

Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental

Co-management strategy in mental health research and clinic

**Eduardo Passos, Analice de Lima Palombini,
Rosana Onocko Campos**

Resumo

O artigo discute a relação entre a prática clínica e a experiência de participação na pesquisa em saúde mental. Os desafios colocados pela reforma psiquiátrica e, de maneira mais ampla, pelo SUS impõem que alteremos não só as práticas de atenção e gestão do trabalho na saúde, como as metodologias de pesquisa. A pesquisa em saúde deve se sintonizar com a diretriz inclusiva e participativa do SUS de modo a que o direito dos usuários ganhe importância e efetividade não só no contexto dos serviços de saúde como também nas pesquisas em saúde mental, psicologia e saúde coletiva. A pesquisa participativa que realizamos para a adaptação à realidade brasileira do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) nos permitiu avaliar as vantagens do uso de dispositivos de cogestão da pesquisa.

Palavras-chave

Clínica; participação; direito dos usuários.

Abstract

The article discusses the relationship between clinical practice and participation in mental health research. The challenges posed by the psychiatric reform and, more broadly, by State Healthcare System (SUS) require us to change not only the practices of care and management in health work, but also in research methodologies. Health research should tune into the inclusive and participatory SUS's policies so that the patients' right acquire the importance and effectiveness not only in the context of health services but also in research on mental health, psychology and health. Participatory research we have carried out to adapt to the Brazilian's reality the Autonomous Management Medication Guide (GAM) allowed us to evaluate the advantages of using devices co-management research.

Keywords

Clinic; participation; patients' rights.

Eduardo Passos
**Universidade Federal
Fluminense- UFF**

Docente da Universidade
Federal Fluminense, Programa
de Pós-Graduação em
Psicologia.

e.passos@superig.com.br

**Analice de Lima
Palombini**

**Universidade Federal do
Rio Grande do Sul- UFRGS**

Docente da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul,
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Social.

analicepalombini@uol.com.br

**Rosana Onocko
Campos**

**Universidade Estadual de
Campinas- UNICAMP**

Docente da Universidade
Estadual de Campinas,
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva.

rosanaoc@mpc.com.br

Introdução

Um desafio importante para a ciência no contemporâneo é afirmar a sua inserção social, colocando o processo de produção de conhecimento atrelado aos processos de transformação da realidade. Não podemos negligenciar o fato de que o problema da inserção social de nossa produção está associado ao tema mais geral do compromisso do psicólogo com a realidade social do país. Dos anos 1970 aos 1990, tal compromisso “passa de tema a lema”, como disse Osvaldo Yamamoto (2007), referindo-se a esta atitude crítica que já se inicia nos anos 1970 quando Sylvia Leser de Mello (1975), dentre outros, coloca em questão a prática do psicólogo como “atividade de luxo”.

É marca característica da psicologia a atitude crítica na dupla acepção da palavra: arguição crítica das instituições, aí compreendida a própria instituição da psicologia, e experiência de crise do instituído, o que faz da psicologia um saber sem a estabilidade de uma “ciência normal” unificada por um paradigma, na acepção dada por Thomas Kuhn (1987) às revoluções científicas. Na psicologia, diferentemente do que se verifica nas ciências naturais, não temos revoluções, mas revoltas; não temos a unidade continental de uma disciplina como a física ou a química, mas a dispersão arquipelágica de um saber caracterizado por fortíssima heterogeneidade, por um contínuo debate acerca de sua institucionalidade e, sobretudo, por uma atenção aos efeitos de sua ação sobre a realidade subjetiva e social. Desde sempre a psicologia brasileira problematiza sua institucionalização como saber e tecnologia, como teoria e prática inseridas em uma realidade, corporificadas em intervenções concretas que produzem efeitos sobre o mundo em que vivemos.

A psicologia não pode se furtar, portanto, ao tema da inserção social da sua produção. Devemos avaliar nossa produção não só a partir de quanto produzimos, mas também a partir do que produzimos e para quem produzimos. Por essa questão, devemos entender não só os indicadores de produtividade que computam produtos acadêmicos relevantes, mas também a produção subjetiva e social da realidade. Produzimos artigos, livros, teses, relatórios, patentes, mas também estamos inseridos em um processo mais amplo de produção de mundo e de produção de sentidos de si. O tema da produção ganha, assim, grande amplitude e complexidade.

Produzimos conceitos, definimos funções, propomos teorias, e todos esses constructos são formas de conhecer e maneiras de intervir sobre a realidade. Teoria e prática são faces de uma mesma atividade do psicólogo, pois conhecer e agir sobre a realidade se entrelaçam em nossa práxis. Nesse sentido, podemos dizer que trabalhamos sempre com operadores, sejam eles operadores conceituais ou operadores tecnológicos. Dizer que operamos sobre a realidade é reconhecer que em nossas pesquisas intervimos. Toda pesquisa tem, direta ou indiretamente, uma dimensão de intervenção ou, por outra, há sempre uma dimensão tecnológica associada a nossa prática de investigação.

Trazemos à discussão, neste texto, uma experiência de ação no campo de intercessão da psicologia com a saúde coletiva. Podemos considerar como marcador desta intercessão o momento em que ganha ênfase, nesse campo, a noção de subjetividade, concebida, não como interioridade psicológica, mas como efeito da relação ao outro – relação alteritária – no contexto de uma coletividade. É quando se altera a posição mais tradicional da saúde coletiva – na qual a declamada entrada do tema do sujeito se fez mantendo o estatuto de ser racional e sem uma verdadeira entrada da temática da subjetividade e dos processos de subjetivação (ONOCKO-CAMPOS, 2012). A Clínica passa então a se fazer com a participação ativa dos sujeitos a quem se dirige, de onde o caráter político de sua operação,

desdobrado na consideração à autonomia, participação coletiva e corresponsabilidade engendrada na relação entre trabalhadores de saúde e usuários.

