começávamos sempre discutindo os encaminhamentos que foram definidos no encontro anterior e perguntávamos aos trabalhadores se havia sido possível proceder tal como planejamos. As perguntas que orientavam esses primeiros momentos de nossas reuniões eram: o que foi possível fazer desde nosso último encontro? Quais avanços e quais dificuldades foram encontradas no caminho? Será preciso redefinirmos algum encaminhamento? O instrumento ata, e principalmente o uso que fazíamos dele, permitia acompanharmos os desdobramentos positivos e negativos de todas as nossas ações coletivas. Na medida em que a ata permitia acompanhar todo o processo, desde o planejamento à execução das ações, conseguíamos garantir no espaço do Fórum o caráter inclusivo e participativo do trabalho de cogestão.

Foi preciso inclusive coletivizar essa função de feitura das atas. Inicialmente centralizada nos pesquisadores acadêmicos, que tinham interesse de registrar as reuniões também para fim de colheita de dados, a feitura das atas passou a ser tarefa compartilhada também pelos trabalhadores assim que percebemos esse problema. Nos demos conta disso apenas em nossa antepenúltima reunião, quando os acadêmicos atrasaram o envio de uma ata, e os trabalhadores cobraram que a entrega da mesma fosse feita dentro do prazo. Descentralizando essa tarefa, em nossas duas últimas reuniões de oferta de Apoio Institucional ao Fórum fizemos a ata a oito mãos – dois acadêmicos e dois trabalhadores.

Mas antes de chegarmos às duas últimas reuniões, vale destacar que nas reuniões ocorridas em 14 de outubro e 11 de novembro de 2013, bem como na reunião de 13 de janeiro de 2014, o Fórum trabalhou como nunca. O levantamento dos usuários cadastrados no CAPS e na Casa Azul, a classificação dos mesmos por intensidade de

tratamento, a definição de técnicos de referência e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares foram realizados com muito afinco pelas equipes, que tornaram possível a cogestão e o trabalho em rede. A velocidade das transformações era tamanha e as estratégias que criávamos iam dando tão certo que as vezes até nos esquecíamos de como foi difícil forjar o Fórum no início desse processo.

Foi no encontro de 14 de outubro que a coordenadora da Casa Azul fez uma primeira apresentação do levantamento realizado no serviço, mostrando que, após a identificação e retirada dos prontuários inativos, passou-se do número de 5.000 usuários cadastrados para o número de 2.409. Isso significa que haviam mais de 2.500 prontuários “fantasmas”, ocupando os arquivos. Depois desse grande trabalho de organização dos arquivos, foi feito o trabalho de identificação das referências técnicas dos usuários. Descobrimos que esses 2.409 usuários estavam referenciados aos 14 profissionais que compõem a equipe multiprofissional do serviço da seguinte maneira: 3 psiquiatras são referência para 2.215 usuários, 5 psicólogos são referência para 109 usuários, 2 fonoaudiólogos para 61 usuários, 1 preparador físico para 18 usuários, 1 musicoterapeuta para 14 usuários, 1 assistente social para 20 usuários e 1 psicopedagoga para 15 usuários. A coordenadora da Casa Azul mal acabava de apresentar os dados, e vários trabalhadores já argumentavam, contestando a validade dos mesmos. Identificamos alguns equívocos nos números apresentados, onde os grupos terapêuticos não estavam sendo contabilizados, por exemplo, e a equipe comprometeu-se a rever o levantamento.

Porém, o que mais chamou nossa atenção foi o enorme número de usuários que eram referenciados aos três psiquiatras do serviço, gerando uma média de 730 usuários por psiquiatra. Como os psiquiatras conseguiam ser técnicos de referência de 730 usuários enquanto os demais trabalhadores queixavam-se da sobrecarga de trabalho com menos de 20 usuários referenciados? Alguma coisa muito estranha estava sendo expressa através daqueles dados, não é mesmo?

Os trabalhadores entraram em polvorosa diante do questionamento dos acadêmicos. Disseram que a grande maioria dos usuários referenciados aos psiquiatras procuram atendimento apenas para renovar as receitas e as consultas não duram nem cinco minutos. Devido a tal fato, esses usuários frequentam o serviço pouquíssimas vezes – alguns chegam apenas a comparecer duas ou mesmo uma vez por ano! –, e efeitos nocivos dessa prática se refletem em outros serviços como o Pronto Socorro, por exemplo.

A enfermeira do CAPS, que também trabalhava no Pronto Socorro, afirmou que o maior número de pessoas que dão entrada na emergência em situação de crise são usuários antigos do ambulatório que passaram vários anos sem o tratamento adequado, apenas renovando receita com o psiquiatra. A psicóloga do NASF reforça essa informação, dizendo que a Atenção Básica tem acompanhado um número grande de usuários antigos que frequentavam o CAPS ou outros serviços no passado, mas agora estão apenas comparecendo a consultas pontuais para renovar a receita médica ou comparecendo ao Pronto Socorro quando entram em crise. O grupo começa a lembrar de vários casos que confirmam essa hipótese.

Analisando apenas os dados brutos oferecidos por esse primeiro levantamento da Casa Azul, chamava muita atenção essa enorme disparidade entre o número de usuários referenciados aos psiquiatras e aos demais profissionais. Percebemos que esses números compunham um certo pano de fundo, de onde emergia a crença de que os psiquiatras trabalhavam mais que os outros profissionais, e por isso a ausência deles nas reuniões era tomada como algo absolutamente natural. Apesar dos trabalhadores trazerem vários outros elementos que permitiam analisar os dados brutos qualificando-os, dando a eles outro sentido, no imaginário institucional os psiquiatras tinham justificativa para não estarem ali na reunião do Fórum. Apesar dos trabalhadores não afirmarem isso verbalmente, era assim que eles se posicionavam. Vários insistiam em dizer que não adiantava convidar os psiquiatras para as reuniões porque eles nunca encontrariam tempo para estarem presentes. Considerando que todos os trabalhadores ali reunidos tinham mais de dois vínculos empregatícios em outros municípios da região, mas mesmo assim conseguiam estar presentes na reunião do Fórum, por que apenas os psiquiatras não teriam tempo? Alguma coisa nesse cálculo parecia estranha, não é mesmo? A precariedade das relações entre psiquiatras e demais trabalhadores assumia um caráter diferente das outras modalidades de relações entre trabalhadores. Percebendo essa questão, continuamos reafirmando a importância de convocar os psiquiatras para a discussão.

Outra questão importante que exigia a presença dos profissionais psiquiatras para discussão era referente à organização da porta de entrada do serviço. Uma das portas de entrada do ambulatório era o grupo de recepção, que funcionava dividindo a demanda em emergencial e lista de espera. O agendamento de consultas para os psiquiatras atualmente estava sendo feito apenas para o mês de fevereiro do ano seguinte (lembro que estávamos em outubro), enquanto para os demais profissionais não existia previsão. Novamente

chamou atenção tal disparidade. Por que os psiquiatras, embora estejam com um número tão maior de usuários referenciados, conseguem organizar a demanda, enquanto as outras especialidades não conseguem sequer ter previsão de abertura das agendas para marcação de novos usuários?

Uma psicóloga da Casa Azul falou da dificuldade enfrentada pelos trabalhadores quando abre uma vaga e é preciso escolher entre “um caso de um usuário que está na quinta tentativa de suicídio e outro caso encaminhado pelo Ministério Público que precisa de resposta até amanhã senão o município paga 5000 reais por dia de multa”. O grupo afirma que diante dessas precárias condições de trabalho, ou o trabalhador fica doente ou fica indiferente. Os profissionais que estão na rede há mais tempo lembram que as coisas têm piorado muito nos últimos dez anos: “A gente só está apagando incêndio” diz outra psicóloga do serviço. Diante dessas dificuldades, entendemos que se faz necessário continuar o trabalho de definição dos perfis dos serviços e seguir construindo novas estratégias que naquele momento se faziam urgentes. Uma delas era a organização do grupo de recepção, que não estava funcionando como única porta de entrada do serviço. Além disso, o grupo fazia apenas triagem e marcação de consultas psiquiátricas, ao invés de acolher e trabalhar a demanda dos usuários novos.

Os trabalhadores afirmaram a necessidade de investir no grupo de recepção, seguir ampliando os atendimentos em grupo, ofertar outras atividades no ambulatório como oficinas, criar cargo de oficinairo que ainda não existia no município e tentar contratar mais trabalhadores para ocupar este cargo, apostar na criação de um Fórum Intersetorial, fortalecer a rede de saúde mental aproximando ainda mais os serviços Casa Azul, CAPS e RT e convocar para as reuniões seguintes do Fórum os trabalhadores que estavam se ausentando. Tínhamos muito trabalho pela frente e precisávamos convocar mais gente.

Nossa ação de convocação logo mostrou seus efeitos, e na reunião de 11 de novembro um dos psiquiatras da Casa Azul compareceu ao Fórum. Ao retomarmos nossa discussão sobre o excesso de usuários referenciados apenas aos psiquiatras, esse profissional compartilhou sua experiência conosco relatando dificuldades. Disse que, ao receber um usuário que vai ao serviço apenas para renovar receita, ele sempre tenta fazer um encaminhamento para algum grupo ou mesmo para atendimentos individuais com outros profissionais, mas frequentemente percebe que “o usuário não quer conversar, ele só vem querendo o remédio”. Mas o papel da medicação é substituir a conversa, a

possibilidade de construir outras formas de tratamento? Por que o usuário já chegava querendo apenas a medicação? Como intervir diante dessa demanda do usuário?

Um silêncio hesitante pairou sobre o Fórum. Ao mesmo tempo em que essa questão era identificada como um problema importante, alterá-la não era uma ação simples pois poderia desencadear problemas ainda maiores. E se todos esses usuários que só vão aos serviços renovar suas receitas resolvessem aparecer para procurar outras modalidades de tratamento, o que faríamos? Teríamos condições de acolhê-los? Esbarrávamos na questão da medicação – o tal ponto cego, ou face irreformada da Reforma Psiquiátrica, como nós pesquisadores da GAM costumávamos chamá-la. Na medida em que o psiquiatra compartilhava com o Fórum a dificuldade do trabalho de prescrição medicamentosa, esse problema deixava de ser exclusivamente dele. O ponto cego ganhava visibilidade. Como fazer uma gestão compartilhada desse problema? Como repensar o papel da prescrição medicamentosa?

Os trabalhadores falaram da dificuldade de incluir esses usuários que só procuravam medicação. Como poderíamos nos aproximar deles? Vários problemas eram apontados como empecilhos para realizar essa inclusão: faltava carro para fazer Visitas Domiciliares (VD) às famílias desses usuários, faltavam profissionais nas equipes para atender toda a demanda que chegava ao serviço e ainda viabilizar tempo para sair em VD, faltava identificar quem eram esses usuários e suas famílias que nem mesmo eram conhecidos pela equipe. Os psiquiatras precisavam ajudar, já que eles eram os únicos profissionais que tinham contato, mesmo que esporádico, com tais usuários. O único psiquiatra presente no Fórum se responsabilizou por nos ajudar a continuar convocando os outros psiquiatras. Para criar estratégias de inclusão dos usuários, era preciso primeiro criar estratégias de inclusão dos psiquiatras no Fórum, e então convidá-los a pensar junto com os demais trabalhadores. Era preciso pensar em maneiras de investir na aproximação com esses usuários sem gerar prejuízo ao acolhimento das novas demandas, que não paravam de crescer.

O Fórum falou muito sobre as diversas demandas que o ambulatório recebe atualmente, sendo a grande maioria advindas da Justiça e da Educação. Ressaltamos a importância de construir um Fórum Intersetorial nesse momento, que já vinha sendo desejado e planejado por nós há alguns meses. A Coordenadora de Saúde Mental informa que já conseguiu articular o primeiro Fórum entre Saúde e Justiça, e que o encontro estava

marcado para dia 20 de dezembro. Comemoramos muito essa iniciativa e vários trabalhadores já aproveitaram o ensejo para insistir na necessidade de marcar logo o Fórum com a Educação.

Não seria preciso esperar muito. Já no encontro de 13 de janeiro de 2014 a coordenadora da Casa Azul conta que participou de um encontro convocado pela Secretaria de Educação, Cultura, Esporte e Lazer (SECEL), que reuniu o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e a Casa Azul. Segundo ela, a reunião foi muito proveitosa. Nela a SECEL apresentou um posicionamento crítico diante dos encaminhamentos que vinham sendo feitos para a Casa Azul. Naquele momento, mais de noventa crianças estavam sendo encaminhadas todos os meses para a Casa Azul, acompanhadas de pedidos de avaliação de possíveis transtornos de atenção e aprendizagem. Identificando a complexidade da demanda que perpassa os três setores, foi proposta a criação de reuniões intersetoriais entre Educação, Saúde e Assistência Social, a serem realizadas com frequência trimestral.

O Fórum comemorava novamente. As rodas estavam ganhando vida própria. Entendemos que essa iniciativa da SECEL era uma importante oportunidade para construirmos o Fórum Intersetorial que estávamos desejando. A coordenadora da Casa Azul propôs que planejássemos a apresentação de dois casos clínicos que atravessassem os setores envolvidos para levar à reunião seguinte. Outros trabalhadores aprovaram a ideia e se comprometeram a ajudá-la. Pensamos juntos na necessidade de escolher um caso que tensionasse vários serviços de vários setores e que deixasse claro para todos a importância de fazer rede.

O trabalho do Apoio Institucional extrapolava os limites do Fórum. Os trabalhadores, uma vez apoiados por nós, agora se tornariam também disparadores de processos de cogestão em outras rodas. Para nós, ficava cada vez mais claro que o trabalho do Apoio Institucional funcionava na medida em que disseminava a cogestão para além daquele espaço. Além do Fórum Saúde e Justiça e do Fórum Intersetorial, os trabalhadores estavam engajados na montagem do III “Encontrão” da RAPS, marcado para o dia 21 de fevereiro. Com o fortalecimento do Fórum de Trabalhadores da RAPS, foi se tornando possível, desejável e viável investir nessa ampliação da rede. O Fórum Saúde e Justiça e o Fórum Intersetorial nasceram desse desejo que, aos poucos, foi se

disseminando em São Pedro da Aldeia: “agora fazer rede tá na moda!” – afirmava uma trabalhadora aos risos.

Essa mudança nos modos de fazer gestão também mostrava efeitos na prática cotidiana de cuidado em cada um dos serviços – afinal, atenção e gestão não se separam. A equipe da Casa Azul contou que, nos grupos de recepção, muitos usuários que chegavam pedindo remédio percebiam, depois de alguns encontros, que precisavam mudar alguns hábitos, conversar sobre seus problemas, fazer exercício físico, cuidar da alimentação, dedicar mais horas ao sono, divertir-se, entre tantas outras coisas, e a demanda por medicação ganhava outros encaminhamentos possíveis. A equipe da RT dava notícias da atualização dos PTS dos moradores, e a equipe do CAPS contava que estava construindo um “Projeto de Produção”. Isso significava que os usuários estavam sendo convocados pelos trabalhadores para conversar sobre suas aptidões e interesses, com o objetivo de produzir um PTS de forma compartilhada, de acordo com a singularidade de cada um. A equipe passou a afirmar que os usuários não precisavam ficar presos aos grupos terapêuticos e oficinas já existentes no CAPS, podendo propor novas oficinas e novos grupos.

O grupo GAM, por exemplo, era um grupo que estava tendo sua continuidade demandada pelos usuários, e os trabalhadores estavam mais atentos a esse tipo de reivindicação, tentando construir mais parcerias com usuários e familiares. A criação da Associação de Familiares e Usuários era outro exemplo dessas novas iniciativas que estavam sendo valorizadas pela equipe do CAPS. Quando perguntados sobre os usuários que estavam afastados, comparecendo apenas às consultas psiquiátricas, a coordenadora contou que vinha fazendo muitos contatos por telefone e algumas VD, mas afirmou também a importância de criar novas ofertas para que esses usuários que não iam ao CAPS se interessassem em frequentá-lo. Lembrou ainda que estavam sendo ofertadas várias possibilidades fora do CAPS e que a equipe vinha esticando suas ações para se articular com as oficinas do CRAS, do Horto Escola e da Academia da Terceira Idade que ficava na praça da praia.

Nessa etapa do trabalho de Apoio Institucional, podíamos olhar para trás e enumerar muitos avanços. Olhando ao redor, percebíamos o crescente engajamento dos trabalhadores e sabíamos que os avanços continuariam a passos largos. Os pesquisadores-apoiadores sentiam então que era hora de olhar para frente, seguir adiante, levar a

pesquisa para outros campos e encerrar nossa participação no Fórum de Trabalhadores da RAPS de São Pedro da Aldeia.

Já havíamos definido nossa agenda com os trabalhadores e todos sabiam que a pesquisa estaria no Fórum até o mês de maio. Diante da aproximação da data de saída dos pesquisadores, percebemos que alguns trabalhadores colocaram em dúvida a capacidade do grupo de manter o Fórum ativo como ele estava naquele momento. Conversamos sobre a necessidade de cuidar da saída do grupo de pesquisa, para não gerar desmobilização entre os trabalhadores, principalmente porque já havíamos sentido na pele o efeito que mudanças descuidadas podiam produzir na rede. Nesse sentido, nós entendemos que era importante fazer uma articulação que garantisse a continuidade do Apoio mesmo após a saída do grupo de pesquisa e combinamos então que entraríamos em contato com os apoiadores da Secretaria de Estado de Saúde (SES).

O grupo de pesquisa agendou uma reunião com a SES no dia 13 de fevereiro de 2014. Reunimo-nos entre quatro pesquisadores e dez apoiadores da SES. Lembramos que estivemos lá pela primeira vez no ano de 2010, quando recebemos a indicação para que a pesquisa fosse realizada no município de São Pedro da Aldeia.

Quatro anos depois, nosso grupo de pesquisa apresentava os resultados desse intenso processo, que culminou na oferta de Apoio Institucional ao Fórum dos Trabalhadores da RAPS. Naquele momento, nossa equipe de pesquisadores estava preparando a saída do município de São Pedro da Aldeia e a entrada no município de Rio das Ostras, onde será desenvolvida uma nova fase da pesquisa. Para realizar tal empreitada, estávamos ali solicitando o Apoio da SES.

Nosso desejo era favorecer a continuidade do Apoio Institucional ao Fórum, depois de nossa saída. Fizemos uma apresentação onde enumeramos os vários avanços que o Fórum vinha construindo na direção da cogestão do trabalho e da ampliação e fortalecimento da rede. Falamos da construção do Fórum Saúde e Justiça e do Fórum Intersetorial, mostrando que as rodas estavam se multiplicando pela rede. Nós, pesquisadores, esperávamos que, com o Apoio da SES, esse processo continuasse em curso.

