

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

ÉRIKA MARINHEIRO PEREIRA

**INVENTANDO CONTRAMOLAS E RODAS QUE R-EXISTEM:
construindo indicadores numa pesquisa cogestiva com o Observatório
Internacional de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**

Santos
2021

ÉRIKA MARINHEIRO PEREIRA

**INVENTANDO CONTRAMOLAS E RODAS QUE R-EXISTEM:
construindo indicadores numa pesquisa cogestiva com o Observatório
Internacional de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista - como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Santos
2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P436i Pereira, Érika Marinheiro.
Inventando contramolas e rodas que r-existem:
construindo indicadores numa pesquisa cogestiva com
o Observatório Internacional de Gestão Autônoma da
Medicação (GAM) . / Érika Marinheiro Pereira;
Orientadora Luciana Togni de Lima e Silva Surjus;
Coorientador . -- Santos, 2021.
106 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. saúde mental. 2. gestão da medicação. 3. gestão
autônoma da medicação. 4. avaliação em saúde. 5.
indicadores de saúde. I. Surjus, Luciana Togni de
Lima e Silva, Orient. II. Título.

CDD 610.7

AGRADECIMENTOS

À **minha mãe** e ao **meu pai**, por todo apoio, cuidado e incentivo, desde sempre, mesmo quando nossas escolhas e nossas visões de mundo são tão diferentes. Carlitos e Marlenita, mais uma vez, a ajuda de vocês foi fundamental pra que esse percurso da vida fosse possível. A vocês, meu amor e minha gratidão.

À **minha filha**, por, literalmente, ter entrado no mestrado junto comigo, desde o processo seletivo, ainda na barriga. Obrigada, Nina, por ter aguentado na cadeirinha do carro as idas e vindas na estrada, pelas aulas que assistiu comigo no sling e por todas as vezes que, já não mais bebê, entendeu que a mamãe precisava "trabalhá no computadô". Como nos momentos finais de escrita na madrugada, em que você, para estar perto, vinha dormir no meu colo ou no sofá da sala. Obrigada por nossa parceria diária, filha. *Ei, hoje eu já disse que eu te amo?*

Ao **Rafa**, pela ajuda a nós duas, concordando em coincidir as visitas quinzenais dos primeiros meses com as descidas para Santos, nos acompanhando no primeiro semestre do mestrado. Obrigada por nossa constante construção como mãe e pai dessa pequena.

À minha irmã e familinha, **Flá, Bru, Theozuco e Luquinha**, por serem alegria, bagunça e amor, especialmente, em tempos tão difíceis.

À **Ana, Carol, Cris, Jú, Mel e Thá**, pela amizade 'gessetiana' preciosa. Obrigada por sustentarem, desde o primeiro ano da faculdade, o compartilhar da vida, com suas dores e suas delícias. Seguimos juntas, mesmo distantes, sempre.

Aos amigos e compadres, **Gustavo e Ana**, pelo 'trio dos preto' (agora, quinteto). Obrigada por sempre estarem, aquém, além e em (a)mar(es).

Às amigas queridas que Santos me trouxe, **Taci, Ivone, Dani e Mari**. Que bom tê-las encontrado nesse navegar. Saudades.

À amiga e artista **Gisele Asanuma**, por tanta sensibilidade nas trocas cotidianas sobre a vida. E obrigada, especialmente, pela escuta atenta, pelo olhar artístico e pelas mãos habilidosas, que ajudaram a concretizar o produto técnico dessa pesquisa.

Ao **Thiago**, pela ajuda em fazer encaixar o produto final num formato digital; e pelos encontros dessa vida, que desencaixam e libertam.

À querida **turma 2018 do MP**, por todas as trocas, de ideias e de afetos, ao longo desses 3 anos. Obrigada por entenderem e acolherem esta recém mãe com sua neném pitica ou com sua bomba extratora de leite durante a aula. Obrigada, especialmente, à querida **Bia**, pela amizade e companheirismo ao longo desse percurso.

Aos **professores do programa**, pelo cuidado e empenho em ofertar um espaço formativo crítico e reflexivo.

Aos professores da banca de qualificação, **Alexandre Henz, Rosana Onocko e Ellen Ricci**, pelas pertinentes indagações e provocações, foram valiosas contribuições.