Assim, o presente artigo tem como objetivo avaliar possíveis efeitos da estratégia cogestiva como componente da dimensão clínico-política do trabalho em saúde mental, no campo da saúde coletiva. Para tanto, toma como base uma pesquisa-intervenção participativa de caráter multicêntrico, ela própria cogestiva, realizada junto a centros de atenção psicossocial. Tal pesquisa deriva da parceria Brasil/Canadá sob a chancela da Aliança Internacional de Pesquisa entre Universidade e Comunidade (ARUCI). A Aliança é um programa de subvenção do Conselho de Pesquisa em Ciências Humanas do Canadá (CRSH/SSHRCC) em parceria com o *International Development Research Center* (IDRC), que visa desenvolver cooperações internacionais igualitárias entre universidade e atores da comunidade, incentivando o desenvolvimento de experiências fundadas nos seguintes eixos: pesquisa, formação, inovação e transferência de conhecimentos. No início de 2009 foi proposta a ARUCI Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC), com duração de cinco anos, envolvendo parceria binacional entre colaboradores comunitários, da rede pública de saúde e assistência social e das universidades de Montreal, UNICAMP, UFF, UFRJ e UFRGS.

A metodologia da ARUCI-SMC prevê a participação, em todas as suas instâncias de decisão, das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, desde o planejamento, execução e avaliação de seus processos. Para isso, trabalha de maneira compartilhada e horizontalizada com usuários dos serviços de saúde mental, trabalhadores de saúde e universitários, superando a cisão vigente entre esses segmentos no campo da produção de conhecimento (FURTADO et alii, 2013). Considerando que o diálogo entre todos os atores pode promover a co-construção de sujeitos e coletivos (CAMPOS, 2000), tal metodologia participativa torna possível uma produção de conhecimento calcada no encontro entre os saberes científico, prático e experiencial.

Essa aposta na participação confere à pesquisa em saúde mental caráter de intervenção, já que o processo de produção de conhecimento torna-se inseparável do processo de transformação da realidade investigada. Promover o protagonismo dos participantes na pesquisa em saúde mental sintoniza a metodologia da investigação com a aposta da reforma psiquiátrica brasileira na produção de autonomia e na ampliação de direitos dos usuários.

A ARUCI-SMC congrega atualmente em torno de 240 membros e mais de 40 subprojetos. No Brasil, após três anos desde seu início, a Aliança desenvolveu mais de 17 subprojetos em oito municípios dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia e Ceará (ONOCKO-CAMPOS et alii, 2012).

A gestão dos projetos brasileiros é feita através de reuniões multicêntricas que contam com a participação de docentes e discentes universitários, gestores e trabalhadores de serviços de saúde, além de usuários e familiares representantes dos locais nos quais tais experiências são desenvolvidas. Além das reuniões multicêntricas, compõem as instâncias de decisão do Projeto ARUCI-SMC no Brasil o *Comitê Cidadão*, do qual participam usuários e familiares – esses últimos sem direito a voto – e o *Comitê Gestor*, formado pelos pesquisadores coordenadores do projeto em cada universidade brasileira e por representantes dos segmentos de trabalhadores, de usuários e de familiares.

Entre as ações do Comitê Cidadão, destacamos a participação na gestão e execução da *Gestão Autônoma da Medicação* (GAM), programa de pesquisa da ARUCI-SMC, sobre o qual este artigo irá se centrar. Iniciada com financiamento do CNPq, antes mesmo do lançamento da Aliança no Brasil, a

estratégia GAM oportunizou a parceria entre grupos de pesquisa do Brasil e Canadá, reunindo coletivos brasileiros de pesquisa que se identificavam com seus pressupostos ético-políticos (OTANARI; LEAL; ONOCKO CAMPOS; PALOMBINI; PASSOS, 2012).

Sob o título “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos - GAM-BR” (ONOCKO-CAMPOS et alli, 2012), foi proposto um estudo multicêntrico reunindo UNICAMP-UFF-UFRJ-UFRGS em torno à experiência canadense de construção do documento *Gestion Autonome de la médication de l'âme – Mon Guide Personnel* – instrumento voltado a pessoas com transtornos mentais graves, interessadas em repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, de forma a aumentar o seu poder contratual nas decisões acerca do seu tratamento medicamentoso. Entendendo que tal instrumento possibilitaria o enfrentamento do uso pouco crítico de medicamentos também no Brasil, objetivou-se a elaboração do *Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM-BR)*, com base na tradução, adaptação e aplicação crítica do Guia em serviços da rede pública de saúde. Na primeira etapa da pesquisa, foram realizados grupos de intervenção em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) das cidades de Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Novo Hamburgo-RS, com a participação de usuários e trabalhadores desses serviços.

A construção da versão final do Guia GAM-BR realizou-se a partir das modificações propostas pelos grupos de intervenção, debatidas em reuniões multicêntricas com a presença de pesquisadores, trabalhadores e usuários dos três campos. Numa segunda etapa, visando ao seu aprimoramento e validação, a versão do Guia GAM-BR assim construída foi utilizada em novos grupos de intervenção junto a serviços de saúde nos municípios de Novo Hamburgo, São Leopoldo e Porto Alegre (RS), em São Pedro da Aldeia (RJ) e em Campinas (SP).