Os apoiadores ficaram impressionados e demonstraram muito interesse em se aproximar mais dos Fóruns. Foram vários os comentários elogiosos, mas também foram

várias as dificuldades apresentadas. Os apoiadores falaram de suas limitações, já que hoje contam com condições de trabalho muito precárias e um quadro muito reduzido de profissionais. Para atender toda a demanda da região da Baixada Litorânea – que é composta pelos municípios de São Pedro da Aldeia, Cabo Frio, Búzios, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras, Araruama, Iguaba Grande, Arraial do Cabo e Saquarema –, a SES conta com dois apoiadores. Isso significa que dois profissionais são responsáveis por oferecer Apoio Institucional a nove municípios – uma média de quatro municípios e meio para cada um. Foi quase automática a comparação estabelecida por nós – geralmente éramos quatro pesquisadores para um município.

Muitos apoiadores falavam dessa situação com indignação e mostravam desaprovação diante das ações do governador que, segundo eles, estava desmantelando a SES, bem como toda a Saúde Pública no Estado do Rio de Janeiro. Alguns disseram que, diante dessas condições, não estava sendo possível ofertar Apoio, mas apenas “apagar incêndios”. Qualquer semelhança com a realidade precária do município de São Pedro da Aldeia não é mera coincidência.

Combinamos então, a participação dos dois apoiadores da Baixada Litorânea na reunião seguinte do Fórum dos Trabalhadores da RAPS, que estava marcada para o dia 17 de março. Seria esse nosso décimo encontro de Apoio Institucional e também a penúltima vez em que nos reuniríamos com os trabalhadores no Fórum.

Nesse dia, chegamos a São Pedro da Aldeia mais cedo do que de costume, porque marcamos uma reunião com os apoiadores da SES e a coordenadora de Saúde Mental do município pela manhã. O objetivo era tratarmos do encerramento da pesquisa e da participação dos apoiadores no Fórum da RAPS e no Fórum Intersetorial. Além disso, a pesquisa estava se responsabilizando por tornar mais estreita essa parceria entre o Município e o Estado, tornando-os corresponsáveis pela continuidade dos Fóruns.

A coordenadora abriu a reunião com uma lista de notícias: 1) o Fórum dos trabalhadores da RAPS entrou no planejamento estratégico do município daquele ano; 2) foi dada entrada no processo de mudança de tipificação do CAPS Casarão da Saúde que passará de CAPS I para CAPS II; 3) o município estava buscando adquirir casa própria para alocar a Residência Terapêutica; 4) o município avaliava possibilidade de construção de um CAPSi ainda naquele ano; 5) estava sendo discutida a possibilidade de contratação de um supervisor clínico-institucional para a RAPS; 6) estava sendo construída uma boa

parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e seria possível abrir algumas vagas para contratação de mais profissionais para as equipes.

Esse gesto, que pareceu uma prestação de contas, chamou-nos atenção. Percebemos que a coordenadora entrava em uma relação de subordinação com os apoiadores, que os colocava no lugar de fiscalizadores e não de responsáveis pela oferta de Apoio Institucional. Encerradas as notícias dadas pela coordenadora, os apoiadores elogiaram muito as iniciativas, mas também pontuaram que já existia a indicação da SES para que todos os municípios criassem seus Fóruns de rede. Percebemos que os apoiadores sustentavam a relação de verticalidade com a coordenadora e que as indicações a que se referiam eram tomadas como prescrições pela última. Essa relação de verticalidade forjava termos estranhos: de um lado, a coordenadora submissa; de outro lado, os apoiadores prescritores. Percebemos, naquele momento, que a pesquisa precisaria intervir para viabilizar outras relações e forjar outros termos.

Também parecendo perceber a relação de verticalidade que se estabelecia, os apoiadores da SES perguntaram se a participação deles nas reuniões do Fórum da RAPS não poderia interferir no funcionamento do dispositivo de maneira negativa, reduzindo a autonomia dos trabalhadores, na medida em que os apoiadores eram do “Estado” e a reunião era do “Município”. Eles afirmaram que estavam sempre à disposição para oferecer Apoio Institucional nas situações em que fossem demandados, mas que não estavam ali para interferir na autonomia dos municípios, a não ser em casos que exigissem intervenção por ultrapassarem as possibilidades de resolução nessa esfera de governo. Apesar de percebermos o clima prescritivo e burocratizado que assumiu essa reunião, insistimos na aproximação que estávamos visando promover. O grupo de pesquisa afirmou que estava construindo junto aos trabalhadores no Fórum um sentido de autonomia compartilhada e que a cogestão dos processos de trabalho entre RAPS e apoiadores da SES estava sendo vista como algo positivo. Para nós, essa era uma excelente oportunidade para criar novas relações de corresponsabilização entre Estado e Município.

Apostamos que a inserção no Fórum poderia alterar essas relações verticalizadas que estavam sendo estabelecidas entre apoiadores e coordenadora. O movimento coletivo que experimentávamos no Fórum já havia dissolvido relações burocratizadas e prescritivas muitas e muitas vezes. De fato, a participação dos apoiadores e da

coordenadora no Fórum foi bastante diferente daquela experimentada na reunião anterior. Muitos trabalhadores já conheciam os apoiadores de outras ocasiões e os receberam amigavelmente. Várias conversas informais antes do início do Fórum já serviram para quebrar o tom de formalidade que experimentávamos na outra reunião. Apesar de percebermos um tom um pouco mais formal do que de costume no início da reunião, ao longo da mesma já estávamos todos nos colocando na roda sem nenhum constrangimento aparente.

Os trabalhadores ficaram tão envolvidos em cada uma das pautas da reunião – revendo os encaminhamentos pendentes, discutindo os dados atualizados referentes ao PTS dos usuários do CAPS, da RT e da Casa Azul, dando os informes das reuniões do Fórum Saúde e Justiça e do Fórum Intersetorial – que não houve tempo para discutirmos o sentido da presença dos apoiadores da SES no Fórum. No geral, os trabalhadores pareceram receptivos e se mostraram satisfeitos por ter seu trabalho reconhecido pelos apoiadores. Já os apoiadores pareceram gostar do que viram e se comprometeram a retornar quando solicitados.

Com a garantia da continuidade da oferta de Apoio, nós, pesquisadores, sentíamos que podíamos construir nossa saída. A parceria com a SES, para nós, era uma maneira de cuidar do Fórum nessa passagem. Apostando nessa parceria, marcamos nosso último encontro, que aconteceu no dia 26 de maio de 2014.

A coordenadora deu início à reunião convidando a todos para o terceiro encontro do Fórum Intersetorial, que já fora marcado para o dia 02 de junho. Um trabalhador informa que criou uma lista de e-mail que já estava funcionando muito bem. Muitos trabalhadores falavam do Fórum Intersetorial com orgulho, e reconhecemos que esse espaço foi uma grande conquista daqueles que, reunidos no Fórum de Trabalhadores da RAPS, foram identificando uma série de demandas que exigiam mais parceiros.

Um pesquisador acadêmico perguntou se os apoiadores da SES já haviam sido convocados e avisados da data da reunião do Fórum Intersetorial. Lembramos que eles haviam se comprometido a participar desses encontros caso fossem solicitados. A coordenadora afirmou que não havia feito o convite ainda, e os demais trabalhadores nada comentaram. Percebemos que a presença dos apoiadores era ainda tida como algo excepcional, distante da rotina da rede. Além disso era visível que tanto a coordenação quanto os demais trabalhadores resistiam em fazer o convite, porque pareciam estabelecer

uma relação de verticalidade com a SES, como se a mesma fosse apenas responsável por cobrá-los, avaliá-los e não por apoiá-los.

Questionamos esse modo de relação que estava sendo ali expresso, conversando sobre o trabalho do Apoio Institucional e sua aposta na cogestão. Foi preciso questionar a lógica que sustentava essa relação improdutiva para garantir que os trabalhadores saíssem da posição de submissão e medo diante da SES. Reconhecendo que o caráter cogestivo daquele espaço de discussão que era o Fórum permitia um modo de relação mais horizontal, os trabalhadores julgaram importante convidar os apoiadores da SES. Enviamos então uma mensagem para os dois, que prontamente responderam confirmando presença na reunião.

Conversamos muito sobre a importância de cuidar dos espaços que havíamos construído juntos com tanto esforço, principalmente o Fórum de Trabalhadores da RAPS, o Fórum Intersetorial e a Associação de Usuários e Familiares. Essas eram grandes conquistas daquele coletivo, mas sabíamos que, apesar de serem muito difíceis de construir, esses espaços podiam facilmente minguar e desaparecer se não houvesse um cuidado e um engajamento constantes com a manutenção deles. Todos se comprometeram a seguir cuidando dos espaços e convidando mais pessoas, pois, apesar de termos crescido em número, sabíamos que menos da metade dos trabalhadores da rede estavam ali reunidos. Onde estavam os outros? Como faríamos para construir com mais trabalhadores a corresponsabilização pelo funcionamento dos espaços coletivos de discussão?

A necessidade de seguir fortalecendo a rede se mostrou pauta prioritária e muita expectativa estava sendo depositada na Associação de Familiares e Usuários. Conversamos sobre a recém-criada ASSAMESPA (Associação da Saúde Mental de São Pedro da Aldeia), que estava enfrentando dificuldades para conseguir seu CNPJ. A primeira Assembleia para aprovação do estatuto já fora feita, e agora o grupo só estava terminando os últimos ajustes no documento. A maior dificuldade dizia respeito ao pagamento da taxa para retirada do CNPJ. Como a Associação não tinha nenhuma fonte de renda, tomaram uma iniciativa para arrecadar fundos: a abertura de um livro de doações onde as pessoas podiam assinar e fazer qualquer contribuição em dinheiro. A trabalhadora diretamente envolvida com o grupo de familiares do CAPS perguntou então como o Fórum poderia ajudar a Associação nesse momento. Pensamos juntos em duas

estratégias: fazer uma grande rifa que seria vendida em todos os serviços da rede e fazer uma chamada pública em jornal local de grande circulação para recolher doações.

Um compromisso importante no qual a recém-criada ASSAMESPA já estava envolvida era o X Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que aconteceria dentro de poucos dias na UFF em Niterói. Os trabalhadores reconheceram a importância de garantir a participação da ASSAMESPA nesse encontro e se mobilizaram para conseguir que a prefeitura fizesse o traslado dos membros da Associação de São Pedro para Niterói. Participar desse encontro era uma maneira de levar nossa voz ainda mais longe, conectando-nos com um coletivo ainda maior.

Nós, acadêmicos, encerramos nossa participação no Fórum com uma avaliação muito positiva. Os trabalhadores diziam “É muito importante continuar cuidando de quem cuida”, “Isso aqui foi muito bom porque vocês estimularam, deram um gás novo!”, “Foi diferente porque vocês pegaram na mão da gente, não ficaram olhando de cima e cobrando”, “Foi uma troca muito rica”, “Foi uma luta e tivemos muitas conquistas”, “Coisas que nem imaginávamos fazer hoje são bem mais fáceis”, “Hoje a rede tá mais amarrada, apesar de ainda ter muitos furos”. Foi com uma enorme sensação de gratidão, de alegria pela partilha e pela partida que nos despedimos do Fórum.

Agora, acadêmicos e trabalhadores seguiriam enfrentando desafios diferentes por caminhos diferentes. Mas nossos projetos em comum continuariam existindo, tornando sempre possível lembrarmos do intenso processo de produção que nos conectara. Era preciso seguir adiante, com a mesma paciência que experimentamos, com a mesma insistência que move as ondas do mar.

3.2 – Apoio Matricial e a consolidação dos grupos GAM no CAPS.

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. Inicialmente estávamos reunidas 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 Marcia 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 guia GAM: dinâmicas, desenhos e dramatizações iam compondo a experiência do grupo, ao lado da leitura do guia, a fim de tornar o trabalho mais interessante para aqueles que já participaram dos dois grupos anteriores e mais atrativo para os novos usuários. 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 propôs no primeiro encontro do grupo, a partir das perguntas do primeiro passo do guia.

Nesse início foi difícil incluir os monitores e convidá-los a participar mais ativamente da coordenação do grupo. Conversamos sobre nossas expectativas em relação a esse lugar da monitoria, questionando um certo modelo que era definido por nós a partir da comparação entre as experiências dos grupos GAM nos demais campos da pesquisa (principalmente Rio Grande do Sul e São Paulo). Entendemos que esses lugares apresentavam realidades bastante diferentes de São Pedro da Aldeia e já acumularam uma trajetória de trabalho com a GAM bem mais longa. Foi importante valorizar o modo particular como cada usuário participa do grupo, sem comparações ou criações de expectativas sobre a forma como essa participação deveria ocorrer. Deixamos de lado as noções de certo e errado e investimos nas singularidades, nas diferenças e nos desvios.

Desviar dos temas que estão sendo propostos pelo guia parecia ser uma especialidade dos participantes dos grupos GAM! Mônica nos lembrou que o psicólogo trabalha sempre com o desviante e, na medida em que o grupo é um espaço de cuidado, ele pode acolher essas experiências que a princípio nos pareceram estranhas ou sem sentido. Sara trouxe a experiência do primeiro grupo GAM realizado no CAPS, onde

percebeu que os pesquisadores da UFF (Jorge, Paula e Sandro) se interessavam por isso e utilizavam as histórias desviantes dos usuários para retomar as perguntas do guia. A direção da GAM parecia ser esta: desviar junto com o usuário e o familiar se aproximando das histórias de vida, da experiência, mas também fazer essa experiência desviar e encontrar os temas do guia. Aqui nas reuniões de apoio também desviamos juntos para muitos lados nesses nossos treze encontros!

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 “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. 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.

Muitas vezes foi difícil estimular a participação, como na ocasião em que as trabalhadoras diziam que nos grupos GAM “a gente pergunta e eles não falam”. Discutimos o caso de um usuário que durante a dinâmica da rede de apoio desenhou um vulcão. Na época ele não contava com nenhuma rede de apoio estruturada, apesar de estar passando por um momento bastante crítico, “prestes a explodir”, como disse Sara. Rimos juntos enquanto Renata se surpreendia com os sentidos que íamos desenhando no grupo, a partir do qual a ligação entre o vulcão e a ausência da rede de apoio se tornou visível: “às vezes a gente olha e não vê sentido nenhum, depois a gente vai ver que tem todo sentido!” dizia ela.

Uma situação recorrente sempre nos impressionava. É que a discussão sobre medicação nos grupos GAM geralmente levantava o tema da internação. As trabalhadoras afirmavam que os usuários entendem a pausa no uso da medicação como sinônimo de crise e de internação. Devido a essa associação, e ao medo da internação,

os usuários parecem ter medo de discutir a questão da pausa ou diminuição da medicação. Conversamos muito sobre nossos incômodos com as respostas rápidas, repetitivas e aparentemente automáticas que muitas vezes os usuários davam às perguntas do guia. Nesse momento lembramo-nos da experiência do grupo de familiares com as pesquisadoras da UFF (Letícia, Júlia e Lorena) e de como ficou clara ali a importância de ouvir várias vezes a mesma história para que algo novo pudesse surgir. Renata falou da sua formação em Musicoterapia e disse que lá os profissionais chamam isso de Ritornelo. Sara pergunta o que é isso e Renata desenha o símbolo do Ritornelo na partitura, explicando que não é possível repetir uma nota ou uma música sem incluir ao menos alguma coisinha de diferente. “Por mais que a gente tente repetir tem sempre uma coisa que sai diferente, é sempre diferente” explicou Renata.

Destacamos muitas vezes a importância de estar em articulação com outros espaços, além do CAPS e dos serviços de saúde, entrando em contato com experiências diferentes. As trabalhadoras se queixavam bastante pelo fato dos usuários não tomarem essa iniciativa e ficarem “muito presos apenas ao tratamento”. Alguns usuários pareciam ser muito dependentes de suas famílias e dos trabalhadores do CAPS. Renata disse que, apesar de insistir para que os usuários procurem saber das atividades oferecidas pelo CRAS ou pelo Horto Escola, apenas um ou dois se interessaram e foram buscar esses espaços. Percebemos que a rede não estava articulada e por isso era mais difícil para os usuários transitarem entre os serviços. Sara ressaltou mais um agravante: a questão do passe que restringe o direito dos usuários a duas passagens diárias (uma para ir ao CAPS e outra para voltar para casa). Felizmente a questão do passe foi resolvida, e a necessidade de articulação dessa rede vem sendo discutida no Fórum dos Trabalhadores da RAPS de São Pedro da Aldeia.

Ao longo desse nosso trabalho, fomos acompanhando alterações muito importantes. O grupo de familiares, por exemplo, continuou acontecendo todas as terças à tarde, mesmo quando Mônica ficou de férias. As monitoras Marli e Leonor ficaram responsáveis por pegar os guias e o caderno de ata com Sara e por moderar a reunião, inclusive acolhendo os novos participantes que chegaram nesse mês. Ficamos muito felizes de ver que havia ali uma grupalidade que se mantinha mesmo sem a presença da profissional. Os familiares foram cada vez mais se corresponsabilizando pelo cuidado daquele espaço. No grupo de usuários, Ana Marcia teve importante participação, fazendo um resumo dos temas que já haviam sido discutidos, escolhendo uma pergunta e

jogando de volta para o grupo. Ela também explicou o efeito dos antidepressivos e calmantes para um usuário que fez uma pergunta sobre seus remédios. As contribuições de Mateus também foram muito enriquecedoras. Renata enfatizou o quão diferente é atender Mateus individualmente e vê-lo no grupo GAM onde ele se organiza, o pensamento flui, e ele consegue se estruturar muito melhor.

Renata também se surpreendeu com uma conversa no grupo GAM onde os usuários falavam sobre as vozes que ouvem. Ela pôde perguntar “O que essas vozes dizem? São coisas ruins, coisas boas?”. Uma usuária relatou que sua voz diz que ela “é linda e vai se casar”. Foi muito importante ouvir o que os usuários ouvem. Falávamos muito sobre a necessidade de fazer um deslocamento dos nossos pontos de vista, e entendemos que houve nesse caso um “deslocamento do ponto de ouvido”! Essa experiência foi tão bacana que gerou efeitos no Grupo de Expressão do CAPS, também coordenado por Renata, e lá os usuários puderam encenar o que as vozes lhes dizem usando as ferramentas do teatro.

Os efeitos dos grupos GAM se espalharam tanto que um dia Sara veio nos contar que levou o GAM para Rio das Ostras! Alguns usuários de lá ficaram muito animados dizendo que iam “ganhar um livro” e começaram a convidar os outros para participar do “estudo do livro”. Neste município, os usuários pareciam ser mais ativos e contar com mais recursos. Segundo as trabalhadoras, os usuários de São Pedro da Aldeia pareciam ser mais passivos, e elas associavam isso à situação do município, onde há muita violência intrafamiliar, pobreza, corrupção, violação dos direitos entre outros problemas que geram medo e passividade nos usuários. 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.