Aos professores da banca de defesa, novamente **Alexandre e Ellen, e Sabrina Stefanello**, pela alegria e sensibilidade com que receberam (e me devolveram) o que foi produzido nesse estudo. Ao **Alexandre**, obrigada pela percepção atenta e poética com o fio condutor da intuição.

À minha orientadora **Luciana Surjus**, pela sabedoria compartilhada, confiança e incentivo, desde outros carnavais antimanicomiais. Obrigada por mais essa parceria. E obrigada, especialmente, pelos momentos em que segurou minha mão e me ajudou a reencontrar o caminho para não desistir no meio do percurso. Não foi fácil, mas foi bonito construir esse trabalho. Conseguimos, Lú.

A todos os companheiros, gestores, trabalhadores, usuários e familiares, que encontrei nos caminhos da Saúde Pública e da Saúde Mental, especialmente em Campinas e em Sorocaba, por me mobilizarem a práticas libertárias e reflexivas.

Por fim, agradeço enormemente aos usuários, trabalhadores, estudantes e pesquisadores **membros do Comitê Gestor do Observatório Internacional de Práticas GAM**, por produzirem comigo essa pesquisa. Obrigada pela disponibilidade e por todas as contribuições, reflexões e questionamentos que trouxeram para esse estudo. Ele é nosso.

*Para todos aqueles que, com suas práticas,
acreditam e constroem cotidianamente um
sistema de saúde público e universal digno.
Viva o SUS!*

*Para todos aqueles que, com suas existências,
ousam atos e corpos libertários.*

*E para Nina, que me mostra todos os dias
como a vida é uma criação bonita e constante.*

RESUMO

Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo qualitativo e participativo sobre práticas de cogestão em Saúde Mental, a partir das experiências que compõem o "Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento". Foram construídos consensos acerca de indicadores e parâmetros de cogestão na GAM, pactuados entre usuários, trabalhadores, estudantes e pesquisadores envolvidos com a estratégia, através de 2 (dois) Painéis de Especialistas, viabilizados por encontros virtuais. Foi utilizada a metodologia de Pesquisa Avaliativa de Quarta Geração, caracterizada por processos avaliativos inclusivos e participativos, que englobam o conhecimento e a experiência dos vários grupos de interesse envolvidos. O material produzido foi analisado a partir da perspectiva da hermenêutica crítica e narrativa, considerando-se o conceito de história efetual e o círculo hermenêutico de compreensão. Assim, foram identificados como são avaliados os efeitos da GAM nos diferentes contextos e foram sistematizadas as estratégias de cogestão na forma de 9 indicadores. Foi, ainda, pensado e elaborado um instrumento que facilite e promova a utilização dos indicadores dentro dos espaços grupais nos processos de autoavaliação. Espera-se que o material produzido possa subsidiar a avaliação de práticas emancipatórias em saúde mental e corroborar com a construção de possíveis políticas públicas.

palavras-chave: saúde mental, gestão da medicação, gestão autônoma da medicação, avaliação em saúde, indicadores de saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative and participatory research about co-management practices in Mental Health, based on the experiences of the "International Observatory of Practices of Autonomous Medication Management (GAM): collaborative school-network for knowledge production, support and promotion". It built consensus on indicators and parameters of co-management in GAM, agreed between users, workers, students and researchers involved with the strategy, through 2 (two) Expert Panels, made possible by virtual meetings. The methodology used was the Fourth Generation Evaluation, characterized by inclusive and participatory evaluative processes, which encompass the knowledge and experience of the different interest groups involved. The material produced was analyzed from the perspective of critical and narrative hermeneutics, considering the concept of effective history and the hermeneutic circle of understanding. Thus, it was identified how the effects of GAM are evaluated in different contexts and the co-management strategies were systematized in the form of 9 indicators. It was also designed and developed an instrument that facilitates and promotes the use of indicators within group spaces in self-assessment processes. It is expected that the material produced can support the evaluation of emancipatory practices in mental health and corroborate to the construction of possible public policies.