A experiência brasileira com a estratégia GAM realizou-se na relação entre universidade e serviços da rede pública de saúde, requerendo a articulação entre os saberes dos usuários, dos pesquisadores e das equipes dos serviços – configurou, dessa forma, um processo de gestão compartilhada (CAMPOS, 2000) tanto da pesquisa quanto do cuidado. Através de uma abordagem grupal, trabalhando temas como cidadania e autonomia, tal estratégia, promovendo o acesso às experiências pessoais e ao compartilhamento dessas experiências no grupo, veio situar a experiência do sujeito no centro do cuidado, fortalecendo o protagonismo do usuário e a autonomia coletiva, convocando esse coletivo a protagonizar ações comuns (PASSOS; SILVA, 2011).

Desde 2009, a implementação do dispositivo de GAM nos CAPS da rede pública de saúde mental do RJ, SP e RS contribui na consolidação e implementação da política antimanicomial no campo da saúde mental. Particularmente, em relação aos temas da cogestão/grupalidade, autonomia e direitos dos usuários, verificou-se que a experiência nos serviços com o Guia GAM ressaltou importantes desafios da política de saúde mental em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica: a) valorizar a experiência dos usuários como sujeitos de direitos; b) promover a prática da lateralização cogestiva no CAPS; c) incluir os residentes, trabalhadores e gestores na discussão com os usuários sobre sua experiência de uso de medicamentos psiquiátricos; d) criar espaço para o protagonismo dos usuários na construção dos seus projetos terapêuticos; e) fomentar a autonomia dos usuários a partir da participação ativa nos grupos; f) favorecer, no processo de grupalização, não só a troca de experiências, mas também o interesse e o cuidado com o outro.

A GAM impulsionou, assim, pesquisadores, trabalhadores e usuários a um esforço comum de formulação e tomada de decisões tanto no que dizia respeito ao curso da pesquisa, como à direção do projeto terapêutico dos

usuários e à gestão do trabalho no serviço de saúde. O Comitê Cidadão foi instância importante desse processo, fazendo-se presente em quase todas as etapas da pesquisa.

Focalizaremos a aposta participativa que caracterizou a metodologia desse programa e que veio colocar em cena a interface entre a experiência do exercício do direito e os processos clínicos em curso para cada usuário participante. Os processos clínicos a que nos reportamos aqui dizem respeito a uma clínica ampliada, tal como Campos (1996/1997) a considera, no contexto da saúde coletiva: uma vez que é em sujeitos encarnados que os problemas de saúde ou a doença acontecem, então, para além dos riscos biológicos, devem ser considerados os riscos subjetivos e sociais de cada usuário, buscando superar a estreiteza do paradigma biomédico. Assim, além da produção de saúde, tratar-se-á de favorecer também a ampliação do grau de autonomia dos usuários. A clínica, portanto, nessa acepção, faz-se especialmente pela via da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial, implicando a construção de vínculo e uma corresponsabilização do clínico e do usuário ao longo do processo (CAMPOS, 1996/1997). O desafio é cotidiano, pois, em uma sociedade marcada pela hierarquia e desigualdade, em que os segmentos minoritários precisam lutar para garantir condições mínimas de direitos sociais, os profissionais dos serviços de saúde, em suas práticas, frequentemente enfatizam o processo de tratamento e cura, não privilegiando a construção de espaços e dispositivos de cuidado horizontalizados e promotores de maiores graus de autonomia e participação.

Antecedentes de participação social e pesquisa

No contexto latino-americano, alguns autores apontaram a tensão originária da terminologia participativa, chegada a nós por meio das agências e entidades de financiamento internacionais. Para Ugalde (2008), a *Aliança para o progresso* chegou atrasada, e várias tentativas de incentivar a participação comunitária foram assentadas sobre premissas errôneas por acadêmicos, expertos e cientistas sociais norte-americanos.

As formas pré-colombianas de organização, que as sociedades tradicionais foram capazes de manter através dos séculos, não somente são compatíveis com o desenvolvimento como têm muitas das características da “modernidade”: os sistemas *tequi*, *guelaguetza*, *minga*, *ayllus*, *cayapas* e inclusive o *cargo* enfatizam o trabalho coletivo, a ajuda mútua, a participação política, a propriedade coletiva da terra e o igualitarismo (UGALDE, 2008, p. 22).¹

O autor destaca o quanto as agências declamaram a necessidade de participação... para os outros (leia-se populações rurais e pobres da América latina em geral).

Menendez (2008) aponta também, como viés de certa sociologia americana, a pressa por anunciar o fenecimento de rituais e estratégias participativas nas sociedades capitalistas desenvolvidas, reduzindo a ideia de participação social à reprodução (ou à perda) de rituais. Afirma que a persistência e, sobretudo, a transformação de rituais podem ser observadas nas sociedades latino-americanas. Destaca ainda a emergência de novos espaços que, independentemente de sua duração, expressam processos de participação social:

1

Las formas precolombinas de organización, que las sociedades tradicionales han sido capaces de mantener a través de los siglos, no sólo son compatibles con el desarrollo sino que tienen muchas de las características de la “modernidad”: los sistemas *tequi*, *guelaguetza*, *minga*, *ayllus*, *cayapas* e incluso el *cargo* enfatizan el trabajo colectivo, la ayuda mutua, la participación política, la propiedad comunal de la tierra y el igualitarismo” (UGALDE, 2008, p. 22).