Lembramos que as reivindicações dos usuários são feitas na Assembleia, onde muitas vezes já foi discutida a questão da qualidade da comida do CAPS e até hoje essa questão não foi solucionada. As trabalhadoras dizem que nunca há um retorno para os usuários que os estimule a levar à frente suas reivindicações. Para elas também é muito frustrante. Parece que reivindicar “não adianta”, então acabam desistindo. Falamos que a criação de uma Associação seria importante para legitimar estas reivindicações e buscar soluções através de projetos coletivos, assim como tem acontecido no Fórum de Trabalhadores. Mateus afirma que projetos são necessários para as empresas e lembra da novela “Da cor do Pecado”, onde o personagem Paco tinha uma Associação e se sentia bem. Lorena enfatiza que é por isso mesmo que a pesquisa apoia a construção de uma Associação, através da qual poderiam realizar projetos como o feitiço da horta, projetos de geração de renda, etc. Ana Marcia conta que já existiu um projeto de Associação, mas algo aconteceu e acabou. Ela lembra que depois disso tivemos uma roda de conversa com a Iracema Polidoro no CAPS, onde falamos um pouco sobre a experiência da APACOJUM e dos benefícios que uma Associação pode trazer para usuários e familiares. Ana Marcia diz que gostaria de fazer parte de uma Associação e Lorena destaca o lugar diferenciado que ela e Mateus ocupam, agora que são monitores do grupo GAM, a partir do qual eles podem ajudar a puxar essa discussão junto aos usuários e dar força pra esse projeto, engajando-se na Associação.

E, por falar em projeto, quando o grupo de usuários estava no 5º passo do guia GAM houve uma conversa sobre os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Todos sabiam quem eram seus profissionais de referência, mas ninguém sabia quais eram seus PTS. Ficou como tarefa para o grupo descobrir o que é um PTS e qual é o PTS de cada um. Muitas experiências foram sendo trocadas nesses grupos. Alguns usuários sabiam quando estavam prestes a entrar em surto e podiam comunicar isso ao técnico de referência. Outros usuários preferiam não se expressar muito quando estavam tristes, mas permaneciam presentes no CAPS. Os monitores destacaram a importância de retomar a prática de passar uma lista de presença no grupo, para que todos pudessem assinar seus nomes e registrar sua participação. Disseram que essa lista ajuda a criar conexão com o grupo e que atualmente essa prática se perdeu. A resolução dessa tarefa

demorou um pouco pra sair do papel, mas no nosso último encontro de apoio vimos o livro preto de ata que agora está servindo para colher essas assinaturas no grupo GAM.

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 NAVI para finalizar o estatuto. Mônica sempre trazia novas notícias do processo de construção da Associação e nos contou quando foi marcado o “Encontrão” na Casa Azul com todos familiares da rede para oficializar a Associação e aprovar o estatuto. Os familiares confeccionaram cartazes que foram colados nos murais de todos os serviços, convidando familiares e usuários para esta assembleia. A trabalhadora destacou a importância de não ficar “à frente” desta reunião, responsabilizando-se pela tarefa de apresentar a Associação. Entendemos que cabe aos familiares assumir esse protagonismo, mas que os técnicos devem estar ao lado deles, apoiando-os. Conversamos sobre a necessidade de dar força, de apoiar essa iniciativa, valorizando a participação dos familiares. Ficamos muito felizes com toda essa mobilização que a Associação está gerando. Esses novos militantes inclusive marcaram presença no Encontro Nacional da Luta Antimanicomial na UFF de Niterói onde Sara, Mônica e Ana Marcia foram delegados estaduais.

Renata contou da reunião de planejamento do novo grupo GAM com usuários, que estava prestes a recomeçar 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 a 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. Mateus diz que os pesquisadores 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.

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. Mateus dá o exemplo do psiquiatra e diz que este trabalhador às vezes chega ao CAPS e não pergunta se a pessoa está bem, já sai dizendo que precisa atender. Destaca que o trabalho dele é muito difícil, pois ele tem que lidar com muitos quadros diferentes e entender muitas cabeças. 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.

Uma das estratégias foi garantir a permanência dos grupos GAM no CAPS. Renata contou que foram entrando participantes diferentes nesta nova fase do grupo de usuários que começava. Destacou algumas atitudes de Mateus e Ana Márcia como monitores. Ambos têm sido muito acolhedores e compreensivos. Mateus disse que ser monitor, para ele, traz harmonia. Falou um pouco da sensação no corpo quando está na relação com os outros, e lembrou que no grupo as pessoas ainda estão tímidas para falar disso, das sensações. Os participantes apresentam quadros clínicos diferentes e ainda

estariam se entrosando, sem saber ainda por que cada um está no CAPS, o que os levou até lá. Entendemos que essa necessidade de falar sobre as sensações no corpo também atravessava nossa reunião naquele momento.

ENCAMINHAMENTOS: Combinamos que no nosso último encontro do grupo de apoio falaremos das nossas sensações e faremos uma despedida com direito a almoço!

Iniciamos esse subcapítulo com a narrativa que lemos juntos em nosso penúltimo encontro do grupo de Apoio Matricial realizado no CAPS Casarão da Saúde em São Pedro da Aldeia. Essa narrativa foi escrita pelas duas pesquisadoras acadêmicas e submetida à avaliação das trabalhadoras e dos monitores usuários em um dispositivo que chamamos de Grupo Focal Narrativo.

O Grupo Focal Narrativo é um dispositivo que visa ampliar a participação dos atores envolvidos no processo de pesquisa, acompanhando os efeitos de narratividade produzidos quando incluímos pontos de vista diferentes (MIRANDA et al, 2008). Tal dispositivo opera através de um encontro pontual onde uma narrativa, escrita pelos pesquisadores acadêmicos, é lida e avaliada coletivamente por todos os integrantes do grupo em questão. A narrativa transforma a experiência do grupo em discurso, e permite que o grupo se repositone diante desse discurso, modificando-o se assim o desejar. O Grupo Focal Narrativo é um encontro que permite ao grupo assumir novas perspectivas diante de sua própria experiência e também se configura como um espaço de acolhimento de novas narrativas que podem ser produzidas a partir daquela ofertada pelos pesquisadores acadêmicos.

É importante frisar que, para escrever uma narrativa, não basta fazer uma simples descrição do ocorrido nas reuniões do grupo, tal como uma ata, nem uma reprodução literal das falas dos participantes, tal como uma transcrição. 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.

Para fazer funcionar um Grupo Focal Narrativo, aquele que faz a leitura para o grupo precisa entrar em contato com o plano comum que conecta a experiência de cada um dos participantes e permite a comunicação entre eles. É preciso ler a narrativa junto com os participantes, acolhendo sugestões, comentários, críticas, alterações, elogios, e todo tipo de contribuições que pode surgir.

Diante da possibilidade de escutarem as narrativas que eles próprios construíram, os participantes dos grupos voltaram-se para uma espécie de meta-análise. Confirmaram as argumentações, aprofundaram as discussões, manifestaram mudanças em relação à situação inicial, reviram falas, surpreenderam-se e incomodaram-se consigo mesmos. (MIRANDA et al, 2008, p. 269).

Tal como as referidas autoras nos mostram através da experiência de pesquisa que desenvolveram, quando lemos no grupo uma narrativa que trata da experiência daquele próprio grupo, a narrativa pode possibilitar aos participantes a criação de uma certa distância em relação àquilo que experimentaram, e essa distância permite olhar para a experiência a partir de outro ângulo, descolar-se de uma perspectiva enrijecida, produzindo novas ressonâncias, ensejando novos pontos de vista. Os participantes podem se surpreender com o que disseram, discordar de um ponto de vista que antes defendiam, relembrar de questões que porventura tenham sido esquecidas, sempre trazendo novos elementos para a discussão.

Com o uso do dispositivo do Grupo Focal Narrativo, visamos garantir a inclusão dos participantes na análise do material de campo da pesquisa, que geralmente é considerada uma etapa separada do próprio processo de pesquisa de campo e desenvolvida exclusivamente pelos pesquisadores acadêmicos⁸. Incluindo os participantes no processo de análise, queremos radicalizar a aposta na participação, orientados pela metodologia de pesquisa-intervenção participativa que performatizamos com a GAM.

Em linhas gerais, podemos afirmar que o dispositivo do Grupo Focal Narrativo atingiu seu objetivo. A narrativa que lemos no início desse subcapítulo foi muito bem recebida pelas trabalhadoras e pelos usuários no encontro do grupo de Apoio Matricial e foi capaz de disparar férteis análises do nosso percurso de pesquisa. O grupo teceu uma série de comentários, reconhecendo-se em muitos trechos da narrativa, surpreendendo-se

⁸ Vale aqui fazer referência ao trabalho da pesquisadora Letícia Renault. "A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da Gestão Autônoma de Medicação". Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal Fluminense no ano de 2015.

com as mudanças, dando-se conta da dimensão do trabalho que tinha sido realizado por nós. As trabalhadoras, especialmente, ficaram muito impressionadas e solicitaram uma cópia da narrativa para divulgarem entre os demais trabalhadores da rede.

Apesar da leitura da narrativa ter reacendido outras discussões que não tinham sido contempladas diretamente no material, o grupo preferiu não sugerir alterações na estrutura do texto, que considerou muito boa. A leitura da narrativa disparou uma espécie de retrospectiva de todo o processo de pesquisa, fazendo com que a despedida das acadêmicas fosse acompanhada por uma avaliação positiva. A partir das questões mais importantes que foram destacadas nessa retrospectiva, queremos aqui no presente subcapítulo levantar algumas discussões sobre nossa experiência de Apoio Matricial que tomou como matriz tecnológica a Gestão Autônoma da Medicação. Nosso objetivo aqui é mostrar como experimentamos a tradução entre diferentes perspectivas no dispositivo de Apoio Matricial.

Tal como dito no início da narrativa, essa experiência ocorreu de maio de 2013 a junho de 2014, perfazendo um total de treze encontros. Planejamos a criação do dispositivo de Apoio Matricial quando os trabalhadores e usuários manifestaram o desejo de iniciar um novo GIU e os familiares manifestaram o desejo de continuar o GIF que já estava acontecendo no CAPS. Nós, acadêmicos, entendemos que era oportuno ofertar apoio a essas iniciativas porque assim seria possível transformar os grupos GAM em dispositivos permanentes, que poderiam compor as ofertas do CAPS ao lado das outras já existentes. Desse modo a GAM passaria a ser uma tecnologia do próprio CAPS, e não mais uma tecnologia ofertada apenas pelo grupo de pesquisa. Entendemos que a apropriação da GAM pelo CAPS era um importante índice de corresponsabilização pela cogestão dessa tecnologia, que nunca foi pensada como propriedade exclusiva do grupo de pesquisadores acadêmicos.

Nesse sentido, o dispositivo de Apoio Matricial inicialmente configurou-se como um espaço de discussão coletiva acerca da experiência dos trabalhadores do CAPS que estavam diretamente envolvidos no manejo dos grupos GAM. Assim começamos o grupo com uma terapeuta ocupacional (que estava inserida no GIU), duas psicólogas (uma que estava inserida no GIU, e outra que estava inserida no GIF) e uma pesquisadora acadêmica, responsável pela oferta de Apoio. Essa acadêmica – a mesma que escreve o presente trabalho – participava também do GIF há aproximadamente um ano e também

do recém-criado Fórum dos Trabalhadores, e por isso já conhecia as trabalhadoras, mantendo uma boa relação com elas.

Como já éramos conhecidas umas das outras, não se fazia necessário começar o grupo com apresentações e ir aos poucos construindo um ambiente de confiança que promovesse a circulação da palavra. Quando cheguei ao CAPS, a palavra já estava circulando a todo vapor! As trabalhadoras eram muito falantes, e a relação de proximidade que já existia entre nós permitia uma conversa fluida e aberta. Nosso primeiro encontro já foi muito intenso, e as trabalhadoras falaram muito, dando visibilidade a várias potencialidades e limitações, levantando questões difíceis e alguns dos principais incômodos que nos acompanhariam ao longo desse trabalho de Apoio Matricial.

A terapeuta ocupacional e a psicóloga contaram que dessa vez estavam participando uma média de doze usuários no novo GIU. Segundo as trabalhadoras, algumas dinâmicas, desenhos e dramatizações estavam sendo incorporadas à experiência do grupo, ao lado da leitura do guia. O objetivo dessas dinâmicas era tornar a atividade mais interessante para aqueles que já participaram dos grupos anteriores e mais atrativo para os novos usuários que estavam participando pela primeira vez. Metade do grupo era composta por usuários que já haviam participado do primeiro grupo GAM, e as trabalhadoras achavam importante criar outras formas de usar o Guia para não tornar a experiência repetitiva ou cansativa.

De acordo com elas, esse novo modo de trabalhar com o guia estava oferecendo outras formas de expressão aos usuários que apresentam dificuldade de se expressar pela via da linguagem, como no caso do desenho que uma trabalhadora propôs no primeiro encontro do grupo, a partir das perguntas do primeiro passo do guia. “Às vezes quando a gente faz uma pergunta os usuários ficam quietos, mas quando pedimos para desenhar eles se expressam de maneira mais solta” – afirmou. Foi mobilizada por essa percepção que a trabalhadora traduziu a pergunta do Guia GAM “Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?” (ONOCKO CAMPOS et al, 2012, p.16) em uma atividade onde os usuários foram convidados a desenhar uma resposta para essa pergunta. A experimentação de tradução da pergunta do Guia em atividade de desenho fora muito bem recebida pelo grupo, e as respostas desenhadas pelos usuários foram as mais diversas e inusitadas.

Já no início do trabalho de Apoio Matricial foi possível perceber que acompanharíamos processos de tradução em dois níveis: em um primeiro nível a tradução estava ali sendo efetuada, por um lado, pela pesquisadora acadêmica, que tinha a incumbência de criar um novo dispositivo, usando a GAM para viabilizar a oferta de Apoio Matricial; por outro lado, era efetuada pelas pesquisadoras trabalhadoras, que tinham a incumbência de criar novos grupos GAM. A acadêmica traduzia a GAM em Apoio Matricial, enquanto as trabalhadoras traduziam a GAM em um novo GIU e em um novo GIF. Em um segundo nível, a acadêmica precisaria acessar as experiências, traduzir as perspectivas das trabalhadoras, enquanto as trabalhadoras precisariam acessar a experiência, traduzir a perspectiva dos usuários e dos familiares. Esses dois níveis de tradução precisavam se articular para que o Apoio Matricial se efetivasse. Vimos, logo no início do trabalho, que a tarefa não seria fácil.

As trabalhadoras mostraram alguns desenhos elaborados na dinâmica proposta por elas no GIU – um usuário havia desenhado um boneco com uma cabeça de funil, enquanto outro desenhara um vulcão. Nós fomos conversando para tentar entender o que e como aqueles desenhos estavam respondendo à pergunta que fora feita. As trabalhadoras pareciam resistir à ideia de que aqueles desenhos diziam algo de importante. Elas mostravam os desenhos destacando a criatividade, a beleza, o caráter estético das produções, mas pareciam concluir que não havia sentido ali – como se nada de significativo estivesse sendo dito através dos desenhos. Estranhei essa postura e insisti na conversa. Será mesmo que os desenhos não tinham sentido? Mas os desenhos não foram feitos em resposta à pergunta do Guia? O que e como eles estariam respondendo? Olhando para os desenhos via respostas e mais respostas saltando, mas as trabalhadoras pareciam não querer ver. Pareciam resistir ao exercício de deslocamento de perspectivas, que nos permitiria acessar o mundo de cada usuário. Mas por que será que elas estavam evitando esse exercício?

Perguntei sobre os usuários que haviam feito os desenhos. Quem eram eles? O que eles faziam no CAPS? Como era a relação deles com o meio social que os circundava? As trabalhadoras contaram que o usuário que desenhara o boneco com cabeça de funil tinha muitas dificuldades em casa – sua mãe estava muito doente, acamada, e ele não contava com ajuda de ninguém para cuidar dela, precisando dar-lhe banho, trocar as fraldas geriátricas, fazer comida e vários outros afazeres domésticos. Diante dessa situação, ele saía para beber todos os dias e estava bebendo muito. A equipe temia a

mistura da bebida alcoólica com a medicação e vinha tentando conversar com ele no intuito de construir outras estratégias para lidar com os problemas. Enquanto as trabalhadoras iam relatando o caso, o desenho do boneco com cabeça de funil ia ganhando sentido.

O mesmo aconteceu com o desenho do vulcão – feito por outro usuário que se encontrava em um momento muito difícil de sua vida, sem contar com nenhuma rede de apoio, morando sozinho e sentindo-se “prestes a explodir”, segundo o relato das trabalhadoras. Elas ficavam impressionadas com o modo como os desenhos iam ganhando sentido na medida em que íamos dando importância a eles, conversando sobre eles e pensando com eles. Uma das trabalhadoras afirmou que não tinha visto sentido nenhum quando olhou para os desenhos pela primeira vez, mas que agora estava fazendo todo sentido. Outra concordou dizendo que “é muito louco, mas faz sentido”.

Fomos percebendo que a dificuldade de ver sentido nos desenhos tinha relação com o modo como as trabalhadoras pareciam evitar entrar em contato com o que consideravam louco. Parecia claro que a loucura que comparecia nos usuários devia ser tratada pelas trabalhadoras e não necessariamente acessada por elas. Mas será que é possível trabalhar em um CAPS e cuidar da loucura sem entrar em contato com ela? O que significa loucura, e ainda, o que significa cuidar dela? Estávamos diante de perguntas muito difíceis de responder. Mas talvez não fosse tão difícil assim entrar em contato com a pergunta, ao invés de responde-la. Seguimos experimentando e tentando entrar em contato com as dificuldades que nos reuniam ali.

Logo surgiu também uma outra dificuldade, referente à questão da participação dos usuários. As trabalhadoras diziam que era muito difícil incluir os monitores e fazê-los participar ativamente da coordenação do GIU. Os monitores eram dois usuários que estavam se corresponsabilizando pelo manejo do grupo ao lado das trabalhadoras. Mas elas diziam que um monitor, especialmente, estaria precisando mesmo era de um grupo onde ele pudesse falar das questões dele. Ouvindo tal avaliação, uma pergunta imediatamente se impôs: mas por que será que o GIU não é um grupo onde ele pode falar das questões dele?

Intrigada com a perspectiva das trabalhadoras, eu fazia muitas perguntas: os usuários têm falado de quê no GIU? Todos sentem que podem falar de suas questões? O monitor é o único que não pode falar das questões dele? Mas por que precisa ser assim?

Como é a participação do monitor nos outros grupos que acontecem no CAPS? Minhas perguntas pareciam assustar as trabalhadoras. Fui percebendo que essa não era a maneira adequada de acessar a perspectiva delas. Começava a ser criado um certo clima de avaliação no ar.