Keywords: mental health, medication management, autonomous medication management, health evaluation, health indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Círculo hermenêutico de compreensão da pesquisa	48
Figura 2 - Indicadores Open Dialogue: princípios	74
Figura 3 - Indicadores Open Dialogue: elementos	74
Figura 4 - Indicadores CAPS Rio Grande do Sul	75
Figura 5 - Indicadores CAPS III	76
Figura 6 - Indicadores CAPSij	76
Figura 7 - Roda Avaliativa: indicadores de cogestão	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos Revisados	51
Quadro 2 - Análise Artigos - Categoria 1: Dimensões da Cogestão na produção de conhecimento	55
Quadro 3 - Análise Artigos - Categoria 2: Dimensões da Cogestão nas práticas de cuidados	56
Quadro 4 - Composição Painel I	58
Quadro 5 - Painel de Especialistas I: Parâmetros esboçados	60
Quadro 6 - Composição Painel II	63
Quadro 7 - Resumo Contribuições: artigos, painel I, painel II	79
Quadro 8 - Indicadores de Cogestão	80

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRASM	Associação Brasileira de Saúde Mental
BPA/C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA/I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSiJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
FAS/CEF	Fundo de Apoio Social
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GGAM	Guia de Gestão Autônoma da Medicação
GIs	Grupos de Intervenção
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
II PND	II Plano Nacional de Desenvolvimento
IPCC	Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PL	Projeto de Lei
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização

RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Onde se localizam esta pesquisa e esta pesquisadora? 13

OBJETIVOS

Objetivo Geral 15

Objetivos Específicos 15

CAPÍTULO 1 - A COMPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

1.1 Um breve histórico das Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental 16

1.2 O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira: avanços e riscos das políticas de saúde mental 19

CAPÍTULO 2 - A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E O OBSERVATÓRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS

2.1 Uma estratégia que se faz política: a Gestão Autônoma da Medicação 28

2.2 O conceito de cogestão dentro da Gestão Autônoma da Medicação 33

2.3 Uma política que se faz estratégica: O Observatório Internacional 36

CAPÍTULO 3 - O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Os caminhos e os pés que trilham essa pesquisa: a avaliação de quarta geração 38

3.2 Indicadores como parâmetros avaliativos em saúde 42

3.3 A hermenêutica crítica e narrativa como postura metodológica 46

3.4 Os grupos de interesse e o Painel de Especialistas 49

CAPÍTULO 4 - UMA REVISÃO HERMENÊUTICA DA LITERATURA

4.1 O que se diz/escreve sobre cogestão na GAM 51

CAPÍTULO 5 - A PRODUÇÃO COLETIVA NO ENCONTRO COM OS ESPECIALISTAS: Painel I e Painel II

5.1 O primeiro encontro com os especialistas - Painel I 58

5.2 O segundo encontro com os especialistas - Painel II 62

CAPÍTULO 6 - PRODUZINDO OS INDICADORES DE COGESTÃO

6.1 A produção de diferentes indicadores em algumas pesquisas avaliativas 72

6.2 Resgatando o percurso dessa pesquisa para construção dos indicadores qualitativos de cogestão 77

6.3 O produto técnico "Roda Avaliativa: indicadores de cogestão" 81

CONSIDERAÇÕES FINAIS 83

REFERÊNCIAS 85

ANEXO A - TCLE 92

ANEXO B - Aprovação na Plataforma Brasil 94

ANEXO C - "Roda Avaliativa: indicadores de cogestão" 103

APRESENTAÇÃO

"de onde nem tempo, nem espaço que a força mande coragem pra gente te dar carinho durante toda viagem [...]"

(Terra - Caetano Veloso)

Onde se localizam esta pesquisa e esta pesquisadora?

Este trabalho toma corpo em forma de dissertação em meio a um momento crítico da sociedade: uma pandemia mundial que tem nos obrigado a rever e ressignificar muitos dos pactos coletivos que fizemos até agora enquanto civilização. Passando por um longo período ineditamente pactuado de isolamento e de distanciamento físico, pesquisar sobre práticas de *cogestão* e de *fazer coletivo*, ganhou, para mim, enquanto pesquisadora, enquanto trabalhadora da saúde mental e da saúde pública, enquanto mãe e enquanto cidadã do mundo, ainda mais força e potência de existir.

Se, no atual contexto global, o isolamento e o distanciamento constituem-se como ações de responsabilidade social para salvar vidas, sabemos que, na história da Saúde Pública e da Saúde Mental, a responsabilidade pelo cuidado com a vida se dá pela construção de práticas libertárias e de superação dos confinamentos impostos - por muros, por diagnósticos, por práticas e por exclusões de todos os tipos.

Ainda que aparentemente opostas, a pactuação pelo isolamento (voluntário) *nos* dias de hoje e a luta contra o isolamento (involuntário) *até* os dias de hoje compõem, a meu ver, duas faces de uma mesma moeda: a de uma saúde coletiva que se faz por todos e para todos.