Os espetáculos desportivos, os concertos massivos de música popular, os períodos de férias, o desenvolvimento do comércio ambulante urbano ou os diferentes movimentos de protesto que, inclusive, transformam espaços públicos em lugares sagrados de participação, como é o caso emblemático da marcha das quintas-feiras das *Madres de Plaza de Mayo* (MENENDEZ, 2008, p. 67).²

Buscamos, portanto, antecedentes de participação em referentes locais, regionais e também externos, e mais: no caso destes últimos, foi necessário lançar mão da tradição da pesquisa avaliativa participativa para podermos atender nossa intenção de dar a palavra às vozes mais fracas em relação aos serviços.

Furtado *et alii* (2013, p. 104) apontam para o necessário cuidado em

qualificar melhor o que se tem caracterizado como “participação”. Afinal, sob o significante participação podemos encontrar muitas e distintas práticas, que oscilam desde perspectivas pragmáticas até aquelas emancipadoras, passando por outras voltadas à abordagem de grupos multifacetados e plurais, além de outras utilizadas equivocadamente ou mesmo de maneira distorcida.

Na sequência do texto, os autores abordam a participação em suas dimensões de amplitude e profundidade. A participação será mais ampla quando maior número de grupos de interesse estiver envolvido, e mais profunda quando os participantes puderem engajar-se em etapas cada vez mais precoces da pesquisa (como a formulação de suas perguntas e a discussão sobre seu desenho) e nas fases de análise e divulgação de resultados.

Em pesquisa anterior, Furtado e Onocko-Campos (2008) apontaram que, compartilhando origens comuns, a pesquisa-ação e a pesquisa avaliativa permitiriam várias formas de interação entre pesquisa e ação social. Também mapearam que poderia haver interesses de tipo epistemológicos, político-ideológicos e/ou pragmáticos para a tão declamada participação.

Pesquisa cidadã: modo de autonomia coletiva

No contexto brasileiro, no campo da saúde coletiva, em consonância com a aposta democratizante do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação dos sujeitos nos processos de gestão e realização da pesquisa em que se encontram implicados é um modo de garantir o protagonismo desses sujeitos no processo de produção de conhecimento. Do lugar de meros informantes, os participantes são incluídos na pesquisa, assumindo uma posição ao lado do pesquisador, o que altera significativamente a maneira de organizar as práticas investigativas, muitas vezes caracterizadas pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais. O desafio é o de transformar a pesquisa sobre em uma pesquisa com.

Para realizar uma pesquisa com sujeitos, colocando lado a lado pesquisador e pesquisado, é necessário um método de tríplice inclusão. A primeira inclusão é a que coloca lado a lado os diferentes sujeitos implicados na produção do conhecimento. Esse primeiro procedimento, porém, faz aparecer as tensões geradas pela não hierarquização da diferença entre os grupos de interesse da pesquisa. O engajamento dos diferentes sujeitos implicados no processo de pesquisa não só gera interesse

2

los espectáculos deportivos, los conciertos masivos de música popular, los períodos vacacionales, el desarrollo del comercio ambulante urbano o los diferentes movimientos de protesta que incluso convierten espacios públicos en lugares sagrados de participación, como es el caso emblemático de la marcha de los jueves de *Las madres de Plaza de Mayo* (MENENDEZ, 2008, p. 67).

e cuidado, mas também põe em análise, freqüentemente, as crenças e pressupostos do pesquisador. Afirmar esse protagonismo força-nos, portanto, a incluir os efeitos críticos ou os analisadores da pesquisa que emergem dessa lateralização, o que caracteriza o segundo nível da inclusão. Por fim, somos conduzidos ao terceiro nível: a pesquisa se efetiva como participativa na medida em que produz uma experiência coletiva, contraindo os diferentes sujeitos em sua diferença em uma experiência de grupalidade com autonomia coletiva. A tríplice inclusão realiza-se finalmente com a valorização dos movimentos do coletivo que são ativados e legitimados a partir da lateralidade e da inclusão dos analisadores da pesquisa. Temos, então, três níveis de inclusão – a dos diferentes sujeitos; a dos analisadores da pesquisa; e a dos movimentos do coletivo – a que correspondem três procedimentos – lateralização; análise dos pressupostos e crenças da pesquisa; contração de um coletivo heterogêneo e autônomo.

A tríplice inclusão é uma orientação metodológica para a pesquisa participativa em saúde. Não pressupõe homogeneização dos participantes: os usuários, familiares e trabalhadores tornam-se pesquisadores ao lado dos pesquisadores universitários, mas mantém-se a diferença de inserção de cada um no contexto da investigação.

Como manter a diferença sem hierarquizá-la? Como fazer cogestão da pesquisa? A manutenção da diferença – em se tratando da diferença por tanto tempo estigmatizante – leva muitas vezes a provocar reação por parte dos usuários que sinalizam os perigos sociais oriundos dessa diferença. As cenas narradas na sequência do artigo colocam em evidência esse tipo de reação e seus efeitos no coletivo. Em nossa aposta na metodologia participativa, tomamos as reações dos usuários como analisadores sociais que nos ajudam a realizar o trabalho de análise a que a investigação se propõe.