As trabalhadoras disseram que o monitor falava demais, ficava contando longas histórias que não tinham começo, meio nem fim, tornando-se difícil garantir a circulação da palavra no grupo. Muitas vezes o grupo sentia-se cansado de ouvir tantas histórias. Disseram ainda que tinham a expectativa de que os monitores tomassem mais “a frente do grupo”, “participassem mais da coordenação do grupo, como monitores de verdade mesmo” e lembraram dos usuários que conheceram nas reuniões multicêntricas da pesquisa GAM, afirmando que os usuários de São Paulo e do Rio Grande do Sul “estão muito mais avançados”, “é outro nível”. A comparação estabelecida entre os diferentes usuários participantes da pesquisa GAM parecia colocar São Pedro da Aldeia em desvantagem.

A partir dessa comparação, conversamos sobre nossas expectativas em relação ao lugar da monitoria no GIU. O que significa ser monitor no grupo GAM? Como esperamos que seja a participação do usuário monitor? Será que essa comparação estava mostrando que nós construímos um certo modelo de participação? Problematizando esse possível modelo, percebemos, em primeiro lugar, que os estados de São Paulo e Rio Grande do Sul apresentavam realidades bastante diferentes da que experimentávamos em São Pedro da Aldeia. Olhando à distância para esses lugares, víamos que suas redes de Saúde Mental eram muito mais fortes e pareciam funcionar muito melhor do que aquela na qual estávamos inseridos. Olhando à distância para os usuários que participavam da pesquisa GAM nesses lugares, víamos que eles pareciam ser “muito mais engajados”, porque “eles participam mais”. Mas será que de perto era assim mesmo?

Convidei as trabalhadoras a falarem mais da experiência no GIU. Elas repetiram, em tom queixoso, que o monitor falava muito, muito mesmo, não deixava espaço para os outros falarem, não participava ativamente “como monitor” e não tomava “a frente do grupo”. Ao olhar para todas aquelas cenas trazidas sobre o monitor, algo parecia não se encaixar: como o mesmo monitor pode falar demais e ao mesmo tempo não participar ativamente do grupo? O que significava então participar ativamente?

Fomos percebendo que, para as trabalhadoras, “participar ativamente” não significava apenas falar no grupo e para o grupo, mas também falar de maneira organizada e coerente. Quem falava de maneira desorganizada não estava participando, mas sim atrapalhando o grupo. Para as trabalhadoras, outro índice de participação era a capacidade de responder às perguntas do Guia GAM diretamente, ao invés de “desviar do assunto”, tal como faziam muitos usuários. Desse modo estava sendo definido um modelo de participação no qual o monitor não se encaixava. Mesmo falando bastante, o monitor não participava do grupo, já que sua fala não atendia aos critérios exigidos.

Mas será que o trabalho com a GAM pressupõe um modelo de participação? O que essas 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 esses problemas 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. Percebendo esses vetores que atravessavam o grupo, a apoiadora afirmava que não estávamos ali para julgar qualquer conduta como certa ou errada, mas sim para compreender o que estava se passando e então podermos intervir na situação. Começávamos a entrar em contato com os vetores prescritivos que atravessavam a reunião de Apoio Matricial.

As relações que estavam sendo estabelecidas no GIU faziam as trabalhadoras surgirem como prescritoras de um modelo de participação, e as relações que estavam sendo estabelecidas ali no grupo de Apoio Matricial fazia com que a apoiadora surgisse como prescritora de um modelo de trabalho correto. Mas o que estava acontecendo? Por que estávamos todas nos tornando prescritoras?

Percebi que precisávamos mudar a maneira como estávamos nos relacionando ali. Tentei mudar o modo como estava colocando as questões, a fim de acolher as dificuldades que estavam sendo compartilhadas pelas trabalhadoras – afinal, eu estava ali para apoiá-las e não para acusá-las, cobrá-las ou prescrever a elas qualquer modelo de conduta. Era preciso acessar a perspectiva das trabalhadoras, sintonizar-se com o que estava se passando ali, para poder entender por que elas pareciam evitar o contato com a perspectiva dos usuários e por que tornar esse problema visível fazia as mesmas se sentirem acusadas ou cobradas. Precisávamos passar juntas da prescrição à tradução.

Fomos aos poucos conversando sobre a importância de incluir no GIU as falas dos usuários que a princípio pareciam desviar dos temas que estavam sendo propostos pelo Guia GAM. Afirmei que o grupo era um espaço de cuidado, onde essas experiências que nos pareciam estranhas ou sem sentido podiam ser acolhidas. Ao mesmo tempo em que íamos tendo essa conversa sobre o GIU, eu ia tentando tornar o grupo de Apoio Matricial um espaço de cuidado acolhedor às perspectivas das trabalhadoras, que naquele momento me pareciam tão estranhas. Entendemos que o jeito “falador demais”, ou “desorganizado” era o modo como o monitor podia participar do grupo naquele momento e precisávamos valorizar esse e outros modos de participação que surgem no GIU. Eu ia tentando fazer o mesmo bem ali, naquele momento, no grupo de Apoio Matricial – valorizava a participação das trabalhadoras e a perspectiva delas, mesmo achando muito estranhos os comentários sobre os usuários. Essa era a direção de trabalho que a GAM nos apontava.

Falamos muito da importância de trabalhar com os desvios que aparecem no grupo, e uma trabalhadora lembrou que o trabalho do psicólogo se dá justamente “a partir daquilo que desvia”. A outra trabalhadora, que havia participado do primeiro grupo GAM realizado no CAPS, trouxe um pouco de sua experiência nesse grupo onde percebeu que os acadêmicos se interessavam muito pelos desvios e utilizavam as histórias desviantes dos usuários para retomar as perguntas do Guia, incluindo até mesmo as experiências mais loucas que eram levadas para o grupo. Ela ria demoradamente ao contar o quanto era engraçado ver como aqueles três pesquisadores, especialmente dois deles que tinham “cabelões black power”, pareciam gostar “daquela doideira toda” e “entravam na onda mesmo” – segundo a trabalhadora. Rimos muito juntas, lembrando dos pesquisadores que fizeram o primeiro GIU e entendemos que o trabalho tinha relação exatamente com isso: entrar na onda, conversar com aquela doideira toda, incluir as experiências estranhas, loucas, desviantes.

A lembrança da trabalhadora e as gargalhadas que demos juntas trouxeram um clima de relaxamento para o grupo, que estava um tanto desconfortável até então. Relaxadas, parecíamos conjurar os vetores prescritivos que rondavam o grupo e retomamos a conversa sobre o funcionamento do GIU em um outro tom.

Repensando o planejamento do atual GIU, percebemos que o mesmo estava sendo feito apenas pelas trabalhadoras, e esse modo de organização nos pareceu problemático. Em primeiro lugar, porque isso sobrecarregava as trabalhadoras, que já estavam se

queixando por estarem muito sobrecarregadas, e, em segundo lugar, mas não menos importante, porque os usuários eram assim colocados no lugar de meros expectadores ou participantes passivos das atividades previamente planejadas pelas trabalhadoras. Entendemos que seria muito importante incluir os monitores nesse processo, a fim de fazer um planejamento participativo das atividades que seriam propostas no GIU. Conversamos sobre esse lugar de expectador que o usuário é colocado muitas vezes, quando planejamos a atividade sem a participação do mesmo. “É importante construir isso com eles e não só informar, né!” – afirmava a trabalhadora, referindo-se às propostas dos desenhos e das dinâmicas que estava levando para o GIU.

Conversamos também sobre a experiência com o tempo no grupo, que parecia estar indo rápido demais. O GIU chegara à página 32 do Guia GAM em apenas três encontros. Significava que todos estavam lendo e discutindo uma média de dez páginas por encontro. Ficamos surpresas com esse cálculo e nos perguntamos: “por que será que o grupo está indo tão rápido?”. A trabalhadora afirmava não sentir o grupo correndo e disse que, quando as perguntas do guia eram lidas, os usuários davam respostas curtas e ficavam em silêncio, levando-a a entender que o assunto fora esgotado e que era possível avançar para as próximas questões. A resposta da trabalhadora portava ambiguidades analisadoras. O que significa dizer que “não sente o grupo correndo”? Por um lado, ela estava dizendo que sentia que o grupo estava em um ritmo tranquilo e, portanto, não estava correndo, mas, por outro lado, ela também estava dizendo que não sentia o grupo – e talvez por isso não percebesse que o grupo estava correndo pelas páginas do Guia. Ou, ainda, estava dizendo também que, pelo fato de ela, trabalhadora, estar correndo, não era capaz de sentir o grupo. O caráter paradoxal da fala da trabalhadora nos fez ficar ainda mais atentas a essa dimensão intensiva – íamos juntas tentando sentir e ouvir os múltiplos sentidos que emergiam no grupo no qual estávamos ali inseridas, o grupo de Apoio Matricial, para então tentarmos acessar os sentidos dos grupos que estavam sendo pauta de nossa conversa, o GIU e o GIF.

Trazendo a experiência do GIF, que estava trabalhando com o guia há mais de um ano, conversamos sobre a importância de sustentar os silêncios que o grupo faz diante de algumas perguntas, justamente para permitir que algumas histórias sejam repetidas e elaboradas. Segundo a trabalhadora, que no momento estava coordenando o GIF ao lado de duas acadêmicas, era visível um esforço feito pelas últimas para “ir lá no final da história e puxar para voltar para o guia” – enquanto dizia isso ela fazia um gesto com uma

das mãos, como se estivesse puxando detrás da cabeça uma linha e trazendo para frente de seu peito, onde as duas mãos juntas faziam um movimento que lembrava o ato de tricotar. A acadêmica, que também estava participando do GIF nesse momento, disse que é exatamente assim que o trabalho com o Guia era feito: vamos percebendo que é possível fazer costuras entre os silêncios, as experiências trazidas para o grupo e os temas do Guia.

A partir dessa conversa, as trabalhadoras perguntaram se seria possível ler e discutir algum texto da pesquisa ali em nossa reunião de Apoio Matricial. Elas pareciam querer aprender o modo de fazer que a pesquisa estava propondo. A acadêmica sugeriu a leitura do texto *Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o manejo cogestivo na Gestão Autônoma da Medicação* (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012). Esse pedido, aparentemente simples, reinstaurou o incômodo que havíamos conjurado. Senti que ali estava começando a se estabelecer uma relação de disparidade que me colocava acima das trabalhadoras, por supostamente ser portadora de um saber que as últimas não possuíam. Os vetores prescritivos nos recortavam novamente.

Fui embora do CAPS naquele dia me perguntando: é possível conjurar os vetores prescritivos permanentemente? Para fazer isso, seria necessário excluir o que nos diferenciava – no caso, o saber acadêmico? Isso era possível? Isso era desejável? Para conjurar a prescrição, era necessário produzir homogeneização? Ou seria necessário criar uma outra relação com o que nos diferenciava? Investir na transformação das relações, na tradução entre perspectivas foi a nossa aposta⁹.

Quando voltássemos a nos encontrar no CAPS a cada quinze dias para as reuniões subsequentes de Apoio Matricial, veríamos que essa primeira intuição apontava para um problema importante. O texto indicado pela acadêmica se tornou um analisador: as trabalhadoras sempre falavam da importância de ler para se atualizar e seguir aprendendo, porque entendiam que a formação era permanente, porém nunca conseguiram tempo para ler o único texto que elas mesmas haviam solicitado. Ao longo das quatro primeiras reuniões que aconteceram a cada quinze dias, ficou claro que uma certa relação com o

⁹ É importante destacar aqui que o espaço de reunião semanal do grupo de pesquisadores da UFF foi imprescindível para que juntos conseguíssemos cartografar as múltiplas relações que iam sendo estabelecidas no trabalho de Apoio Matricial. Nesse sentido, eu apoiava as trabalhadoras no CAPS e também era apoiada pelo grupo de pesquisadores na UFF, do qual fazia parte.

saber acadêmico gerava resistência nas trabalhadoras, que passaram a tratar-me de maneira diferente.

Uma das trabalhadoras, por exemplo, dizia, sempre em tom de brincadeira, que me achava muito “novinha” para estar cursando o Mestrado, e comparava minha idade com a de suas duas filhas que eram mais velhas. Quando algum problema que discutíamos gerava incômodo no grupo, a trabalhadora afirmava que a discussão estava “muito teórica”, enquanto os problemas do CAPS, segundo ela, eram “mais práticos”. As trabalhadoras começaram também a me chamar de “supervisora” e saíam do grupo frequentemente para atender o celular, chegavam atrasadas e às vezes saíam no meio da reunião para atender a alguma situação emergencial no Pronto Socorro, que ficava ao lado do CAPS. Sempre que alguma dessas situações acontecia, elas pediam desculpas várias vezes, mas a frequência dessas situações só aumentava.

Percebi que o fato de já nos conhecermos há mais de um ano, por um lado, gerava vantagens – as trabalhadoras falavam abertamente, expondo as situações na medida em que sabiam que podiam confiar em mim –, mas, por outro lado, gerava muitas resistências – pois as trabalhadoras esperavam que eu fosse compreensiva sempre, mesmo quando estavam resistindo ao trabalho que eu estava ali para fazer com elas. Ficava cada vez mais claro que oferecer Apoio Matricial 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.

E as dificuldades que precisavam ser acolhidas eram enormes. 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. No grupo de Apoio Matricial, 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. Mas, se trabalhar sozinha era difícil, trabalhar junto com o outro também não parecia ser a coisa mais simples do mundo. Era necessário acessar a perspectiva do outro para ensinar e aprender com a diferença. Era necessário sair de si mesmo e ir ao encontro de algo que não se sabia muito bem o que era. Era

necessário ir com calma e com persistência. Sem dúvida, essa indicação valia tanto para as trabalhadoras quanto para a apoiadora.

Acolhendo as dificuldades, seguíamos falando dos grupos, que estavam passando por transformações muito interessantes. A trabalhadora contou que as monitoras do GIF estiveram conduzindo o grupo por duas semanas, no período em que ela esteve de licença para tratar de um problema de saúde. Era a primeira vez no CAPS que um grupo continuava a funcionar mesmo na ausência do profissional responsável. Percebíamos, assim, que nossa aposta na contração de grupalidade, no manejo cogestivo e na corresponsabilização estava funcionando – não era apenas o profissional que era responsável pelo grupo, mas todo o grupo era responsável por ele mesmo. Era claro para a trabalhadora que o manejo do grupo estava sendo dissolvido no próprio grupo, e não ficava mais centralizado exclusivamente nela. Identificamos essa modulação nas relações como um índice importante da autonomia coletiva que começava a mostrar seus primeiros efeitos no GIF.

Já no GIU a situação parecia ser mais complicada. As trabalhadoras relatavam falta de tempo para fazer um planejamento participativo junto com os monitores, e seguiam reclamando da dificuldade de fazê-los participar ativamente. A apoiadora insistia em afirmar a importância da criação de um espaço de planejamento participativo entre trabalhadoras e usuários monitores. Foi quando uma trabalhadora teve a ideia de incluir os usuários monitores ali na nossa reunião, a fim de usar o espaço do Apoio Matricial para fazermos o planejamento participativo. A ideia foi muito bem-vinda, e começamos a repensar o funcionamento de nosso grupo a partir dela.

Inicialmente pensamos que seria interessante convidar os monitores para virem ao encontro de Apoio Matricial uma vez por mês, ou quando houvesse necessidade de discutir alguma questão específica. Pensamos também que poderia ser complicado incluir os usuários em um espaço onde discutíamos casos de outros usuários, e a questão do sigilo e da ética profissional entrou em pauta. Perguntamo-nos se aquele era um espaço apenas para as trabalhadoras ou se deveria contemplar os usuários, na medida em que eles são monitores e também são responsáveis pelo manejo do grupo. Era preciso amadurecer essa ideia antes de fazermos o convite aos usuários.

A partir de nosso quinto encontro, passamos a contar com o Apoio de mais uma pesquisadora acadêmica. A inserção dessa nova apoiadora tornou o clima do grupo bem

mais leve. Éramos cinco pessoas e discutíamos a possibilidade de incluir mais quatro – a monitora e o monitor usuários, e as duas monitoras familiares. As notícias que vinham dos grupos eram cada vez mais animadoras, e podíamos acompanhar muitos frutos que brotavam a partir do trabalho no GIU e no GIF.

Uma trabalhadora relatou que a monitora e um outro usuário no GIU têm tomado muitas iniciativas no grupo, colocando-se como protagonistas no manejo de algumas discussões, e que ela está percebendo um aumento na participação dos usuários de maneira geral, que parecem sentir-se mais empolgados para falar quando veem a monitora e o outro usuário falando. Ela contou ainda sobre um grupo em que foi muito importante para todos, e principalmente para ela mesma, conversar sobre as vozes que os participantes ouviam. A trabalhadora contou que pela primeira vez em sua trajetória como psicóloga ela perguntou: o que essas vozes dizem para vocês? São coisas ruins, são coisas boas?

Uma usuária contou no GIU que a voz que ela escuta é muito boa e diz todo dia: “você é linda, você vai se casar”. Um outro usuário contou que a voz que escuta é muito ruim e manda ele xingar as pessoas na rua. Outra usuária disse que nunca ouviu essas vozes, só escuta as vozes das pessoas em casa que falam com ela mesmo, enquanto outro usuário disse que a voz chamava ele de veadinho e ele sentia vontade de bater nos homens às vezes. A trabalhadora contava, bastante sensibilizada, como foi importante ouvir o que os usuários ouvem. Nas reuniões do Apoio Matricial falávamos sempre da importância de nos deslocarmos de nossos pontos de vista, para tentarmos acessar o ponto de vista do usuário, mas nesse dia em especial falamos da importância do “deslocamento do ponto de ouvido” que acabara de ser inventado pela trabalhadora! Rimos juntas um riso suspirado, sincero e profundamente pacífico – o riso de quem sente que uma ação simples pode mudar nosso jeito de olhar o mundo inteiro.

Quando voltássemos ao CAPS para o sexto encontro de Apoio Matricial, ficaríamos sabendo que essa trabalhadora levou a questão das vozes para o grupo de expressão que ela também coordenava. Nesse grupo, ela e os usuários fizeram um grande teatro, onde todos puderam encenar o que as vozes diziam para eles. A loucura ganhava expressão no CAPS, e isso era bonito e leve, como precisa ser o gesto de quem cuida de uma ferida aberta.

Ao longo de cada encontro, as trabalhadoras também foram trazendo notícias de alguns casos graves de usuários e familiares que passavam pelos grupos. Forjar estratégias coletivas para lidar com os casos graves foi uma tarefa importante do trabalho de Apoio Matricial. Um caso que exigiu muito de nós foi o caso de um usuário, que passou pelo GIU, e de sua mãe, que passou pelo GIF.