É dentro desta lógica de produção de saúde que venho desenvolvendo minhas atividades profissionais desde que me graduei como terapeuta ocupacional em 2005. A formação em uma universidade pública seguida pela experiência de mais de dez anos de atuação em diferentes municípios e diferentes equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) me levam a entender a prática de cuidado em Saúde como uma construção, que se faz sempre alinhada à realidade dos territórios e das pessoas atendidas, aos estudos e pesquisas científicas, e à produção de políticas públicas; o que se torna, muitas vezes, um posicionamento de enfrentamento e de lutas.

Atualmente, ademais da situação mundial de crise causada pela pandemia e pelas instabilidades que essa provoca, enfrentamos, em alguns países, como no Brasil, um contexto político de grande retrocesso, pautado por políticas conservadoras e neoliberais que vão na contramão de um sistema de saúde público e universal. Temos nos deparado cotidianamente com ações de irresponsabilidade e descaso com a saúde pública, por parte de um governo que tem levado à morte milhares de brasileiros.

Assim, sustentar a elaboração deste trabalho se tornou um movimento de resistência e ao mesmo tempo de respiro e de fôlego, para seguirmos na persistência por uma sociedade mais igualitária.

Esta pesquisa se concretiza no desenvolvimento de um estudo sobre práticas cogestivas em Saúde Mental, a partir das experiências que compõem o "Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento", da qual se constitui como subprojeto. Chancelado pela política de observatórios da Unifesp em 2019, com articulações e trocas em curso desde 2017, este Observatório vem ganhando possibilidades de fortalecimento e sistematização, no qual atuei como bolsista. O intuito deste estudo foi a construção de consensos acerca de parâmetros avaliativos de cogestão em Saúde Mental, pactuados entre usuários, gestores, trabalhadores e pesquisadores, envolvidos com a estratégia GAM e vinculados ao Observatório.

Para tanto, percorreremos alguns caminhos de composição das políticas públicas de Saúde e de Saúde Mental nas últimas décadas, especialmente no contexto brasileiro, fazendo uma breve contextualização histórica e traçando paralelos com outros movimentos, analisando algumas questões políticas e socioeconômicas às quais se relacionam.

Em seguida, conheceremos mais detalhadamente a estratégia GAM, passando pelas experiências iniciais nos anos 90 no Canadá, por sua adaptação ao contexto brasileiro cerca de 20 anos depois e chegando ao momento atual de formação de um Observatório Internacional de Práticas, que reúne representantes do Brasil, Canadá e Espanha.

Posteriormente, apresentarei o percurso metodológico desse estudo, que se caracteriza como uma pesquisa avaliativa participativa e tem por base a hermenêutica crítica e narrativa como postura metodológica.

Por fim, apresentar-se-ão os resultados colhidos nessa pesquisa, com a aposta de que as experiências GAM possam contribuir para construção de práticas cogestivas.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Construir consensos acerca de parâmetros e indicadores para avaliação de práticas de cogestão a partir das experiências do Observatório Internacional de Práticas GAM.

Objetivos Específicos

- Identificar e mapear como têm sido avaliados os efeitos das práticas GAM nos diferentes contextos;
- Sistematizar as estratégias de cogestão do cuidado e de produção do conhecimento dentro do Observatório Internacional.

CAPÍTULO 1 - A COMPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

"Quem tem consciência para ter coragem / Quem tem a força de saber que existe / E no centro da própria engrenagem / Inventa a contramola que resiste?"

(Primavera nos dentes - Secos e Molhados)

1.1 Um breve histórico das Políticas Públicas de Saúde e de Saúde Mental

No presente trabalho, partiremos do mesmo pressuposto assumido por Paim (2013), apoiado em diversos estudos sobre políticas públicas, que considera as políticas de saúde como integrantes das políticas sociais. Estas, por sua vez, podem ser pensadas a partir do período de transição do feudalismo para o capitalismo, no Século XVI, na Europa, quando as cidades passaram a concentrar muitas pessoas desocupadas, famintas e miseráveis, elevando a questão da pobreza para além das intervenções de caridade. Assim, aparecem, naquele contexto, as primeiras intervenções do Estado relativas à assistência social. O sistema de ajuda social inglês conhecido como *Poor Laws*, unificado pela rainha Elizabeth em 1601, e a consolidação da nova Lei dos Pobres, em 1834, são considerados os primeiros marcos da incidência do Estado sobre a situação sanitária da população (PAIM, 2013).