A construção de autonomia coletiva não se reduz, portanto, à explicitação das diferenças e escolha de consensos. Implica em negociação entre saberes e visões de mundo dos profissionais e de usuários, incluindo a rede de relações que os cerca. É como abertura ao saber singular dos sujeitos, no esburacar dos saberes vigentes, que se constitui o espaço próprio à criação, articulando os diferentes saberes, negociando posições, dividindo responsabilidades e riscos, compartilhando descobertas. (PALOMBINI et alii, 2008). Depende de condições democráticas e do funcionamento efetivo das políticas públicas, assim como do acesso dos sujeitos à informação e capacidade crítica acerca desta, pois reconhecer os limites dos saberes que estão em jogo compreende desenvolver certa capacidade crítica em relação a eles, identificando os poderes que lhes são associados (CAMPOS, 2000; CUNHA, 2005). Afirmar-se o saber e o papel ativo do usuário em defesa de sua saúde, interligada à saúde de outros, reconhecendo os limites de qualquer saber estruturado diante das situações concretas e complexas da vida, aceitando o desafio de passar do domínio das certezas ao terreno imprevisível da vida cotidiana.

A autonomia coletiva revela-se, assim, um fenômeno complexo, que não se dá independentemente do contexto que envolve a experiência vivida junto ao coletivo. Construir processos de autonomização é uma direção do tratamento e da pesquisa em saúde mental, pressupondo a gestão compartilhada do cuidado e da pesquisa e a valorização do direito dos usuários – mais amplamente, dos direitos humanos.

[...] faz-se necessária uma gestão realmente atenta e flexível do processo de investigação dessa natureza, de modo a garantir a inclusão da diversidade e verdadeira troca a despeito das diferenças de poder entre os atores envolvidos, além do que as agências financiadoras deveriam incluir nos prazos e financiamentos de projetos espaço para a efetiva inserção de grupos de interesse na própria elaboração da proposta, garantindo a

participação em todas as etapas constituintes do estudo (FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2008, p. 2679).

A seguir, apresentamos algumas cenas vividas na experiência de participação na Aliança de Pesquisa ARUCI, pelo engajamento no Projeto de Pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação. Interessa-nos apontar a dinâmica coletiva que coproduz sujeitos da experiência de direitos, sejam eles pesquisadores, trabalhadores ou usuários, incidindo sobre o curso da clínica – e sua gestão – que se faz junto a esses usuários. Buscamos a afirmação de uma prática – de pesquisa, de intervenção e de formação no campo *psi* – onde singular e coletivo, sujeito e objeto, não se apresentem como pares de opostos, mas como instâncias necessariamente articuladas, que se coengendram umas em relação às outras. É dessa forma que a Psicologia, fazendo valer sua dimensão clínica e política, pode figurar como núcleo de saber que compõe o campo da Saúde Coletiva.

Cenas da experiência cogestiva da pesquisa

Escutar vozes

Na primeira viagem que levou usuários do estado do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul para o Seminário Internacional ARUCI, em Campinas, um desses usuários, que nunca havia entrado em um avião, falou-nos de sua expectativa de que, quando o avião decolasse, as vozes que invariavelmente o acompanhavam permanecessem no solo enquanto ele voava. Seria sua chance de ver-se livre delas, que remédio algum havia feito cessar. Não se passou muito tempo, porém, para constatar, desolado, que elas permaneciam com ele, em pleno voo. Dividiu sua desolação com a psicóloga que participava dos grupos de intervenção GAM e que ia junto nessa viagem. “Você acha que as vozes iam perder a oportunidade de viajar de avião?”, brincou a psicóloga. Ele teve que se confrontar com o fato de que as vozes não eram destacáveis da sua existência, o que não era sem conseqüências para a clínica.

No Comitê Cidadão, nas reuniões multicêntricas, nos grupos GAM de intervenção, a experiência de ouvir vozes pôde ser compartilhada entre vários, inúmeras vezes. Junto com o compartilhamento da experiência, também se socializavam os estratagemas para driblar os efeitos danosos que as vozes podiam produzir: deixar entrar por um ouvido e sair pelo outro, fazer das vozes um coral, torná-las vozes amigas, eram algumas das estratégias apontadas. Para muitos dos acadêmicos presentes a esses encontros, era uma oportunidade inédita de escutar acerca do ouvir vozes, não no quadro de um diagnóstico, mas como experiência incorporada ao cotidiano da vida. Permitiu valorizar, naqueles usuários, a capacidade de participação no coletivo, apesar das vozes que não deixavam de escutar e que exigiam um esforço a mais de atenção para acompanhar os debates em grupo. É o que atesta a narrativa de Marília Silveira (2013, p. 52), acerca do grupo GAM conduzido por usuários, em um dos Caps participantes da pesquisa, em sua segunda etapa:

Começaram, assim, a leitura, e, a cada parada, ele fazia intervenções, escutava a todos, coordenava quando a conversa avançava longe demais do tema, solicitava o retorno à leitura, perguntava quem queria seguir lendo, questionava as intervenções dos demais usuários e em alguns momentos também conversava com suas vozes, aquelas que ninguém mais ali podia ouvir.

Em outra ocasião, numa das reuniões multicêntricas, ouvimos o relato dramático de um usuário, acerca de um episódio em que, sentindo-se subjulgado pelas vozes ao ponto de ver-se sob o risco de pôr fim à sua vida, foi salvo pelo que entendia ser uma força superior, que o fazia recompor o mínimo de vitalidade de que necessitava para fazer frente às vozes de comando e manter sua existência. Ao final desse relato, ele nos perguntava sobre a interpretação que podíamos dar a esse acontecimento e se considerávamos possível que algo da ordem da religiosidade tivesse parte nesse episódio, salvando-o da morte. Compartilhando suas interrogações com o grupo, tornando comum a todos o enigma dessa passagem de sua vida, conduzia-nos a uma reflexão aprofundada sobre o papel que podiam ter em nossas vidas as vozes que escutávamos (alucinadas ou da consciência) e um debate intenso sobre a incidência das religiões nos processos de adoecimento ou restabelecimento.