Tomamos conhecimento do caso quando o usuário chegou ao CAPS, aos 22 anos, depois de sofrer um surto psicótico que foi desencadeado assim que ele descobriu que sua namorada (e mãe de sua filha) o havia traído com seu melhor amigo. Desde o surto, o usuário relatava que passou a conviver com um chip conectado a sua cabeça, que lhe dava instruções sobre a forma como deveria lidar com os inimigos que o perseguiram. Como ele morava junto com sua mãe, e os ataques dos inimigos estavam acontecendo dentro de casa (colocando pó de mico na caixa d'água, veneno na pasta de dente, contaminando os alimentos, etc.), o chip alertou a MC que sua mãe só podia estar colaborando com os inimigos para que os mesmos conseguissem entrar.

Desde então, o usuário começou a agir de forma estranha com a mãe, recusando-se a comer a comida que ela preparava, agredindo-a verbalmente, obrigando-a a comer pasta de dente para provar o veneno dos inimigos, etc. A mãe, sentindo-se muito assustada com as atitudes do filho, conversava com ele, tentando convencê-lo de que o chip não existia e que ele precisava procurar ajuda psicológica. Tentando acalmar o filho, ela afirmava que nada havia mudado, que não havia chip nenhum e que ele precisava tirar essas coisas da cabeça. A situação começou a ficar mais grave quando o usuário passou a fazer ameaças de morte contra a mãe, agrediu-a fisicamente e fazer profundos cortes em suas próprias pernas para que metade de seu sangue pudesse escoar para fora de suas veias. Segundo o usuário, ele era composto por metade do sangue do pai e metade do sangue da mãe, e, já que a mãe estava colaborando com os inimigos, era necessário purificar seu corpo da metade do sangue que provinha dela. A mãe descobriu isso quando chegou em casa do trabalho e encontrou o filho no chão, envolto por uma grande poça de sangue que escorria de suas pernas graças aos cortes que ele mesmo fizera.

Foi nesse momento que a mãe procurou o CAPS pedindo ajuda. Inicialmente a equipe sugeriu que ela ficasse fora de casa por alguns dias, enquanto tentava criar algum vínculo com o usuário através de visitas domiciliares. Abrigada na casa de uma vizinha por uma semana, a mãe assistiu à distância aos novos rituais do filho, que reuniu todos os

móveis da casa no quintal e ateou fogo, formando uma enorme fogueira. Ele girava, gritava e dançava completamente nu em torno da fogueira, e assim acreditava purificar seu entorno da presença maligna dos inimigos.

Diante da gravidade do caso, a equipe do CAPS entendeu que seria importante interná-lo por alguns dias na Clínica Ego (Tanguá/RJ), que, apesar de ser uma clínica privada, tinha alguns leitos conveniados ao SUS. A mãe concordou com a indicação do CAPS, e juntos planejaram a internação do usuário, que foi buscado em casa pelo Corpo de Bombeiros. Na Clínica Ego, sob efeito da medicação, o usuário sentiu que o chip havia desconectado e sentiu-se mais calmo. Porém, muito incomodado com a forma como estava sendo (mal)tratado, ele decidiu fugir e assim o fez, retornando à sua casa e prometendo à mãe que faria seu tratamento no CAPS.

Toda essa história foi contada pela mãe, que passou a frequentar o GIF. Ela disse que o filho chegou em casa dizendo: “Não volto mais praquele inferno de jeito nenhum! Eu vou pro CAPS, prometo!”. Foi então que o usuário passou a frequentar o GIU.

As notícias do caso do usuário e de sua mãe chegavam aos nossos ouvidos nas reuniões de Apoio Matricial, através do relato das trabalhadoras. Acompanhávamos juntos às modulações dos casos, fazíamos juntos novas descobertas, reinventávamos a cada reunião algumas estratégias para lidar com cada situação nova que surgia. Participamos da construção do Projeto Terapêutico Singular do usuário que, levando em conta os interesses do mesmo, incluiu a participação no GIU, na oficina de trabalhos manuais e nos atendimentos individuais com a psicóloga que se tornou sua técnica de referência.

O usuário parecia sentir-se bem com sua nova rotina, mas, certa vez, em uma manhã de terça-feira, algo se passou no GIU: o Guia GAM incitava discussões sobre o tema dos direitos, incluindo o “polêmico” direito à recusa da medicação, assim como a qualquer outra forma de tratamento. O usuário então se sentiu à vontade para contar no grupo que o remédio estava atrapalhando sua vida e ele estava pensando em parar porque, quando sai para cantar seus funks nos bailes da cidade, não pode beber cerveja junto com os amigos. Ele estava se tornando um Mc reconhecido nos bailes funks da cidade e não queria que o remédio atrapalhasse sua carreira nesse novo trabalho que era importante para ele.

O grupo discutiu a importância de conversar com o médico antes de decidir diminuir ou parar de tomar a medicação. Alguns usuários disseram que “não se pode enganar o médico”, enquanto outros disseram ainda que “enganação é errado, é uma mentira e uma traição”. Segundo o relato da trabalhadora, o usuário ficou muito desconfortável com os desdobramentos da discussão sobre enganação, traição, mentira, e se calou no grupo.

Depois desse encontro, o usuário nunca mais retornou ao GIU e parou de tomar a medicação por conta própria. A partir de então, o chip voltou a ser conectado em sua cabeça e alertou o usuário acerca de um novo problema, que era expresso por ele da seguinte forma: “a Prefeitura está pegando meus funks, tá roubando os funks todos, e ao invés de pagar pelo meu trabalho eles querem me dar remédio e benefício! Eu não quero remédio nem benefício, não! Eu quero o meu dinheiro! O dinheiro do meu trabalho! Eles precisam pagar pelos meus funks! A Prefeitura precisa pagar o que me deve”!

Na reunião de Apoio Matricial, as trabalhadoras contavam muito preocupadas a história da evasão do usuário do GIU e das demais atividades que vinha realizando no CAPS. Contavam também que a mãe dele continuava frequentando o GIF e estava muito aflita com toda essa situação, temendo que o filho voltasse a ficar agressivo e descontrolado como da última vez.

Não sabíamos o que fazer. Ouvíamos e seguíamos procurando pistas, tentando nos aproximar da experiência das trabalhadoras e, através delas, da experiência do usuário e de sua mãe. A psicóloga lembrou que, no último atendimento individual, o usuário mostrou um funk que escreveu para a ex-namorada que o havia traído: “o nome é Funk da Contradição! Vou mostrar pra vocês aqui no youtube”.

Juntas ouvimos o funk na reunião de Apoio Matricial. Na letra, o Mc dizia que ele estava ali para “esculachar” uma “mina muito rata na arte da trairagem” e, referindo-se a tal trairagem, o Mc cantava no refrão: “a mina é chapa quente, faz o cara enlouquecer, então, eu como, eu como, ele come, nós comemos, eu como, eu como, ele come, nós comemos, nós comemos, nós comemos”!

Foi impossível segurar o riso depois de ouvir funk. As trabalhadoras e as acadêmicas literalmente sacudiram a reunião de Apoio Matricial. Todas fazíamos muitos comentários a partir do que tínhamos ouvido, relacionando a letra do funk às histórias do

caso que conhecíamos e destacando também o incrível talento que o usuário tinha como Mc. Parecia que estávamos diante de uma pista muito importante para entendermos melhor o caso e traçarmos algumas estratégias. A partir do funk, foi possível produzir alguns sentidos que nos ajudaram a trabalhar a questão da evasão do usuário.

Entendemos que os temas relacionados à traição, enganação e mentira, que haviam sido discutidos no último encontro do GIU, podem ter sido relacionados pelo usuário com a traição da ex-namorada, que foi o evento que acompanhou o primeiro surto. Levando a sério o “Funk da Contradição”, entendíamos o quanto era importante para Mc expressar sua indignação com aquela história de traição. Lembramos que, quando o tema da traição surgiu no GIU, o usuário ficou quieto, saiu e nunca mais voltou ao grupo. Entendemos que era importante nos aproximarmos mais da experiência do usuário Mc, ouvindo o que ele dizia com mais atenção, legitimando sua fala.

Ainda nesse encontro de Apoio Matricial, foi possível traçarmos juntas uma estratégia interessante. A trabalhadora que estava inserida no GIF nos contou que a mãe do usuário recentemente disse no grupo que seu filho já havia trabalhado durante muitos anos como padeiro e confeitiro antes de se tornar Mc e que ele sabia fazer doces deliciosos. Já tínhamos conversando há um tempo sobre um projeto que estava sendo planejado pela equipe do CAPS, e pensamos na possibilidade de convidar o usuário para ajudar a conduzir uma oficina de culinária, que comporia o quadro de geração de renda do CAPS. Construindo essa nova direção para o tratamento do usuário, buscávamos incluir a sua experiência como trabalhador e dar lugar à sua reivindicação por um trabalho remunerado, que até então estava sendo ouvida apenas como uma fala delirante.

Quando voltamos ao CAPS, quinze dias depois, para realizarmos o próximo encontro de Apoio Matricial, fomos surpreendidas com cupcakes e mini panetones recheados de chocolate que eram verdadeiras delícias. As trabalhadoras contaram que o usuário Mc estava ensinando aos demais usuários a fazer cupcakes e panetones na oficina de culinária. Ele estava movimentando a oficina, que antes era bastante esvaziada, e as trabalhadoras afirmavam impressionadas que todos os usuários estavam se dedicando muito para aprender novas receitas de padaria e confeitaria. Diante dessa nova inserção na oficina, o usuário voltou a tomar a medicação para poder trabalhar melhor, e parece que seu chip atualmente estava desconectado. O grupo estava planejando a venda dos produtos, que já tinham passado pelo teste de qualidade: várias pessoas provaram os

quitutes – inclusive as acadêmicas, que estavam com a boca cheia de chocolate nesse momento da conversa – e levantavam a possibilidade de montar uma barraquinha em frente ao CAPS na época do Natal, que estava se aproximando.

O trabalho do Apoio estava promovendo mudanças significativas, e nós tínhamos muito o que comemorar. Seguíamos juntas na construção de estratégias para lidar com os problemas – principalmente nesse momento em que, ao lado das mudanças que nos alegravam, alguns problemas continuavam sendo insistentemente repetidos, como uma espécie de mantra.

O monitor que falava demais e ao mesmo tempo “não participava” do GIU, segundo as trabalhadoras, era a maior expressão dessa repetição. A outra monitora estava “tomando a frente” no grupo enquanto o monitor estava “ficando para trás”. Quando entrava algum usuário novo no GIU, por exemplo, a monitora acolhia o novato e fazia um breve resumo do que já fora conversado até ali no grupo. Esse era um gesto muito importante e mostrava que a monitora estava se apropriando da função de manejo do grupo. As trabalhadoras afirmavam que ela tinha mais recursos intelectuais e culturais e assim conseguia assumir melhor o lugar da monitoria, diferente do outro monitor.

Começamos a nos dar conta do fato de que a monitora se destacava muito porque os outros usuários geralmente ficavam muito calados. Não conseguíamos entender por que tanto silêncio estava sendo produzido no GIU. As trabalhadoras contavam que até mesmo quando havia algum momento de descontração no grupo, alguma fala cômica ou uma piada, por exemplo, isso acabava gerando discussão e mal-estar. Perguntamo-nos, então: por que até mesmo a descontração está deixando o grupo incomodado? O grupo estaria tenso com alguma coisa? O que poderia estar deixando o grupo tenso ou contraído? As trabalhadoras diziam que era a seriedade do tema da medicação e os próprios limites das condições do usuário que vinham à tona no grupo. Esses limites eram entendidos como limites próprios do transtorno mental e também limites intelectuais, culturais e econômicos. Uma trabalhadora dizia que em municípios tão pobres como São Pedro da Aldeia essas questões eram mais comuns.

As trabalhadoras afirmavam também que, ao convidarem os usuários a falar mais, propondo que o grupo compartilhasse suas experiências, apareciam falas do tipo: “Eu já falei tudo”, “Eu já participei da outra vez”, “Eu já escrevi a resposta aqui no meu caderno”. Conversamos muito sobre a questão da repetição. Entendíamos que as

conversas não se repetem exatamente do mesmo jeito, que as experiências nunca são iguais, simplesmente pelo fato de estarmos em momentos diferentes. Uma das psicólogas, que era também musicoterapeuta, trouxe um exemplo da música – disse que chamam isso de ritornelo e desenhou o símbolo em uma folha, explicando que não é possível repetir uma melodia exatamente igual a outra pois sempre há alguma diferença, mesmo que pequena ou imperceptível para alguns. Apesar de entendermos isso racionalmente, as trabalhadoras diziam que a sensação de estarem repetindo sempre a mesma coisa estava cansando muito os usuários, e percebemos que elas mesmas pareciam muito cansadas.

As apoiadoras perguntaram qual era o passo do Guia GAM que o grupo estava discutindo naquele momento, e as trabalhadoras informaram que o GIU estava no terceiro passo, exatamente na parte em que aparece o tema dos direitos dos usuários. Essa nos pareceu uma pista muito importante. Por que será que justo no passo sobre os direitos dos usuários o grupo parecia ficar ainda mais desmotivado, cansado e silencioso do que estava antes? Será que o tema dos direitos tinha alguma relação com essa desmobilização que estava sendo produzida? As trabalhadoras falaram que esse era um tema bastante complicado, e começamos então a pensar juntas.

Elas explicaram que geralmente as reivindicações por direitos eram feitas na Assembleia do CAPS, que acontecia uma vez por mês. Nesse espaço, uma trabalhadora solicitava aos usuários que escrevessem suas reivindicações em um pedaço de papel e entregassem a ela. Quando todos entregavam seus papéis ela lia as reivindicações em voz alta, supostamente com a intenção de organizar o debate. Ouvindo o relato ficava evidente que os usuários não tinham voz na Assembleia, literalmente, e que a passagem de papéis para a trabalhadora também era bastante literal. A voz que lia as reivindicações era a voz da trabalhadora, enquanto as vozes dos usuários emudeciam. No final, quem ficava com o papel de resolver os problemas era a sobrecarregada trabalhadora, enquanto os usuários aguardavam passivamente sentados em seus lugares – tal como a própria trabalhadora havia inicialmente solicitado. Questionávamos esse modo de funcionamento da Assembleia, mas as trabalhadoras desviavam da questão, parecendo não entender – e não querer entender.

As poucas pessoas que ainda iam na Assembleia estavam ficando cada vez mais desanimadas. Apesar de aquele ser um espaço para usuários e familiares, os últimos quase nunca apareciam, e as reuniões seguiam bastante esvaziadas e nada resolutivas. As

trabalhadoras acrescentaram ainda que a equipe sempre era informada do ocorrido na Assembleia e que a coordenadora do CAPS levava todos os problemas para a gestão, mas eles nunca recebiam um retorno para as reivindicações. Voltar para a Assembleia sempre de mãos vazias trazia muitas frustrações para os usuários e para os próprios trabalhadores também, pois eles sentiam que não adiantava reclamar, e então acabavam desistindo.

Uma das reivindicações constantes dos usuários era sobre a comida, que era muito diferente da servida no Pronto Socorro. Todos sabiam que a comida que a Prefeitura enviava era a mesma para o Pronto Socorro e para o CAPS, já que os serviços ficavam localizados um ao lado do outro, mas quem recebia e armazenava os alimentos todos os dias era a cozinha do Pronto Socorro, já que a cozinha do CAPS era muito pequena. Acontece que, na cozinha do Pronto Socorro, uma estranha divisão parecia estar sendo feita porque, enquanto os usuários e os trabalhadores deste serviço sempre tinham legumes, frutas e sucos à disposição, para o CAPS só enviavam arroz, feijão, farofa ou macarrão. Os trabalhadores acabavam desistindo de reclamar e optavam por almoçar em um restaurante próximo dali ou traziam comida de casa. Já os usuários comiam a comida que tivesse – e continuavam reclamando na Assembleia, sem nunca receber nenhuma resposta.

Ficamos sabendo que naquela semana a auxiliar de serviços gerais chorara na frente de todos no CAPS porque não tinha leite para servir aos usuários no café da manhã. A trabalhadora afirmou enfaticamente que era muito importante tratar dessas questões mais concretas e não ficar só no plano teórico. Sentimos essa afirmação como uma alfinetada. A trabalhadora voltava a marcar a diferença entre teoria e prática, e ficava claro que, segundo a perspectiva dela, as apoiadoras traziam questões que ficavam no plano teórico enquanto as trabalhadoras estavam trazendo questões do plano prático. Estava armado o campo de batalha. De um lado as trabalhadoras, as práticas, e do outro lado as apoiadoras, as teóricas.

Era difícil manter uma postura acolhedora enquanto a trabalhadora nos alfinetava. Sentia a raiva esquentar meu peito e subir pela garganta. A boca dava passagem a perguntas que saíam como flechas: quem foi que te disse que as coisas que conversamos aqui ficam apenas no plano teórico? Por acaso o gesto de ouvir os usuários, de levar a sério o que eles dizem, de compartilhar responsabilidades com eles, parecem coisas teóricas? Haveria alguma outra maneira mais eficaz de transformar a situação do CAPS?

Alguém teria alguma proposta mais prática para apresentar? Devolvia flechas afiadas à trabalhadora que alfinetava. Declarávamos uma guerra invisível, que só podia ser sentida à flor da pele. Aparentemente estávamos apenas conversando em um tom de voz normal, de maneira absolutamente civilizada, em mais uma reunião de Apoio Matricial que transcorria como de costume. Intensivamente, experimentávamos relações belicosas entre saber e poder, que a qualquer momento poderiam pôr a perder nossa aposta comum.

As apoiadoras não estavam ali para ganhar nem para perder essa batalha. O problema é que a luta era outra. Era preciso nos desvencilharmos dessa falsa batalha que nos separava, para encararmos juntas a luta que nos unia. Retomamos a conversa sobre a importância de construir uma Associação e sobre o papel desses movimentos de luta que visam dar maior visibilidade para os problemas, levando adiante as reivindicações. As trabalhadoras afirmaram que esse não era só um problema do CAPS e que a população de São Pedro da Aldeia precisava de maior conscientização política para sair do lugar de passividade em que se encontravam. “O município inteiro está abandonado, e ninguém faz nada! São todos muito passivos!” – Vociferavam as trabalhadoras.

O tema da passividade dos usuários voltava à tona com força total. As trabalhadoras diziam que nesse sentido os usuários não eram tão diferentes do restante da população, mas com o transtorno mental tornava-se ainda mais difícil estimular a participação deles, o engajamento, a construção de consciência política. “Os usuários são muito passivos”, “Os usuários não participam!”, “Eles são muito dependentes da família e do CAPS”. O mantra era repetido e repetido – onde estaria escondido o tal do ritornelo? Soterrado pelo pesado mantra das trabalhadoras, talvez. Soterrado pela falta de paciência das apoiadoras, certamente.