Décadas mais tarde, a partir do desenvolvimento do capitalismo industrial e do aparecimento da classe operária, a "questão social" emerge para além da problemática da pobreza e passa a se manifestar enquanto luta de classes, num campo de desigualdades e disputas pelo acesso a bens e serviços. Assim, a assistência à saúde dos trabalhadores passa a ser assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. No século XX, diante da Revolução Bolchevique, da crise de 1929, das demandas da classe operária e dos sofrimentos decorrentes da Segunda Guerra Mundial, começa a surgir, na Europa, a noção de direitos sociais, conquistados pelas classes trabalhadoras e mediados pela interferência estatal, num papel de mediação das tensões entre as classes e manutenção da ordem social capitalista (PAIM, 2013; BRAVO, 2006).

No período pós Segunda Guerra, a considerada era de ouro do capitalismo possibilita a expansão do *Welfare State* e o desenvolvimento de sistemas de proteção

social. Porém, a hegemonia conquistada pelos Estados Unidos reorienta a forma de abordar a "questão social", retomando o foco na pobreza e expandindo o padrão americano de política social liberal para a ordem econômica mundial. Por um lado, crescia o debate, pautado pelos movimentos civis, sobre necessidades básicas, cotas e igualdade de oportunidades, por outro, a questão da pobreza entrava na agenda do Banco Mundial, crescendo as pesquisas que produziam evidências estatísticas e apontavam os efeitos das medidas adotadas para o seu controle (PAIM, 2013).

No Brasil, a "questão social" vai emergir a partir do processo de industrialização e urbanização, apenas no Século XX. Resgatando esse percurso a partir do período exploratório do Brasil Colônia, Bravo (2006) refere que, no século XVIII, a assistência à saúde começa a ser pautada, pela filantropia e pela prática médica liberal. No século XIX, durante o reinado de D. Pedro II, algumas iniciativas surgem no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional, a realização de campanhas e a questão da saúde aparecendo como reivindicação no nascente movimento operário. Mas, é somente no início do século XX, com o período Republicano, que surgem iniciativas de organização do setor Saúde, a serem aprofundadas a partir de 1930 (BRAVO, 2006).

As primeiras respostas do Estado às greves operárias se fizeram via aparelhos repressivos e violência. Porém, em 1923, o então deputado Eloy Chaves, anteriormente responsável pela repressão dos movimentos paulistas, propõe a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), visando aliviar as tensões sociais pela via político-ideológica (PAIM, 2013). Consideradas o embrião do sistema previdenciário brasileiro, as CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados e eram coordenadas por indicados pelo presidente da República; os patrões e empregados participavam de forma paritária da administração. Os benefícios previstos eram proporcionais às contribuições e incluíam: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2006).

Em 1930, com o golpe militar, Getúlio Vargas expande a Previdência Social diferenciada pelas categorias de trabalhadores urbanos. São implantados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) apenas para os trabalhadores vinculados ao mercado formal. Para os excluídos do mercado de trabalho e da previdência, é criada a Legião Brasileira de Assistência. Dessa forma, o *Estado de Bem-estar Social* americano chega parcialmente ao Brasil numa versão acanhada de "Estado desenvolvimentista". E,

mesmo após o retorno à democracia, em 1945, é mantida essa diferença de padrão previdenciário para trabalhadores e assistência social para pobres (PAIM, 2013). Tal lógica se estende à Política Nacional de Saúde consolidada no período de 1945 a 1950. Assim, de forma geral, a situação de saúde da população seguiu bastante precária, com diversas doenças infecciosas e parasitárias e altas taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral (BRAVO, 2006).

Com a suspensão do regime democrático novamente, em 1964, as poucas políticas sociais até então implantadas sofrem significativa regressão no seu financiamento, centralização dos processos decisórios, privatização do espaço público, fragmentação institucional e redução de seu impacto na distribuição de renda. Se, por um lado, a economia do país vivia um período extraordinário de crescimento, a grande maioria da população, ao contrário, vivia o aumento da pobreza e o agravamento de questões sociais, ainda que, a partir de 1974, políticas como o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e o Fundo de Apoio Social (FAS/CEF) fossem justificadas como abertura social e precursoras da abertura política (PAIM, 2013).