O valor do trabalho

Em 2010, a ARUCI-SMC no Brasil lançou um edital no qual cinco ações desenvolvidas por diversos atores da comunidade foram contempladas com um financiamento de até R\$ 10.000,00 cada. A escolha dos contemplados foi feita por três comitês sucessivos: o Comitê Cidadão, o Comitê Gestor da ARUCI, com representantes de cada segmento, e o Comitê Científico, constituído por pesquisadores *ad hoc*. Coube ao primeiro construir os critérios utilizados para a avaliação dos projetos e dar início ao processo avaliativo. Entre tais critérios, o Comitê Cidadão considerou a pertinência em relação aos eixos da ARUCI-SMC (pesquisa, formação e transferência de conhecimento) e a importância, para o usuário, para a comunidade e para o serviço, da ação que demandava financiamento. Mas, ao dar início à pontuação de cada ação, os usuários do Comitê Cidadão introduziram um terceiro marcador, pelo qual os projetos apresentados receberam, de imediato, uma nota mínima (nota 5, para um máximo de 10), como forma de premiar o esforço de elaborar o projeto para concorrer ao edital. Para os usuários, o simples fato de apresentarem-se ao Edital era já digno de nota, em reconhecimento ao trabalho investido ali. Essa forma de olhar para a questão chamou atenção e fez pensar aos acadêmicos participantes da avaliação, em geral pouco afeitos a levar em conta o processo de trabalho que tem como resultado um projeto de ação ou de pesquisa – tendem a olhar unicamente para o resultado.

O valor a dar ao que se faz, ao que se investe de trabalho numa ação ou projeto, mais do que o valor da ação ou projeto em si mesmos, era uma preocupação recorrente entre os usuários, para quem o trabalho como renda era uma realidade da qual a maioria se encontrava alijada. Sem emprego formal, alguns contavam com benefícios governamentais ou aposentadoria, outros se vinculavam a projetos de geração de renda, e havia também quem não contasse com renda alguma, dependendo do ganho de familiares para sobreviver.

Uma reunião multicêntrica em que se apresentavam as contas do Programa, visualizando quanto, até então, havia sido gasto e quanto havia por gastar, foi o estopim para um movimento reivindicatório do Comitê Cidadão. Acusavam o fato de que, enquanto os pesquisadores docentes recebiam seus salários e mestrandos e doutorandos suas bolsas de pós-graduação, eles, usuários, dedicavam seu tempo à pesquisa sem receber remuneração por isso (apenas passagens e alimentação). Reivindicavam sua condição de colaborador técnico, requisitando contrapartida financeira para a participação de seus membros, igualando suas expertises àquelas dos acadêmicos remunerados. Tal demanda, que trataram de apresentar coletivamente à docente coordenadora geral da pesquisa, foi levada ao

espaço da reunião multicêntrica, sendo acordado o pagamento de diárias a cada usuário, por participação nos encontros multicêntricos da pesquisa. Nesse caso, a perspectiva cogestiva da pesquisa, abrangendo o compartilhamento de informações acerca da movimentação financeira implicada no projeto, foi disparadora do exercício de cidadania por parte do Comitê Cidadão, que assumia seu protagonismo na luta por direitos, no interior da própria pesquisa.

Solidão

As experiências grupais oportunizadas pela pesquisa GAM – grupos de intervenção, reuniões multicêntricas, videoconferências, mas também viagens compartilhadas, visitas a serviços, passeios, almoços e jantas coletivos – possibilitavam a acadêmicos, usuários e trabalhadores estar lado a lado, não somente nos processos de trabalho da pesquisa, na assunção de seu protagonismo político, mas também lado a lado num convívio próprio às relações amigáveis, desfrutando o prazer de boas companhias. Eram momentos marcantes para todos, mas talvez, para os usuários, ganhassem uma dimensão que não somos capazes de mensurar, de tal forma o adoecimento e seu estigma os lançavam a uma vida em solidão.

[...] quando lemos a pergunta “Quem poderia nos ajudar a enfrentar estas dificuldades?”, Davi respondeu que estava sozinho, que tinha vontade de falar com alguém, mas não sabia com quem. Sentia que seria bom ter uma terapeuta. O grupo todo se movimentou na direção de se oferecer a ele como apoio e também indicou os espaços terapêuticos do serviço, os dias dos grupos de terapia e quem eram os profissionais de referência. Ao que ele agradeceu, contando que “um tempo atrás” desconfiava do remédio que o psiquiatra receitava e, então, não tomava. Mas que a conversa no Grupo GAM havia ajudado a acreditar no médico, no remédio, no tratamento. E o efeito disso era que ele se sentia sozinho. Ele não nos disse, mas víamos o Davi conversando com as vozes que só ele escutava, uma conversa amena sempre, que parecia oferecer algum conforto. Ao mesmo tempo em que ele, desconfortável perante o grupo, colocava o Guia aberto na frente da boca, talvez para esconder a conversa com as vozes. Nos encontros que antecederam esse, não o víamos mais colocando o Guia em frente à boca. Talvez as vozes não estivessem mais com ele. Talvez o medicamento tivesse calado as vozes. Entretanto, era justamente nesse momento que a clareza de sua solidão evidenciava-se para si mesmo (SILVEIRA, 2013, p.49).