Outra trabalhadora começou a contar que os usuários do CAPS às vezes até iam sozinhos para o CRAS às quartas, quando eles participavam de algumas oficinas. Porém, quando um usuário novo buscava acesso ao CRAS, eles exigiam um número de inscrição social e não acolhiam. Segundo a trabalhadora, havia um cansaço muito grande frente às barreiras enormes que encontravam na rede e havia uma passividade nos usuários frente a esta situação, que eles naturalizavam e acomodavam-se.

Outra trabalhadora então contou que estes problemas cotidianos de falta de recursos no CAPS e na rede de maneira geral estavam sendo muito discutidos no GIF e que tinha mobilizado o grupo para a montagem de uma Associação de Familiares.

Sentíamos o desejo de montar uma Associação como um sopro de ar fresco. Sabíamos que essa conversa já havia aparecido muitas vezes no GIF, mas o planejamento nunca saía do papel.

Valorizamos muito esse movimento e começamos a pensar em maneiras de oferecer apoio para que essa iniciativa ganhasse força. Poderíamos organizar rodas de conversa sobre o tema das Associações, ou poderíamos convidar alguém para dar uma palestra seguida de debate, tal como já havíamos organizado antes com a participação da Cristina, presidente da AFAGUS do município de Búzios, e com a Iracema Polidoro, presidente da APACOJUM do município do Rio de Janeiro. A trabalhadora disse que levaria a proposta para o GIF, e combinamos que continuaríamos pensando em maneiras de apoiar e fortalecer essa iniciativa.

Lembramos também das conversas que tivemos sobre a possibilidade de convidar os monitores para participarem das nossas discussões e concordamos que era um momento oportuno para incluí-los. Era o primeiro encontro do ano, dia 18 de fevereiro de 2014. Já havíamos realizado nove encontros até então. Organizamos nossa agenda de trabalho marcando as datas: 18 de março, 01 de abril, 15 de abril, 29 de abril, 13 de maio, 27 de maio e 10 de junho. Combinamos que faríamos o convite para que os monitores participassem das próximas reuniões de Apoio Matricial e que, no último dia, faríamos um Grupo Focal Narrativo. Tínhamos, no total, mais sete encontros. Mal acabávamos de anotar as datas nas agendas, e o monitor, parecendo antecipar nosso convite, apareceu na janela perguntando se era uma reunião da GAM e se ele deveria sentar ali conosco. Surpresas e alegres com a chegada súbita dele, pedimos para que chamasse também a monitora, que estava sentada na recepção do CAPS, para conversarmos todos juntos.

Reunidos os sete na sala, convidamos os monitores para pensarem junto conosco, nas próximas reuniões de Apoio Matricial, como vinha sendo estar na posição de monitores e como estava se dando o manejo do GIU. Ambos disseram que ser monitor era uma experiência legal, “uma responsabilidade boa”, que estavam sempre conversando no grupo e ajudando os outros a falarem mais sobre o que estavam achando. A presença dos monitores permitia-nos incluir a perspectiva dos usuários em nossas discussões de Apoio Matricial, e já imaginávamos que essa inclusão promoveria muitos deslocamentos de perspectiva no grupo, que agora teria uma composição ainda mais heterogênea: pesquisadoras trabalhadoras, acadêmicas apoiadoras e usuários monitores.

A primeira reunião com a presença dos usuários serviu como um grande analisador para pensar a questão da participação. Para nossa surpresa, as trabalhadoras, que tanto reclamavam da falta de participação dos usuários, não puderam participar dessa reunião. Uma delas faltou devido a problemas de saúde, outra estava atendendo no mesmo horário do grupo, e a terceira ficou dez minutos conosco na sala e depois saiu para atender a uma emergência no Pronto Socorro. Fizemos a reunião com duas acadêmicas e dois usuários. Por que justamente no momento em que os usuários iam participar as trabalhadoras se retiravam?

Começamos a conversa com os usuários sobre a experiência deles no GIU. Acessar a perspectiva dos usuários era entrar em um mundo um tanto estranho, mas que ao mesmo tempo era muito familiar. As questões se agenciavam de maneiras pouco usuais. Percebíamos de cara que o monitor tocava em assuntos fundamentais, mas acompanhar a fala dele era bem trabalhoso, exigindo um verdadeiro esforço físico.

Ele começou falando dos quadros clínicos e de como os quadros vão mudando a cada fase da vida. Dava muitas voltas e trazia muitas outras histórias para dizer que já esteve dentro de vários quadros e que as vezes ficava meio perdido na hora de mudar de quadro. Também ficávamos perdidas ouvindo as histórias e isso nos fazia ter a certeza de que estávamos não apenas entendendo, mas também experimentando o que ele estava contando. Ao parecer perceber nosso esforço e interesse chegou mais perto, abaixou o tom de voz e perguntou-nos se o psiquiatra tinha como ficar sabendo antes para poder contar para ele em qual quadro ele iria entrar.

As apoiadoras afirmaram que pensar nos quadros era muito bom porque nos ajudava a relacionar essa situação com a dos artistas. Nenhum artista que começa a pintar um quadro sabe exatamente como vai ficar o quadro no final, assim como o psiquiatra, que conhece alguns quadros, mas não sabe exatamente como cada pessoa vai entrar neles. A monitora disse que assim como a gente pode perceber que uma pessoa está caminhando para ficar mal, o psiquiatra também pode nos ajudar a perceber isso – se estamos caminhando para ficar bem ou para ficar mal. Concordamos com ela e falamos da importância de acompanhar as pessoas ao longo do caminho delas.

O monitor explicou que seu problema na verdade é de combinação e de permutação. Ele era muito inteligente na escola, mas depois alguma coisa aconteceu e ele não continuou os estudos. Passou um tempo assistindo muita televisão porque achava que

precisava absorver todas as informações importantes dos jornais. Com os filmes antigos também era assim – cada geração assistia seus filmes, mas também via os filmes antigos de outro jeito. Ele se interessava em entender como as pessoas podem conhecer mais e por que cada geração pensa diferente da geração anterior. Mais importante agora era entender o que ia acontecer com ele quando passasse de um quadro clínico para um novo quadro.

Ele contou meio tímido que as vezes até queria falar mais no grupo, mas preferia ficar guardando, como um machucado no pé que a gente tem que esconder. Falamos da importância de deixar que um machucado no pé fique um tempo aberto para pegar ar, pois só assim ele pode cicatrizar, já que se deixarmos sempre escondido o machucado acaba ficando abafado e infeccionando. O monitor escuta atentamente e diz que tem muita coisa para falar no grupo mesmo, mas nem tudo pode falar assim para todo mundo ouvir. Muitas coisas ele queria falar só com o psiquiatra, mas as consultas só acontecem a cada três meses e ele estava vivendo um mês de cada vez. Como fazer para escolher um mês e contar a cada três meses? A monitora lembrava que dava para conversar com os outros profissionais também, e discutimos sobre a importância de ter uma rede de apoio para não ficar dependente de uma pessoa apenas.

A monitora contou que sua rede era boa e que a madrasta estava ajudando a controlar a medicação. Disse que às vezes não queria tomar o remédio, mas agora estava tomando todos os dias. O monitor disse que sua mãe é que cuida da medicação dele. Conversamos sobre o silêncio que os usuários fazem no GIU quando falam de medicação, e os monitores disseram que muitos não gostam de falar disso porque, quando não querem mais tomar o remédio, têm que ser internados. Lembram de uma usuária do CAPS que tinha quebrado o bebedouro e internaram ela. Quando ela saiu, estava muito dopada e nem reconheciam ela direito. Questionar o uso da medicação parecia quase sinônimo de internação. Nesse contexto, o silêncio dos usuários no GIU fazia muito sentido e podia nos dizer muita coisa.

Íamos entendendo melhor a dinâmica da participação dos usuários no GIU e também a dinâmica da participação das trabalhadoras. Na reunião subsequente, quando as três trabalhadoras estavam presentes, aconteceu mais uma situação que serviu de analisador: voltamos ao sempre insistente tema da participação dos usuários, e o monitor pôs-se a falar porque ele achava que a participação dos usuários era baixa. Depois de dar

algumas voltas, incluindo os temas dos quadros e dos filmes, ele afirmou que os usuários muitas vezes preferem não falar por que as pessoas não dão atenção de verdade ao que eles dizem. Enquanto o usuário dizia isso, uma trabalhadora começou a ler mensagens no seu celular, a outra abriu a agenda e começou a escrever alguma coisa, enquanto a outra ficou prestando atenção na monitora, que por sua vez se levantou dizendo que precisava ir ao banheiro.

Levei um susto com a cena, que parecia ter sido ensaiada, e olhei para o usuário com os olhos esbugalhados. Ele acenava com a cabeça em sinal de confirmação, com as sobrancelhas arqueadas e imbuído de uma expressão serena, como se dissesse: “viu?! é disso que eu estou falando”. Olhei para as trabalhadoras, ainda me recuperando do susto, e perguntei se elas tinham visto o que acabara de acontecer ali ou ouvido o que o usuário acabara de dizer. Com umas caras de quem não estava vendo nada de novo, as trabalhadoras sacudiram a cabeça e soltaram um desinteressado e aéreo “aham”.

Como um xamã ameríndio, a apoiadora havia acessado o mundo do qual o usuário era perspectiva, e agora precisava voltar para contar a história. Mas o papel do Apoio Matricial não era ensinar as trabalhadoras um conceito, uma teoria nova, ou mesmo uma fórmula, mas sim fazer aparecer os analisadores, as situações que podiam evidenciar problemas fundamentais e apontar possibilidades de virada, esboços de modos de fazer diferente.

Na tentativa de fazer aparecer aquela importante situação analisadora, a apoiadora pôs-se a descrever a cena que acabava de assistir. Cada trabalhadora dava uma justificativa diferente para ter ficado desatenta exatamente no momento em que o monitor falara disso. As justificativas não eram importantes. O importante era que estávamos começando a perceber como as relações iam sendo construídas. Era preciso retomar esse processo de construção. Experimentar outras relações e forjar outros termos. Retomamos nosso trabalho conversando sobre os acontecimentos no GIU e no GIF. Mais atenta ao manejo do grupo, tentava sempre perguntar aos monitores o que eles achavam do que estava sendo dito pelas trabalhadoras, e vice-versa, tentando assim tecer novos laços de atenção entre uns e outros.

A inclusão dos familiares também aconteceu na reunião de Apoio Matricial, mas infelizmente só pudemos contar com a participação de uma monitora do GIF em um encontro. Ela deu notícias do grupo, que no momento estava contando com uma média

de sete a oito pessoas. Segundo ela, o grupo já chegou a receber quatorze pessoas, mas também já precisou ser cancelado pela ausência de participantes. Ela falou bastante de sua dificuldade em lidar com a situação de seu irmão, que vive na rua e faz uso abusivo de álcool, sendo eventualmente recolhido pela “ação social”, que insiste para que ela receba-o em sua casa. Disse que já cuida de sua neta que é especial e que não tem mais idade para cuidar de seu irmão, que já é bem grandinho. “Agora eu preciso é cuidar de mim!” – afirmou a monitora.

As apoiadoras destacaram a importância do acolhimento dessas dificuldades no GIF e perguntaram se os participantes têm encontrado no grupo um espaço para cuidar deles mesmos. Muito animada, ela respondeu que sim e contou duas histórias interessantes das redes de amizade que têm surgido para além do GIF: na semana anterior, ela teve uma longa conversa por telefone com a mãe de um usuário que estava precisando conversar sobre problemas particulares muito graves e não conseguia falar no grupo. Ela disse que o grupo era muito bom para falar de alguns problemas, mas nem sempre dava para contar certas coisas e, assim que percebeu isso, ela ligou para conversar no particular pelo telefone. Disse que depois da longa conversa no telefone, a senhora voltou ao GIF muito diferente e trouxe até um bolo para elas comerem juntas durante o encontro do grupo.

A monitora contou também que no mês anterior a outra monitora deu a ela um caderno de alfabetização para praticar escrita e leitura, e agora já estava sendo mais fácil ler o Guia GAM no grupo, porque antes ela tinha muita vergonha de não saber ler direito como as outras. Com muito orgulho, ela contou que já estava até conseguindo ler a Bíblia na Igreja. Disse que a outra monitora, que já tem mais de oitenta anos, é uma mulher que tem muita experiência de vida e ajuda muito com sua sabedoria, explicando os pontos que ficam confusos na discussão do Guia GAM e incentivando-a a ler sempre mais para manter a mente ativa.

A monitora estava responsável por convidar outros familiares para o GIF e para eventos que aconteciam no CAPS. Ela se queixava muito do grande número de mães que só iam ao CAPS quando precisavam de alguma coisa (para pegar medicação ou pra pedir pra internar os filhos quando a situação já está grave). Segundo ela, se essas mães tivessem uma presença mais assídua, o grupo se fortaleceria, e o CAPS ficaria melhor. É por isso que ela estava bem alegre na sua nova função, que era fazer contatos – saía do

CAPS às terças-feiras à tarde, depois do GIF, e passava na casa de várias famílias que conhecia, convidando para os encontros do GIF e para outras atividades do CAPS – “igual eu fazia há uns anos atrás quando trabalhava na Ação Social da Igreja”, lembrava a monitora. A trabalhadora, mostrando grande empatia pela monitora, dizia que ela era “peça fundamental no grupo”!

Os monitores nos mostravam como era importante ampliarmos a rede com a qual estávamos contando e trazer mais gente para o CAPS. Experimentávamos ali o desejo de ampliação da rede de relações, como um efeito claro da autonomização dos grupos. Quanto mais o GIF e o GIU iam construindo autonomia coletiva, mais desejo de ampliar esse coletivo ia nascendo e crescendo. Nesse sentido, a presença dos monitores foi fundamental para planejarmos no grupo de Apoio Matricial a organização de duas rodas de conversa que tiveram efeitos muito potentes.

A primeira roda de conversa foi sobre Reforma Psiquiátrica e a participação dos usuários e contou com a presença de Beth Sabino, que é pesquisadora da GAM e usuária do IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ no município do Rio de Janeiro. Realizada em uma grande sala do CAPS, essa roda de conversa contou com a participação de uma média de trinta pessoas, somando usuários, familiares e trabalhadores. Beth contou um pouco de sua história, desde a internação até a passagem para o tratamento no IPUB e a mais recente inserção na pesquisa GAM. Contou sobre a viagem que fez com outros usuários brasileiros para o Canadá e como foi bom o contato deles com os usuários de lá. Contou sobre os serviços alternativos no Quebec e sobre as várias oficinas que são oferecidas no IPUB, dando destaque à oficina de Psicopatologia (onde os usuários assistem aulas, discutem e tiram dúvidas sobre os transtornos mentais com um professor da UFRJ que é psiquiatra) e ao projeto a Voz do Usuário, do qual ela é coordenadora. Todos gostaram muito da fala dela, que gerou uma repercussão enorme no CAPS. Alguns familiares diziam entusiasmados que a princípio não acreditavam que seus filhos podiam melhorar e ficar “assim que nem a Beth”, mas agora estão achando que dá para melhorar muita coisa. Queriam começar melhorando o CAPS, que precisava ter mais oficinas e mais projetos.

A segunda roda de conversa também gerou muita repercussão e entusiasmo. O tema foi Reforma Psiquiátrica e o papel das Associações na Saúde Mental e contou com a presença de Iracema Polidoro – militante histórica do Movimento da Luta

Antimanicomial e presidente da APACOJUM (Associação dos Parentes e Amigos da Colônia Juliano Moreira), uma organização muito atuante na saúde mental do município do Rio de Janeiro. Essa foi uma ação importante do Apoio Matricial, que assumiu a tarefa de apoiar a construção da Associação em São Pedro da Aldeia. Iracema já tinha ido ao CAPS no ano anterior, para falar de Reforma Psiquiátrica a convite das acadêmicas, quando as mesmas fizeram sua despedida do GIF. Dessa vez, a fala de Iracema foi mais direcionada para os projetos que uma Associação pode desenvolver, tratando especificamente do que os familiares e usuários podem conquistar a partir da construção de uma Associação. Ela contou um pouco da história da APACOJUM e apresentou alguns dos projetos que são desenvolvidos por eles. Os familiares ficaram muito empolgados e trocaram contatos com Iracema.

Quando voltávamos ao CAPS para as reuniões de Apoio Matricial a cada quinze dias, as trabalhadoras tinham cada vez mais entusiasmo e novidades para contar. Os familiares do GIF começaram a trabalhar no estatuto da Associação, usando como base o estatuto da APACOJUM. Depois da roda de conversa, um familiar tomou a iniciativa de enviar um e-mail para Iracema solicitando uma cópia do estatuto digitalizado. Dois dentre os novos familiares que estavam frequentando o GIF pareciam bastante empenhados e já haviam trazido de casa várias propostas de alteração para o documento. O grupo vinha pensando na sigla da Associação, e alguns propuseram APAUSAMSPA (Associação de Parentes, Amigos e Usuários da Saúde Mental de São Pedro da Aldeia). Também vinham pensando em uma logomarca, e já surgiram algumas propostas de desenho. Queriam que a diretoria fosse composta pelas seguintes funções: presidente, vice-presidente, tesoureiro e secretário.

Aos poucos íamos recebendo novas notícias pelo grupo de Apoio Matricial. A trabalhadora contava, semana após semana, os avanços e os desafios enfrentados pelos familiares, que estavam usando o espaço do GIF para realizar o planejamento da Associação. Eles fizeram algumas mudanças importantes no modelo de estatuto que utilizaram, passando a duração do mandato da diretoria de quatro anos para dois anos e trocando o modelo representativo de eleição de chapas pelo modelo participativo de Assembleia Geral. Os familiares tentavam encontrar meios para convocar outras pessoas, já que entendiam que a Associação não se resumia às pessoas que frequentavam o CAPS ou o GIF. Nesse sentido, pensaram em fazer uma reunião na Casa Azul, divulgando a

ideia da Associação, que o grupo decidiu batizar de ASSAMESPA – Associação da Saúde Mental de São Pedro da Aldeia.

Os familiares também reivindicaram mais contato com o psiquiatra do CAPS pois queriam tirar dúvidas sobre psicopatologia e entender melhor o diagnóstico dos usuários. Reivindicaram, ainda, uma reunião com a coordenadora do CAPS, para conhecerem melhor os serviços da rede, o funcionamento de cada um deles, e as ofertas que estavam disponíveis. A coordenadora logo atendeu à reivindicação dos familiares e fez a reunião, que foi muito esclarecedora, no espaço do GIF. Quanto à reunião com o psiquiatra, não foi possível compatibilizar a agenda do profissional com a demanda dos familiares. Ficou encaminhado que esta reunião aconteceria dentro da reunião de equipe, quando o profissional poderia estar presente. Os familiares ficaram incomodados com isso e defenderam a necessidade de criar uma oficina de psicopatologia. A trabalhadora inserida no GIF disse que o CAPS estava passando por um processo de mudança de tipificação e poderia se tornar um CAPS II, fazendo com que o serviço ganhasse mais um psiquiatra, e talvez assim a reivindicação dos familiares pudesse ser atendida.