A partir da vitória do partido de oposição, em novembro de 1974, é que ressurgem com mais força os movimentos sociais e populares e o novo sindicalismo. Nessa conjuntura política, tem início o movimento da Reforma Sanitária, defendendo a democratização da saúde. São marcos importantes desse período a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIM, 2013).

Em meio aos movimentos de redemocratização do país, o processo de construção das políticas de saúde depara-se com um espaço de tensionamento e disputa entre diferentes perspectivas: a saúde pública, que cuidava de problemas da coletividade (epidemiologia e vigilância sanitária), e a saúde coletiva, que tratava a saúde como questão de interesse público e direito de todos; além da disputa pelo setor privado, que defendia a lógica da saúde como mercadoria, a ser 'adquirida' pelo cidadão/consumidor (BRAVO, 2006).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, consolida-se como um dos mais importantes marcos na construção de uma política nacional para o setor. O sanitarista Sergio Arouca (1986) enfatiza, em seu histórico pronunciamento, a até então inédita participação da sociedade civil brasileira organizada, por meio dos delegados representantes e das pré-conferências, na

construção de um grande projeto nacional, que não excluiria o setor privado, mas que se organizaria de forma federada e com responsabilidades descentralizadas. Assumindo o conceito de saúde integral - alinhado às concepções internacionais de saúde e consolidado pela Organização Mundial de Saúde - é a partir da VIII Conferência que passamos a considerar a Saúde não apenas como a ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social, relacionado às condições sociais, de trabalho e de vida. Além disso, a Saúde passa a ser entendida como um Direito da pessoa humana, sendo necessário identificar a quem cabia garanti-lo e de que forma o garantiria melhor. Assim, a Reforma Sanitária, organizada por trabalhadores, usuários e pesquisadores da Saúde, não buscava uma reforma meramente burocrática ou administrativa, mas, a partir de uma crítica ao sistema até então estabelecido, viabilizar a criação de um novo sistema, pautado nas experiências concretas de transformação (AROUCA, 1986).

Pouco tempo depois, em 1988, a nova Constituição Federal, conhecida como Constituição Cidadã, reconhece a Saúde como direito social universal e de responsabilidade do Estado. Assim, a força do movimento da Reforma Sanitária, contrária às forças mercantilistas e privatistas que influenciavam e constrangiam a consolidação das políticas públicas de saúde e de direitos, contribui significativamente para a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Com 30 anos de existência prestes a serem completados desde o estabelecimento da Lei 8.080/90, o SUS caracteriza-se por ter como diretrizes: a saúde como direito, a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade, a intersetorialidade e a ênfase na promoção e proteção da saúde, por meio de um sistema descentralizado e democrático desde a sua formulação até sua execução (BRASIL, 1990).

1.2 O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira: avanços e riscos das políticas de saúde mental

Alinhado ao movimento da Reforma Sanitária e junto aos demais movimentos de redemocratização do país é que nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira no final da década de 70. Porém, construindo uma trajetória própria, inscrito num contexto internacional de superação da violência asilar, provocada pela crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e pelos esforços dos

movimentos sociais em prol dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Amarante (1997) nos lembra que o campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira foi marcado, por um lado, pelas experiências internacionais de transformação do hospital psiquiátrico (comunidade terapêutica, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, antipsiquiatria) e, por outro, por referências da filosofia, sociologia e antropologia. Teve papel importante, neste sentido, a obra de Michel Foucault (1978), ao questionar a psiquiatria e a doença mental como conceitos datados e construídos historicamente, de tal maneira que a psiquiatria e as instituições manicomiais assumem uma função ambígua de punição e tratamento. Goffman (1974) também contribuiu para essa análise, identificando o hospital psiquiátrico com outras instituições de controle e violência, as quais denomina ‘instituições totais’.

Ainda no contexto internacional, destaca-se a experiência italiana ocorrida no final dos anos 60 de “negação da instituição” psiquiátrica, que critica e refuta não só a violência e opressão desse sistema institucional e psiquiátrico (‘especialístico’), como também as estruturas sociais que o sustentam (BASAGLIA, 1985), dando origem aos processos de desinstitucionalização, que vão colocar em xeque tanto o hospital psiquiátrico quanto a instituição ‘loucura’, considerando que o objeto da Psiquiatria não devia ser a doença ou sua periculosidade (como se isto fosse algo intrínseco ao corpo ou psiquismo da pessoa), mas sim a “existência-sofrimento” dos loucos e sua relação com o corpo social (ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 2001).