Se a grupalidade exercida na pesquisa constituía uma experiência de direitos, era também uma experiência ativadora de uma vida de relações. A possibilidade de estar em grupo era o que permitia a Davi, em contraste, não somente perceber sua solidão, mas ressentir-se dela e desejar superá-la.

De pesquisados a pesquisadores

Em março de 2013, no painel organizado para o lançamento público do Guia GAM-BR no Rio Grande do Sul, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde que viabilizou a impressão do Guia para uso nos serviços de saúde mental do estado, a fala da usuária participante da pesquisa destacou-se, entre os demais integrantes da mesa, por duas razões: primeiro, pela emoção intensa ao fazer menção à experiência de adoecimento e dos efeitos, em seu corpo, dos medicamentos de que já fez uso; depois, pela habilidade com que conduziu o restante de sua fala, alicerçada nas respostas que recebeu às perguntas que dirigiu a cada um dos demais usuários participantes do grupo de intervenção que, em seu Caps, coube-lhe também conduzir. Valendo-se rigorosamente de um método de pesquisa qualitativa

e participativa de avaliação, essa usuária, em sua intervenção, soube dar lugar às vozes singulares que compunham o coletivo de usuários a que pertencia, quase todos presentes àquele evento. Sua fala foi efeito do processo participativo e cogestivo da pesquisa em que se encontra engajada desde o seu início, em 2009: sucessivamente, como participante do primeiro grupo de intervenção da pesquisa GAM no Caps, como integrante do Comitê Cidadão, como proponente de um dos projetos que obteve financiamento da ARUCI, permitindo-lhe a experiência de coordenar um grupo GAM e compartilhar com outros usuários os seus aprendizados. As transformações reverberam em si, no serviço de saúde mental, entre os pesquisadores, conforme expresso pela equipe de pesquisa do campo a que a usuária se vincula, em depoimento escrito em resposta à solicitação da instituição financiadora da pesquisa (IDRC), tendo os usuários representantes do Rio Grande do Sul no Comitê Cidadão tomado parte da sua elaboração:

Houve mudanças na prática política com o aumento do poder de negociação dos usuários junto aos médicos. Houve também aceitação por parte da equipe que se refere a uma mudança de opinião pública sobre o lugar que podem ocupar os usuários. Não se criou um novo serviço, mas uma ação no serviço com o uso da nova ferramenta, a versão brasileira do Guia GAM.

A conexão com a ARUCI concerne à forma e à aposta que a pesquisa trouxe para o CAPS. O modo de pesquisar convocou os usuários a um descolamento e deslocamento de lugar que acabou mobilizando, entre outras coisas, o desejo de seguir acompanhando a pesquisa e fazer a experiência da leitura do guia com outros usuários. Isso porque desde o princípio se convocou os usuários para uma construção do novo Guia e não apenas para uma vivência passiva de leitura do Guia traduzido e adaptado. Isso nos pareceu o ponto crucial de transformação da relação dos usuários com o serviço e com a universidade.

Apesar de reconhecidas essas transformações, a usuária fez questão de incluir, no depoimento, a observação de que ela não havia mudado. Importava-lhe dizer que, embora a participação na pesquisa GAM tenha lhe levado a exercer papel de liderança e coordenação junto aos usuários de saúde mental do seu município, “não deixou de gostar das pessoas como antes, não deixou de ser usuária do Caps”.

Em Campinas, os usuários reunidos sob a Associação Florescendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental (Aflore) também obtiveram financiamento ARUCI para o projeto que idealizaram: para além do tema do tratamento medicamentoso, como proposto pela pesquisa GAM, tinham o propósito de desenvolver um guia que, de forma acessível e mais ampla, orientasse os usuários quanto à política de saúde mental, rede de serviços, modos de tratamento e funcionamento, direitos: GUSM – Guia do Usuário da Saúde Mental. Integrante da Aflore, Fernando Medeiros (2012), associando o GUSM aos processos de educação popular, ressalta a perspectiva participativa, musical, lateralizada (em roda) do seu uso, que, segundo ele, remonta à origem indígena, miscigenada, da nossa população. Aproxima-se, assim, da leitura que, mais acima, Ugalde (2008) faz do contexto participativo dos povos primevos da América Latina, em torno ao trabalho coletivo, à ajuda mútua, à participação política... Nas palavras de Medeiros (2012):

A educação popular vem das origens que o povo aprendeu. [...] GUSM é um projeto também oriundo da educação popular, seja através de suas canções, que estão nos seus livros, seja pelo fato do adoecimento e suas consequências, pois qualquer povo pode adoecer mentalmente. [...] outra coincidência é a socialização que se dá nas rodas de trabalho do primeiro momento do GUSM, da mesma forma que se dá com a educação popular,

pois o povo vai passando como herança os seus saberes desde culinária até outros segredos místicos que estão na alma do povo brasileiro. Enfim para concluir temos um vasto campo de aprendizado como herança de nossa miscigenação, das grandes metrópoles e do campo... (s/p.).

Conclusões

A experiência de lateralização e cogestão na pesquisa fez aparecer diferentes experiências de pesquisador: pesquisador universitário ao lado de pesquisadores usuários e pesquisadores familiares. Como refere o artigo escrito entre acadêmicos e usuários:

Todos nós já vivenciamos alguma experiência de trabalho em parceria entre universidade e usuários dos serviços. Mas foi algo inédito, para nós, a abertura das tarefas próprias ao mundo acadêmico, como a pesquisa, o desenho de projetos e a produção de artigos. Experimentamos e percebemos como e o quanto as questões que nos colocamos têm clara relação com a nossa inserção institucional e social. Esta aliança entre acadêmicos e usuários propiciou o surgimento de novas idéias e modos de trabalhar, abriu-nos novos horizontes, de tal modo que não conseguimos mais imaginar o trabalho sem estarmos uns e outros juntos (FLORES et alii, no prelo).