Quanto às notícias do GIU, a monitora contou que houve reunião do grupo no dia em que as trabalhadoras faltaram, e que esse encontro foi coordenado por ela e com ajuda do monitor. Ela relatou como ficou nervosa, mas depois relaxou e fez a palavra circular no grupo, fazendo perguntas. Disse que uma usuária muito comunicativa compareceu no último grupo e que as pessoas tiveram bastante participação. Falou da importância de não ter só uma fala restrita, de compartilhar as próprias experiências para deixar as pessoas mais à vontade. Contou ainda que também estava conduzindo o Fala CAPS – que é um grupo que acontecia todas as manhãs no serviço – quando as trabalhadoras precisavam se ausentar.

Parece que todo o movimento do GIF e da montagem da Associação foi fazendo também com que as trabalhadoras ficassem ainda mais incomodadas com a suposta falta de participação dos usuários, a ponto de não perceberem que o GIU estava avançando a passos largos. Quando o grupo chegou ao final da leitura e discussão do Guia, a trabalhadora pensou que talvez fosse necessário dar um tempo no grupo e fazer outras coisas. Disse que achava que os usuários não quisessem mais repetir a leitura e discussão do Guia GAM porque já tinham feito isso duas vezes. No grupo de Apoio Matricial,

interrogamos sobre esse cansaço e vontade de parar de repetir, tentando entender se esse era um movimento dos usuários ou das trabalhadoras.

A trabalhadora resolveu então levar essa pergunta aos usuários e ver o que eles achavam, e todos disseram que achavam importante manter o GIU. Falaram então, no grupo, da importância do GAM na vida deles, e discutiram temas como continuidade, repetição, aprendizado e mudança. Surgiram falas como: “O grupo é muito instrutivo”, “Faz a gente pensar na saúde”, “Acho importante repetir”. Todos queriam continuar. Discutiram, então, como seria essa continuação do grupo, se seria um recomeço, e se o grupo continuaria sendo aberto para novos participantes ou fechado para os que já estavam ali.

Conversando sobre isso no grupo de Apoio Matricial, a trabalhadora mostrou-se surpresa com o fato dos usuários não estarem se sentindo cansados, e ainda manifestarem o desejo de iniciar um novo grupo. Falamos mais uma vez da sensação de cansaço que acometia as trabalhadoras e de como era importante conversarmos mais sobre isso, repetir essa conversa muitas vezes, assim como o GIU queria repetir a conversa sobre o Guia GAM. Para lidar de outra maneira com esse cansaço e criar condições para diminuí-lo, era importante criar estratégias coletivas, como, por exemplo, confiar mais no grupo e nos monitores, para que os mesmos auxiliassem mais nessa função que estava sendo cansativa para elas.

Ao falarmos sobre isso com as trabalhadoras, tentávamos experimentar isso ali naquele momento, e convocávamos os monitores para nos ajudarem a lidar com essa repetição da conversa sobre cansaço, que o grupo de Apoio Matricial também cansava as apoiadoras. O monitor aproveitou a oportunidade para contar mais uma vez que seus atendimentos com o psiquiatra se davam a cada três meses, às vezes demorava até quatro meses. Ele disse que vivia um mês de cada vez, mas, se as consultas eram tão espaçadas, havia dificuldades em dizer o que ocorreu nos outros meses. A partir da situação trazida pelo monitor, discutimos sobre a importância de ter um acompanhamento mais próximo. Percebíamos, ali, que todos nós precisávamos de pessoas que nos acompanhassem mais de perto, que nos ajudassem a seguir caminhando em uma estrada que tinha tantos altos e baixos. Os usuários seriam beneficiados se contassem com um apoio mais próximo dos trabalhadores. Os trabalhadores seriam beneficiados se contassem com um apoio mais próximo dos usuários. As apoiadoras seriam beneficiadas se os trabalhadores e os

usuários se apoiassem mais, e se elas pudessem também encontrar apoio neles e em outros grupos, como o grupo de pesquisadores do qual faziam parte. Sentíamos que, se todos se apoiassem, não faltaria apoio para ninguém.

Voltamos a falar sobre o GIU, e retomamos a questão do cansaço dos usuários e dos trabalhadores. A trabalhadora contou que, quando o assunto é rede de apoio, autonomia e direitos, há um silenciamento maior no grupo. Refletimos sobre este silenciamento durante estes temas específicos, e de como esta situação era analisadora de uma precariedade, por exemplo, na rede de apoio dos usuários e da própria rede de saúde mental na qual estávamos todos inseridos.

Ressaltamos ainda como é importante a Associação, que podia vir a ser mais um nó desta rede de apoio. Entendemos que este silêncio podia ser uma reivindicação dos usuários e nos demos conta que eles estavam sendo deixados de lado no processo de montagem da Associação.

As trabalhadoras relataram que realizar essa inclusão era complicado, porque havia pouca tolerância com alguns usuários que causavam confusão no espaço do CAPS. Essa era uma situação que vem incomodando os trabalhadores, e principalmente os outros usuários que estão lá todos os dias. Às vezes os trabalhadores contavam com os usuários para dar limites a estes que causavam confusão. Do modo como estava sendo apresentado o problema, vimos surgir, de um lado, alguns usuários que eram passivos, não tinham iniciativa, não reivindicavam seus direitos; e, do outro lado, usuários que faziam confusão no CAPS, que precisavam de limites. Tentamos problematizar essa oposição que estava sendo forjada entre dois tipos de usuários diferentes e perguntamos se esses que faziam confusão não estariam fazendo uma reivindicação.

A pergunta gerou uma reação imediata nas trabalhadoras, que disseram que não, de jeito nenhum, não se tratava de reivindicação, acontecia que alguns usuários queriam mesmo é impor suas vontades sobre os outros e isso não podia ser permitido no CAPS. A monitora complementou dizendo que também havia usuários “com trava na língua” e que havia um desejo de que eles participassem e um esforço de estar sempre os convocando: “O que você acha, fulano?”. O monitor disse que o silêncio se dava porque muitos pensavam antes de falar, refletiam. É preciso “dar um bom tempo”, é preciso haver um tempo entre uma pergunta e uma resposta para abrir a mente, organizar as ideias. Ele

relata que há um esquecimento, uma confusão da cabeça, e que os participantes muitas vezes repetem as respostas porque esquecem.

O monitor disse também que, quando os usuários falam alto, é porque não têm espaço para falar baixo. Deu também o exemplo de quando o usuário gagueja, que isto tem a ver com uma embolação do pensamento. Além disso, disse que também se fala alto quando não tem resposta. Falamos então sobre as reivindicações dos usuários, e como estas devem ser levantadas como pautas para a Associação.

Seguimos dando força para as iniciativas que iam se fortalecendo no CAPS. A trabalhadora contou da reunião de planejamento do próximo GIU, onde surgiu uma discussão a respeito do nome, pois foi feita uma proposta de escolha ou votação de um nome novo para o grupo. Alguns participantes levantaram a ideia de que o nome do grupo fosse “Terapia da GAM” e outros propuseram “Grupo GAM”. Eles discutiram, então, se aquele era um grupo terapêutico ou não, e chegou-se à conclusão de que não era grupo terapêutico, mas tinha efeitos terapêuticos. A trabalhadora reconheceu que há no grupo uma reivindicação por um espaço que chamam de “roda de terapia” e que os usuários desejam que esse espaço seja montado separado do grupo GAM.

Percebíamos que a trabalhadora havia mudado seu posicionamento no grupo e pontuamos como essa mudança fazia aparecer coisas que nunca haviam aparecido antes, como propostas de discussão, votação, escolha de nome e até mesmo reivindicações de outros espaços terapêuticos por parte dos usuários. A trabalhadora parecia orgulhosa de perceber a mudança que tinha acontecido na sua própria prática, e valorizamos muito essas mudanças, que podem parecer pequenas aos olhos de quem vê de fora, mas que nós ali sabíamos como era difícil mudar nossos próprios posicionamentos e como essa mudança fazia muita coisa mudar junto.

Os monitores aproveitaram para contar de suas participações no primeiro GIU e de como haviam mudado também. Disseram que nesse primeiro grupo os pesquisadores falavam “de dentro da doença, mas civilizado!”. Perguntamos como isso se dava e o monitor disse que perguntavam o que eles estavam sentindo e eles falavam das sensações no grupo, mas sem ficar agitado. A monitora se lembrou de quando teve raiva, estava mal, e rasgou o guia GAM. Um pesquisador acadêmico perguntou por que ela havia feito aquilo, e ela disse que não sabia explicar. Ele pediu que ela levasse o guia, mesmo

rasgado, e isso foi muito importante para ela, “porque ele poderia ter brigado comigo, mas não, ele entendeu alguma coisa que nem eu entendi”.

Ainda em relação ao GIU – ou melhor, ao novo grupo com usuários, que agora, rebatizado, se chamava Grupo GAM –, conversamos sobre uma questão que o monitor trouxe a respeito do que chama de embolação do pensamento. O monitor disse que a embolação do pensamento também atinge quem é normal e pode ser por causa de uma confusão do dia a dia, ou mesmo por estar fazendo as coisas na correria, na pressa. A monitora complementou, afirmando que quem tem transtorno mental tem “uma visão além”, uma sensibilidade maior, um cuidado com o outro que permite olhar e já saber quando o outro está triste, ou nervoso. Ambos disseram que muitas vezes os trabalhadores estão tendo embolação do pensamento por causa da correria do trabalho e que nesses momentos era importante a ajuda do usuário porque sua “visão além” podia mostrar os detalhes que eles estivessem deixando de lado.

As trabalhadoras concordaram enfaticamente e falaram como este olhar dos usuários é importante para o trabalho no CAPS, como eles colocam mesmo muitos detalhes em evidência. Muitas vezes, para os trabalhadores, em meio a correria e às urgências do cotidiano de trabalho, os detalhes podem passar despercebidos, mas, para os usuários, a atenção aos detalhes era muito importante. Entendemos que os trabalhadores precisam contar com o apoio dos usuários para que fiquem mais atentos e ofereçam um cuidado melhor. Naquele momento, parecia que aquilo estava mesmo fazendo sentido. Não estávamos apenas entendendo racionalmente – estávamos sentindo e experimentando aquilo ali de verdade. Todas nós olhamos para os monitores com um olhar de muita gratidão.

O monitor aproveitou o momento para trazer novamente o exemplo do psiquiatra e disse que este trabalhador às vezes quando chegava de manhã no CAPS nem deseja bom dia para ninguém, nem perguntava se a pessoa estava bem, e já saía correndo dizendo que precisava atender. Caímos na gargalhada com o exemplo do monitor, que rapidamente tentou explicar que não estava falando mal do psiquiatra de jeito nenhum, que admirava muito o trabalho dele e que devia ser mesmo muito difícil entender tantas cabeças em tantos quadros diferentes. Quanto mais o monitor tentava explicar, mais engraçado ficava. Rimos até a barriga ficar doendo. No final, o monitor deixou um pouco da timidez de lado e também se entregou à gargalhada conosco.

Mas rir não significava ignorar. Após secarmos os olhos que lacrimejavam de tanto rir, pensamos sobre o exemplo do monitor, que nos mostrou a importância de conversarmos mais com os outros trabalhadores do CAPS, levando as questões que discutimos no Apoio Matricial para as reuniões de equipe. Reconhecemos a importância de sensibilizar os demais trabalhadores para que entendessem a importância de valorizar a perspectiva dos usuários e dos familiares. Nós tínhamos ali, no grupo de Apoio Matricial, muitas experiências que nos permitiam afirmar a necessidade de realizar essa inclusão, e acompanhávamos muitos casos que caminhavam na direção dessa aposta comum. Mas também fazíamos questão de lembrar que esse trabalho não era fácil e que essa aposta comum não era um mar de rosas. Muitas turbulências surgiam quando nos arriscávamos nessa aposta comum, e era preciso torná-las visíveis, em primeiro lugar, para então poder criar estratégias para lidar com elas da melhor maneira possível.

E, por falar em turbulência, quando nos encontramos no CAPS quinze dias depois para mais um encontro, conversamos sobre uma situação tensa que aconteceu entre um novo participante do Grupo GAM e o monitor. A pergunta do Guia GAM “Você percebe diferenças na maneira como você se apresenta e como ou outros apresentam você?” (ONOCKO CAMPOS et al, 2012, p.17) gerou uma grande discussão e quase terminou em briga, porque o usuário novo disse que ele era o presidente da Associação e que ele tinha que ser respeitado, gritando, batendo na mesa e indo para cima do monitor, como se quisesse resolver a discussão no tapa. O grupo todo ficou muito assustado, mas o monitor e a trabalhadora foram firmes e ao mesmo tempo calmos, acolhendo a situação juntos.

Em um momento anterior, no CAPS, este mesmo usuário escreveu em um papel os diferentes cargos que compunham uma Associação: presidente, vice-presidente, secretário, tesoureiro, diretora, gerente e professor. Para cada cargo, ele colocou um representante, anotando o nome das pessoas que frequentavam o CAPS. Ele escreveu também as regras do CAPS, como “Não xingar”, “Sem brigas”, etc. A trabalhadora lembrou desse papel e entrevistou no meio da discussão que se armava no grupo. Primeiramente, ela perguntou sobre o papel, destacando a importância de respeitar as regras que nós mesmos escrevemos, e em um segundo momento ela explicou que os dois monitores estavam ali auxiliando-a no manejo do grupo, mas que o objetivo deles não era se tornarem presidentes, mas sim trabalhar para que todos pudessem se tornar responsáveis por cuidar daquele espaço.

Entendemos que essa confusão no Grupo GAM expressava um desejo muito positivo do usuário novo de estar ocupando um lugar de responsabilidade, como atualmente os monitores estavam ocupando. O monitor disse que esta atitude do usuário novo é do transtorno, que é dele e é do CAPS também, e por isso a gente tinha que compreender e ajudar. Achamos muito pertinente a colocação do monitor: o usuário tem transtornos, e o CAPS também tem transtornos. Isso significa que precisamos cuidar de ambos, do usuário e do CAPS. Fazendo clínica fazíamos política, fazendo política fazíamos clínica – e os efeitos se faziam notar cada vez mais.

A trabalhadora contou animada que havia vários participantes novos nesta nova fase do Grupo GAM e que os antigos participantes estavam assumindo uma postura bem mais ativa. Agora eles estavam usando um livro de ata no grupo, e os usuários tinham considerado muito importante registrar sua participação, assinando o livro a cada encontro. As trabalhadoras destacavam várias atitudes dos monitores, afirmando que eles vinham sendo muito acolhedores e compreensivos. Os usuários agradeceram e disseram que ser monitor era uma experiência muito boa e que trazia harmonia.

O monitor falou ainda de uma sensação forte no corpo, que acontece quando está em relação com os outros. Segundo ele, no GIU as pessoas estão tímidas para falar disto, das sensações no corpo, mas isso é muito importante, e é preciso falar dessas coisas também. Disse que os participantes estão dentro de quadros clínicos diferentes, e por isso ainda estavam se entrosando no grupo. Muitos não sabiam nem por que cada um estava no CAPS, o que os levou até lá, e por que os psiquiatras eram assim desse jeito. Por isso era tão importante conversar mais sobre o tratamento, e falar das sensações também.

Nesse clima de muitas transformações, combinamos que faríamos nosso último encontro de Apoio Matricial no dia 10 de junho de 2014. Nesse dia, prepararíamos a leitura e discussão coletiva de uma narrativa que trataria de nosso percurso juntos e, também, seguindo a orientação do monitor, falaríamos das sensações que passam em nosso corpo. Antes da despedida, porém, tínhamos ainda mais um compromisso, e dessa vez seria fora do CAPS: o Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que aconteceu nos dias 29, 30, 31 de maio e 01 de junho na Universidade Federal Fluminense. Três familiares e a monitora usuária estiveram presentes no encontro e participaram como Delegados Estaduais com direito a voz e voto. Divulgamos a recém-criada ASSAMESPA

e conhecemos muitas pessoas que, assim como nós, estavam caminhando na direção do fortalecimento da participação de usuários e familiares.

No dia de nossa despedida no CAPS, falamos muito das sensações e sentimos muito que havia chegado a hora de encerrar o trabalho. Lembramos de como foi bom estar ali durante esse tempo todo, como foi difícil enfrentar algumas questões, como era gostoso ir embora com sensação de termos feito um bom trabalho, que deixaria marcas na vida da gente por muito tempo.

A leitura da narrativa nos fez lembrar das questões que apresentei aqui de maneira resumida, mas o grupo achou melhor deixar o texto do jeito que estava mesmo, porque nunca ia dar para escrever sobre tudo. Além do mais, muito melhor do que aquilo que estava escrito no papel era o que estava escrito em nossos corpos.

Seguindo a orientação do monitor, falamos de cada uma das sensações que passavam pelo corpo. Falamos da mistura de alegria e tristeza, e da saudade que viria em breve, como mais um quadro que pintamos a muitas mãos. Falamos da saudade, e imediatamente ela se fez presente, naquele mesmo instante.

Saudade é estranha sensação no corpo, impossível de ser plenamente explicada, talvez por pertencer à categoria das coisas que só podem ser sentidas. Saudade, era o que sentíamos no corpo exatamente naquele momento de despedida, mesmo ainda estando na presença uns dos outros. Saudade é o que eu sinto agora, e, nesse sentido, todo meu corpo se preenche da presença de cada um deles, mais uma vez...

CONCLUSÃO

Da prescrição à tradução: Apoio Institucional e Matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação.

A GAM surgiu no Canadá na década de 90 e foi importada para o Brasil através de uma parceria de pesquisa que reuniu no ano de 2009 as instituições UFF, UFRJ, UNICAMP, UFRGS e Universidade de Montreal. Por meio dessa parceria internacional nós traduzimos, adaptamos e validamos o Guia GAM-BR de acordo com a realidade brasileira. Desse modo, o tratamento medicamentoso, que muitas vezes é abordado como um problema estritamente clínico, e o processo de precarização do SUS, que muitas vezes é abordado como um problema estritamente político, foram pensados nesse trabalho através de uma perspectiva clínico-política que aposta no apoio à cogestão do tratamento e dos processos de trabalho em saúde mental como uma estratégia possível para enfrentar esses problemas.

Utilizando a metodologia de pesquisa-intervenção participativa adotada pela GAM, traduzimos as noções de Apoio Institucional e Matricial, com base no trabalho realizado no município de São Pedro da Aldeia – RJ. Ambas as modalidades de Apoio se articulam com a aposta da estratégia GAM em seu caráter cogestivo, permitindo-nos experimentar dispositivos clínico-políticos que incluíram diferentes participantes, tornando-os corresponsáveis no processo de produção de conhecimento e cuidado em saúde mental. Nesse trabalho, somos pesquisadores acadêmicos envolvidos em um processo que inclui pesquisadores trabalhadores, familiares e usuários da RAPS.