Na direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste, na Itália, em 1973, Basaglia propõe uma reformulação da assistência em saúde mental, através de uma rede de serviços substitutivos, que viriam a se tornar referência mundial. Pouco depois, em 1978, é aprovada a Lei 180, a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, que veio a influenciar o modelo de assistência e cuidado em saúde mental em diversos outros países e que serviu como referência para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta última, por sua vez, origina-se num movimento de trabalhadores da área, aos quais se somam, posteriormente, os usuários e familiares, na construção de um novo modelo de atenção e cuidado (AMARANTE, 1997).

Um marco importante desse processo foi a formação, em 1978, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído por jovens médicos psiquiatras que estabeleceram uma agenda para o setor e introduziram a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas. Foi através do MTSM que se articulou o primeiro grande encontro de trabalhadores da área durante o Congresso

Brasileiro de Psiquiatria, abrindo o debate da loucura para o domínio público, alcançando entidades da sociedade civil e a grande imprensa, denunciando a realidade dos hospitais psiquiátricos e tornando a “questão psiquiátrica” uma questão política. O MTSM assumiu-se como um movimento de reflexões e transformações nos campos assistencial, cultural e conceitual, que buscava a superação do estigma e da segregação, no sentido de estabelecer outra relação com a loucura, pautada no cuidado, na troca e na solidariedade (AMARANTE, 1997).

Os princípios, diretrizes e estratégias do MTSM se disseminaram nos aparelhos do Estado, com seus membros ocupando Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental e algumas instituições universitárias. Em 1987, em paralelo à I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorre o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru/SP, que leva à dissolução do que vinha se configurando como uma agremiação de técnicos para sua reconstrução enquanto movimento social (AMARANTE, 1997).

O lema deste encontro, “Por uma sociedade sem manicômios” e a instituição do Dia da Luta Antimanicomial (celebrado até o presente no dia 18 de maio) indicava a estratégia de adotar, a partir daquele momento, a expressão ‘manicômio’ como definição para qualquer instituição psiquiátrica pautada na tutela e custódia, na tentativa de superar a simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus serviços hospitalares, radicalizando a superação do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto na instituição como no saber médico sobre a loucura (AMARANTE, 1997). Ademais, o documento redigido naquele encontro, que ficou conhecido como a "Carta de Bauru", explicitava a recusa dos trabalhadores em assumir o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, colocando-se contra a mercantilização da doença e em defesa dos direitos da pessoa humana (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

Em 1989, a descentralização no sistema nacional de saúde introduzida pela Reforma Sanitária possibilita uma intervenção inédita no hospital privado Casa de Saúde Anchieta, no município de Santos/SP, após denúncias de maus-tratos e mortes violentas. Tal intervenção assume uma dimensão histórica na Saúde Mental por objetivar não apenas a melhoria das condições técnicas e a adequação a padrões abstratos, mas a recuperação e a afirmação da cidadania das pessoas internadas, estendendo as ações para além dos muros do hospital e buscando interferir na própria sociedade, pondo em prática a experiência radical de desmontagem do aparato institucional manicomial e de implantação de uma rede substitutiva de atenção à saúde

mental, regionalizada, com estruturas de suporte social e com projetos de intervenção cultural, constituindo-se como um território de cidadania, emancipação e reprodução social (AMARANTE, 1997; KINOSHITA, 1997; NICÁCIO, 1994).

Nesse contexto, surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), uma estrutura complexa de funcionamento 24 horas, que fazia avançar as conquistas da primeira experiência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desenvolvida em 1987 em São Paulo/SP (AMARANTE, 1997). A partir da experiência santista, Kinoshita (1997) aponta algumas orientações para a construção do que viria a ser um novo modelo de atenção em saúde mental, tais como:

- a garantia do direito ao asilo/internação em situações que o distanciamento for necessário, como ação tática dentro do tratamento e não como o tratamento em si;
- a “porta aberta” como uma característica fundamental para que a relação de tutela seja sempre negociada/atualizada;
- a disponibilidade em responder à demanda do paciente ou da família com maior agilidade, evitando burocratizações;
- a inserção no território, ampliando a atuação dos serviços para outros espaços, ativando recursos da própria comunidade;
- a prioridade aos projetos de vida e à vida cotidiana dos pacientes, não limitando-se à atenção à crise;
- e, por fim, o empréstimo de poder contratual aos pacientes auxiliando-os no aumento de seu próprio poder contratual e na recuperação de alguma autonomia.