Como efeito desse processo de participação, o protagonismo tende a ser estendido a outros aspectos da vida. Neste caso, com a participação dos usuários na gestão de pesquisa, verificamos o estímulo à cidadania como possibilidade de reconhecer-se enquanto sujeito capaz de produzir a si mesmo na experiência coletiva (autonomia coletiva), modificando seu ambiente ao invés de se deixar ser determinado por ele (CLÉMENT, 2008).

Os desafios colocados pela reforma psiquiátrica e pelo SUS impõem que alteremos não só as práticas de atenção e gestão do trabalho na saúde. Também no campo da produção de conhecimento, não podemos estar aquém da aposta democratizante das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, é preciso equiparar nossas metodologias de pesquisa com a diretriz inclusiva e participativa, de modo a que o direito dos usuários ganhe importância e efetividade para além do contexto dos serviços de saúde, também nas práticas de pesquisa envolvendo saúde mental, psicologia e saúde coletiva. A pesquisa participativa que realizamos para a adaptação à realidade brasileira do Guia GAM permitiu-nos avaliar as vantagens do uso de dispositivos de cogestão da pesquisa, como o Comitê Cidadão e as reuniões multicêntricas. A experiência de lateralização na pesquisa reposicionou usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores acadêmicos na direção de práticas cidadãs e de reconhecimento de sujeitos de direitos, incidindo, igualmente, sobre o trabalho clínico.

Sobre o artigo

Recebido: 04/05/2013

Aceito: 03/06/2013

Referências bibliográficas

- CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** Mimeo, 1996/1997. Disponível em: <www.gastaowagner.com.br/.../28-clinica-do-sujeito>. Acesso: 12 jan. 2013.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições : o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.
- CLÉMENT, M. Partir de l'exclusion pour penser la citoyenneté : les enjeux du droit, de la participation et de la reconnaissance. **Le partenaire**, vol. 17, n.1, p.5-9, 2008.
- CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.
- FLORES, A.A; MUHAMMAD, A.H; CONCEIÇÃO, A.P; NOGUEIRA, A; PALOMBINI, A.L; MARQUES, C.C; PASSOS, E; SANTOS, E.S; MEDEIROS, F; SOUSA, G.S; MELO, J; ANDRADE, J.C.S; DIEDRICH, L.F; GONÇALVES, L.L.M; SURJUS, L.T.L.M.S; LIRA, L.M; XAVIER, M.A.Z; NASCIMENTO, M.R; SILVEIRA M; NASCIMENTO, N.S; OST, P.R; OLIVEIRA, R.F; NASCIMENTO, R; PRESOTTO, R.F; HOFF, S.M.S; ONOCKO CAMPOS, R; OTANARI, T.M.C. A experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro. **Caderno HumanizaSUS**. (no prelo), p. 670.
- FURTADO, J.P; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 2671-2680, nov, 2008.
- FURTADO J.P; ONOCKO-CAMPOS R.T; BADARÓ MOREIRA M.I ;TRAPÉ T.L A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.102-110, jan, 2013.
- KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1987.
- MEDEIROS, F. **O GUSM e a Educação Popular em Saúde.** 31 de julho de 2012.
- Disponível em: <<http://aflore.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 31 jul. 2012.
- MELLO, S. L. **Psicologia e profissão em São Paulo.** São Paulo: Ática, 1975.
- MENENDEZ, E.L. Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. In: MENENDEZ, E.L.; SPINELLI, H.G. (Org.). **Participación social: para qué?** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008, p.51-80.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T. **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces.** São Paulo: Hucitec, 2012.
- ONOCKO-CAMPOS, R.; PALOMBINI, A.L.; SILVA, A.E.; PASSOS, E.; LEAL, E.; SERPA, O.; MARQUES, C.; GONÇALVES, L.L.; SANTOS, D.; SURJUS, L. T.; ARANTES, R. L.; EMERICH, B.; OTANARI, T.M.C.; STEFANELLO, S. Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da medicação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 967-980, out/dez, 2012.
- OTANARI, T.M.C.; LEAL, E.; ONOCKO CAMPOS, R.; PALOMBINI, A.L.; PASSOS, E. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol.35, n.4, p.460-467, 2012.
- PALOMBINI, A.L.; JOVER, E.R.; RICHTER, E.P.; MESQUITA, J.L.R.; CABRAL, K.V.; BENEVIDES, L.G. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

PASSOS, E.; SILVA, A.E. **Autonomia e Direitos Humanos na experiência em primeira pessoa de técnicos e usuários em serviço de saúde mental: a experiência da gestão autônoma da medicação (GAM).** Relatório Final - FAPERJ Programa APQ1 2009/1. 2011.

SILVEIRA, M. **Vozes no corpo, territórios na mão: loucura, corpo e escrita no PesquisARCOM.** 2013,128f. Dissertação (Mestre em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

UGALDE, A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria em los programas de salud em latinoamérica. In: MENENDEZ, E.L., SPINELLI, H.G. (Org.). **Participación social: para qué?** Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008, p.19-50.

YAMAMOTO, O. Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, ano 1, p.30-37, jan/abr, 2007.