As principais intervenções que realizamos na terceira fase da pesquisa GAM no município de São Pedro da Aldeia foram: Apoio Institucional ao Fórum de Trabalhadores da RAPS e Grupo de Apoio Matricial GAM no CAPS. A oferta de Apoio nos fez esbarrar em três questões que estão intimamente relacionadas e configuram uma espécie de pano de fundo das práticas de prescrição que ocorriam nos serviços de saúde mental em São Pedro da Aldeia.

Em primeiro lugar, percebemos que havia uma enorme precariedade nas relações de trabalho que atravessava vários aspectos, desde a gestão até o cuidado, e comparecia de maneira clara em no mínimo três níveis (I- Precariedade das relações de trabalho,

expressa através dos vínculos empregatícios frágeis, salários baixos, número reduzido de profissionais nas equipes, falta de insumos básicos e falta de uma estrutura física adequada nos serviços; II- Precariedade das relações entre os profissionais que compõem uma mesma equipe e entre as equipes dos diferentes serviços, expressa através de pouco diálogo, isolamento, e grande sensação de sobrecarga de trabalho; III- Precariedade da relação entre trabalhadores, usuários e familiares, expressa através de vínculos frágeis, escassa promoção de autonomia e grande sensação de desamparo).

Em segundo lugar, através da inserção do Apoio Institucional no Fórum, percebemos a questão da definição do perfil dos usuários, que eram categorizados como “Perfil CAPS” e “Perfil Ambulatório”; e, através da inserção do Apoio Matricial, vimos que os usuários eram categorizados como passivos ou participativos de acordo com um modelo de participação previamente definido pelos trabalhadores.

Em terceiro lugar, deparamo-nos com a questão da gestão da medicação, que vinha sendo usada em muitos casos como a única estratégia de tratamento, fazendo com que muitos usuários apenas acessassem os serviços uma vez a cada quatro ou seis meses para renovar as prescrições com os psiquiatras, nem mesmo chegando a conhecer os demais profissionais da equipe.

Fomos percebemos os efeitos nocivos das questões elencadas na medida em que nos aproximávamos dos problemas e tentávamos construir estratégias coletivas para lidar com eles, enfrentando duras resistências. No Fórum de Trabalhadores, a primeira dificuldade foi dar visibilidade para os problemas, porque, diante de tamanha precariedade, grande parte dos trabalhadores tinha medo de falar o que pensava, de se posicionar e sofrer retaliações ou mesmo ser demitida. O silenciamento que ia sendo produzido a partir da falta de comunicação entre os trabalhadores gerava isolamento entre eles, enorme sensação de sobrecarga de trabalho e baixa resolutividade. Além disso, o silêncio e o medo reforçavam a hierarquia entre os profissionais, que se posicionavam de maneira submissa a uma gestão centralizadora e verticalizada.

O correlato do silenciamento e da precariedade nas relações entre trabalhadores era o silenciamento e a precariedade nas relações entre trabalhadores e usuários. Um mesmo padrão de relação era reproduzido nas práticas de cuidado. O reflexo de uma gestão centralizadora e verticalizada era um cuidado centralizador e verticalizado, que produzia, por exemplo, grande dificuldade de construir um Projeto Terapêutico Singular

(PTS) que considerasse a perspectiva do usuário e de sua família, seus desejos, suas potencialidades. Sem encontrar apoio na rede e nem mesmo na própria equipe, o modo que os trabalhadores encontravam para lidar com as dificuldades inerentes à oferta de cuidado em Saúde Mental era criar um olhar simplificador, que categorizava o usuário antes mesmo de se abrir para a escuta, produzindo assim uma lógica de encaminhamento sem corresponsabilização – como em um “jogo de empurra-empurra” – que fazia com que a questão da definição do “Perfil CAPS” e “Perfil Ambulatório” parecesse mais importante que as perguntas: “O que são esses perfis? A partir de quais critérios estamos definindo-os? Para que servem essas definições?”.

O trabalhador protegia-se do encontro com o usuário, ou melhor, do encontro com a alteridade. O trabalhador resistia ao encontro com o outro, que sempre faz colocar em questão quem sou eu e quem é o outro. O profissional que não se coloca essa questão e permanece sempre fixado a sua identidade profissional, acreditando na máscara que construiu para si mesmo, acaba por reproduzir prescrições ao invés de produzir cuidado em saúde. Ao invés de relacionar-se com uma vida única, o profissional se relaciona com um modelo pré-fabricado e pode recorrer a protocolos de conduta definidos de antemão, reproduzindo uma série de automatismos.

A GAM nos fez perceber que a prescrição não se reduzia à prescrição medicamentosa. Todo profissional de saúde pode ter uma atitude prescritiva, e não apenas os profissionais médicos, os únicos que podem prescrever medicações. Foi preciso ultrapassar o termo medicação para pensar as múltiplas relações prescritivas que podem se atualizar na produção do cuidado em saúde. Nesse sentido, a realização do Apoio tornou-se fundamental, já que práticas prescritivas entravam na articulação entre clínica e política, dificultando a cogestão e a oferta de cuidado universal, integral e equânime.

Em toda essa trama de precariedade que encontramos na RAPS, a questão da medicação tinha um papel fundamental: utilizada como único recurso em muitos casos, silenciava o sofrimento dos usuários ao invés de acolhê-los. Sabemos que, a partir do uso que se faz da medicação, ela pode ser mais um recurso terapêutico aliado ao tratamento ou pode produzir silenciamento. Diante da dificuldade de construir estratégias para lidar com os conflitos do dia-a-dia e com a precariedade das relações, os trabalhadores acabavam reduzindo o usuário a um perfil pré-fabricado e usando a medicação como

estratégia prioritária, muitas vezes como a única estratégia para lidar com o sofrimento, calando-o.

Observamos que a prescrição excessiva de medicamentos para tratamento dos transtornos mentais está sendo vinculada ao pressuposto de que o cuidado em saúde pode ser reduzido ao simples consumo de medicamentos. Esse pressuposto tem gerado como efeito, em muitos serviços de saúde mental pelo país, a substituição de um trabalho multiprofissional articulado em rede pela mera obediência à prescrição medicamentosa feita pelo psiquiatra. Quando a medicação é utilizada no campo da saúde mental como uma espécie de “camisa-de-força química”, que serve apenas para conter o usuário ao invés de tratar o sofrimento psíquico, presenciamos graves prejuízos à integralidade do cuidado e a fragilização das relações entre trabalhadores e usuários (BEZERRA et al, 2014).

Acreditamos que o campo da saúde pública brasileira é um potente espaço de experimentações para pensarmos estratégias de resistência a essa lógica medicalizante, na medida em que a política pública no SUS preconiza a interdisciplinaridade e a participação, ou seja, a articulação entre diferentes saberes, inclusive o saber dos próprios usuários e seus familiares – deslocando o saber médico do lugar de centralidade historicamente exercido por ele.

A nosso ver, alterações da experiência coletiva é que podem gerar políticas públicas malgrado o movimento de interiorização da máquina de Estado. Na série governo-Estado-políticas públicas é o que se produz no plano do coletivo que garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado. (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Foi nesse sentido que a tradução da GAM no Brasil, por dentro do Estado, nos deu pistas para pensar na criação de estratégias de resistências possíveis em tempos de biopoder (FOUCAULT, 2008). Criamos resistências produzindo transversalização de conhecimentos, de cuidados, de afetos, de participação entre diferentes atores. Fortalecemos e ampliamos redes de cuidado, permitindo experiências de autonomia coletiva. Por dentro do aparelho de Estado, criamos resistências a seu funcionamento centralizador, fazendo-o esgarçar-se, abrir-se para o fora que lhe é intrínseco. Esse foi o desafio que ensejou a tradução da GAM em dispositivos de Apoio Institucional e Matricial.

Definindo a tradução como a única ética possível que permite o efetivo diálogo entre as culturas, Jullien (2009) nos levou a concluir que essa operatória se faz sempre a

partir da construção de um plano comum. Antes de apresentar o conceito de comum, o filósofo nos advertiu quanto aos riscos que se colocam diante de nós nessa empreitada da tradução entre diferentes culturas. Vimos que o universal tem relação com o que é da ordem do prescritivo, do que pode prescindir da experiência porque independe de qualquer prova empírica, configurando-se como um conceito da razão ocidental que se situa num plano transcendente. Diante do risco de traduzir a GAM universalizando-a, vimos que o enfoque à experiência concreta é o que nos faz desviar em outra direção. Forçar o ato de prescrição medicamentosa a abrir-se para a negociação e diálogo com a experiência de quem usa os medicamentos é a estratégia de que a GAM lança mão para fazer frente às atuais tendências universalizantes.

Outro risco que se apresenta diz respeito ao conceito de uniforme, definido enquanto conceito de mercado, implicado com a gestão do mesmo, do homogêneo na medida em que produz a massificação necessária à propagação da lógica capitalista. A gestão que propomos com a GAM seria da ordem do uniforme? Para desviar desse risco, reconhecemos a importância de apostar na noção de participação, gestão compartilhada ou cogestão, insistindo na abertura intrínseca ao conceito de gestão que tende para o ato de gerir e também de gerar. Queremos promover um exercício de gestão compartilhada que permita gerar novas regras, através da ampliação das redes de relações. Compartilhar a gestão do cuidado em saúde mental, convidando a participar os diferentes atores envolvidos é a nossa tarefa. Desse modo, a GAM se configura como gestão compartilhada da diferença, ao contrário do que Jullien pensar ser a gestão homogeneizante do uniforme.

A gestão proposta pela GAM encontra afinidade com o conceito de comum, de “comunidade que, em seu princípio, é extensiva, e isto em duas dimensões: na proporção ao mesmo tempo do que nela se partilha e daqueles que dela participam” (JULLIEN, 2009, p.36). Para traduzir a GAM, precisamos construir um plano comum, uma comunidade entre Quebec e Brasil. Atentos para conjurar o risco de transfigurar a experiência de partilha intrínseca à noção de comum em uma experiência de demarcação e exclusão, usamos aqui o conceito de comum na medida em que ele aponta para a possibilidade de criar uma ética, que diz respeito à tradução e ao diálogo entre diferentes culturas.

Mas se Jullien aposta no comum entre diferentes culturas, Viveiros de Castro quer pensar no comum entre diferentes naturezas. Através do conceito de perspectivismo,

vimos que, de acordo com a cosmologia xamânico ameríndia dos povos da Amazônia, há uma só cultura (espírito ou humanidade) e múltiplas naturezas. A perspectiva ou ponto de vista é o lócus a partir do qual acessamos um mundo, uma natureza sempre singular. Múltiplos mundos, uma só cultura. Interessa-nos pensar com Viveiros de Castro na possibilidade de transitar entre esses mundos, habitar diferentes perspectivas, tal como faz o xamã na Amazônia indígena.

Forjando um diálogo entre Jullien e Viveiros de Castro, vimos que a tradução da GAM exige de nós a produção de um plano comum a partir do qual podemos transitar entre as perspectivas, compartilhar mundos diferentes, fazer uma gestão participativa dos múltiplos mundos que compõem uma rede de cuidados em saúde mental. Ampliar redes e produzir autonomia coletiva, tal como pensamos na GAM, depende dessa nossa abertura para o compartilhamento de experiências e para a gestão de diferentes mundos em um plano comum. Por uma nova comunalidade possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. A clínica e a reforma psiquiátrica. Em: AMARANTE, P. (Org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência & saúde coletiva. Vol.10; nº3, Rio de Janeiro - July/Sept. 2005.

BERTOLETE, J. M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. Rev. Saúde Pública. Vol.29, nº2. São Paulo. 1995.

BEZERRA, C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Vol. 18, núm. 48, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico. 292 p. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF: [s.n], 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: [s.n], 2011. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 18 de jul. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, GWS. 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, 2000.

CAMPOS, GWS; Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface - comunicação, saúde, educação/ Unesp; SP. 2014; 18 Supl 1: p. 983-95.

CAMPOS GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007; 23(2):399-407.

CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Cienc Saude Colet. 1999; 4(2):393-403.

CLÉMENT, M; DEL BARRIO, L. R; GAGNÉ, J; LÉVESQUE, A. Participação dos usuários no planejamento e organização dos serviços de saúde mental no Quebec. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 18, nº10, out. 2013.

CONILL, E. M. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Quebec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Vol.16, nº4. Out-dez. 2000.

DELL BARRIO, L. R.; CYR, C.; BENISTY, L.; RICHARD, P. Autonomous Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 18, nº10, out. 2013.

DELEUZE, G. Lógica do Sentido. Tradução: Luiz Roberto Salinas Fortes – 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/deleuze-gilles/o-que-e-um-dispositivo> Acesso em: 3 jul. 2015.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. São Paulo: Ed. 34, 2010.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia, volume 4. Tradução de Suely Rolnik. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia, volume 5. Tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, G. NEGRI, T. O devir revolucionário e as criações políticas. Entrevista de Gilles Deleuze a Toni Negri. Novos Estudos CEBRAP – nº28, out. 1990.

DUSSAULT, G. Lições da reforma do sistema de saúde do Quebec. Em BUSS, P. M. e LABRA, M. E. orgs. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ÉRASME/RRASMQ. Repères pour une gestion autonome de la médication en santé mentale: guide d'accompagnement. Québec: Bibliothèque et Archives Nationales du Québec, 2006.

EIRADO, A., PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. Psicologia em Estudo, v.9, p.77 - 85, 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FLEURY, S.; CARVALHO, AI; BLOCH, R. MANOTAS,; NEVARES, S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. Revista de Administração Pública, vol. 31, nº 5, setembro/dezembro, 1997.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão – São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves – 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve – nº18. 2010. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/8646/6432> Acesso em: 10 jul. 2014.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. 7ª edição – 1ª reimpressão. Editora Perspectiva S.A. – São Paulo, 2003.

ILLICH, I. A Expropriação da Saúde: Menesis da Medicina. 3ª edição – EDITORA NOVA FRONTEIRA, 1979.

JULLIEN, F. O diálogo entre as culturas: Do universal ao multiculturalismo. Tradução de André Telles; apresentação e revisão técnica Danilo Marcondes. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

KASTRUP, V; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. Fractal: Revista de Psicologia. Vol. 25, nº2. Maio/agosto 2013.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2009

LOURAU, R. Analista Institucional em tempo integral. Org. Sônia Altoé – São Paulo: Hucitec, 2004.

MELO, J.; SCHAEPPPI, P. B.; SOARES, G.; PASSOS, E. Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação – O manejo

Cogestivo. In: BRASIL. Ministérios da Saúde, SAS. Caderno HumanizaSUS, v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da ida. In: CECÍLIO, L. C. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R (org). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco, 2005.

MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006 – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): SAS; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS/Ministério da Saúde. Brasília (DF): SE; 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): DAB/SAS/MS; 2009. (Cadernos de Atenção Básica).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Legislação em Saúde. Brasília (DF): MS; 2012. (Série E).

MIRANDA, L; FIGUEIREDO, M. D.; FERRER, A. L.; ONOCKO CAMPOS, R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. ONOCKO, R. C. et al. (Org.). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. Campinas: Hucitec, 2008.

MORAIS, J. Viciados em remédios. Super Interessante – Edição 185, fev. 2003.

NASCIMENTO, A. C.; SAYD, J. D. “Ao Persistirem os Sintomas, o Médico Deverá Ser Consultado” Isto é Regulação? *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. Vol.15; nº2, 2005.

NEVES, C. A. B. Pensando o Contemporâneo no fio da navalha: entrelaces entre desejo e capital. In *Lugar comum. Rede Universidade Nômade*: v.19/20, 2004.

ONOCKO R; PASSOS E; PALOMBINI A; SANTOS D; STEFANELLO S; GONÇALVES L; ANDRADE P; BORGES L. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18, nº10, out. 2013.

ONOCKO CAMPOS R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 122-49.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Saúde Pública*. vol.42, n.6, pp. 1090-1096, 2008.

ONOCKO, R. C. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. Campinas: Hucitec, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R; PASSOS, E.; LEAL, E.; TÓFOLI, L. F.; SERPA, O. *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*. Projeto de Pesquisa aprovado pelo CNPq, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. S. Vertentes analíticas em pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*. V. 21, n. 4, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. PALOMBINI, A. L. PASSOS, E. LEAL, E. SERPA JUNIOR, O. et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS. *Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM*. 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

ONOCKO CAMPOS, R., PALOMBINI, A. L., SILVA, A. E., PASSOS, E., LEAL, E. M., SERPA, O. D., MARQUES, C., GONÇALVES, L, SANTOS, D., SURJUS, L., EMERICH, B., OTANARI, T. M. C., STEFANELO, S. Adaptação

multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. Interface (Botucatu. Impresso). , v.16, p.967 - 980, 2012.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde – Brasil. A ética do medicamento: múltiplos cenários (Lenita Wannmacher). Em “Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados”. Vol. 4, Nº 8. Brasília, julho de 2007. Disponível em http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/multidisciplinares/etica_em_medicamentos.pdf. Acesso em: 5 jul. 2014.

PALOMBINI, A.; ONOCKO CAMPOS, R.; SILVEIRA, M; GONÇALVES, L.L.M.; ZANCHET, L.; ZAMORA XAVIER, M. H.; MARQUES, C. C e. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva* (18) 10, pp. 2899-2908, 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. ; ESCOSSIA, L. da. (org). *Pistas do Método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009.

PASSOS, E & BARROS, R B. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. da (orgs) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; CARVALHO, S. V.; MAGGI, P. M. de A. 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, julho/dezembro 2012.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 25 – n. 2, p. 391-414, Maio/Ago. 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org.). *Pistas do Método da cartografia – a experiência de pesquisa e o plano comum – Vol. 2*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2014.

PASSOS, E; BARROS, R. B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)*, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PASSOS, E; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Clínica e Política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas.*/ Org. Janne Calhau Mourão. Rio de Janeiro: Abaquare: Grupo Tortura Nunca Mais, 2009.

PASSOS E; OTANARI T; EMERICH B; GUERINI L. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18, nº10, out. 2013.

PELBART, Peter Pal. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antônio. *Saúde Loucura*. n.º 2. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.

PITTA, AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4579-4589, 2011.

RADIS. Comunicação em Saúde. Nº72, ENSP – FIOCRUZ. Agosto de 2008.

RAMMINGER, T; SILVA, M. (Org.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. 1ª edição. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

RENOVATO, R. D. O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Farmácia* – Vol.85, nº1. 2008. Disponível em http://www.rbfarma.org.br/files/pag_64a69_uso_medicamentos.pdf Acesso em: 6 jul. 2014.

SADE, C. et al. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. *Fractal: Revista de Psicologia*. Vol. 25, nº2. Maio/agosto 2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. Vol. 9, nº1. Jan-abr 2002.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* – Org. Ana Pitta. Editora Hucitec: São Paulo, 1996.

VIVEIROS DE CASTRO, E. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2002.