Entre os desafios apontados, destacam-se a intensificação dos projetos de reabilitação psicossocial, incluindo a articulação com outros setores, e a adequação de recursos humanos e materiais às novas necessidades dos serviços (KINOSHITA, 1997).

A experiência real e radical concretizada no município de Santos de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede territorial de serviços somada ao percurso histórico previamente aqui resgatado deu origem, em setembro de 1989, à criação do Projeto de Lei (PL) do Deputado Paulo Delgado, dispondo sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentando a internação psiquiátrica compulsória.

No que pese o mérito deste PL em levantar o tema da loucura, da doença mental, da assistência psiquiátrica e dos manicômios para o debate nacional, alguns pontos do projeto já se colocavam como polêmicos desde sua apresentação, como a não proposta de extinção do hospital psiquiátrico, nem da relação entre doença mental e

periculosidade; e a restrição da emissão de laudo para internação compulsória como responsabilidade exclusiva do médico. Ainda que tenha tardado anos para sua aprovação no Senado, o PL, junto a outros documentos internacionais importantes desse período, como a Declaração de Caracas (1990), estimulou a aprovação de diversas portarias nacionais e estaduais, possibilitando o financiamento de estruturas não manicomiais, como CAPS, NAPS, hospitais-dias e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (AMARANTE, 1997).

Foi apenas em 2001 que a Lei Paulo Delgado, Lei 10.216, foi aprovada e, neste momento, alterando sua disposição para a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Assim, nossa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011) institui-se de modo substitutivo ao modelo asilar e se organiza a partir de uma rede territorial de cuidados, composta por diferentes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Gerais, etc. Porém, mesmo que resguardada pela Lei 10.216 e demais portarias, a Política Nacional de Saúde Mental segue ainda avançando em termos de implementação efetiva e construção cotidiana de seus serviços e dispositivos, enfrentando, especialmente no atual contexto político-econômico do país, um período de maior risco frente a possíveis retrocessos.

Os avanços ocorridos desde o período de redemocratização do país possibilitaram que legislações fossem estabelecidas, tornando a implementação do SUS, e mais recentemente da RAPS (BRASIL, 2011), como políticas públicas de Estado; no entanto, sabemos que essa construção não se esgota, não estando garantida e tampouco finalizada. Segundo Rizzotto (2018), os problemas e dificuldades de nosso sistema público de saúde se devem, também, à influência de atores internacionais, a exemplo do Banco Mundial, num boicote ao caráter universal e integral desta política, divulgando periodicamente documentos que desqualificam o SUS e que reafirmam a eficiência e a eficácia do setor privado, atuando como agentes do capital que buscam ampliar os mercados consumidores, transformando a saúde em mercadoria (RIZZOTTO, 2018).

No Brasil, desde 2016, com o afastamento da presidenta eleita, através de um movimento político lido pelos setores mais democráticos do país e do mundo como um golpe (RUFFATO, 2016; TAUB, 2016), o campo das políticas públicas (que historicamente enfrenta subfinanciamento, tensões e disputas) passa a ser deliberadamente desvalorizado e precarizado, vide a Emenda Constitucional no. 95

(BRASIL, 2016), que altera a Constituição Federal para instituir um novo regime fiscal, limitando o crescimento das despesas do governo brasileiro durante 20 anos, incluindo os gastos com Educação e Saúde.

Especialmente a partir de 2019, com o início do mandato de um presidente que tinha entre suas principais bandeiras de campanha a flexibilização do acesso às armas de fogo e o combate ao que chama de “ideologia de gênero”, dentre outros projetos conservadores e de precarização das políticas de direitos, as conquistas das três décadas de SUS correm sério risco de serem desmontadas, tendo seu financiamento escasseado e seu avanço comprometido (CASTRO et al, 2019).

Para Rizzotto (2018), o atual momento do país indica como oportuna e necessária a retomada das ideias e bandeiras originais do movimento da Reforma Sanitária (que se estendem também ao movimento da Reforma Psiquiátrica), que articulava o direito à saúde com a democracia e a luta pela redução das desigualdades. Enfatiza-se, ainda, que, tanto os direitos sociais como as democracias se encontram em recuo neste início de século, em diversas partes do mundo. Pois, o avanço do capitalismo financeirizado e concentrado em megaempresas opera por sobre governos e nações, impondo limites às democracias nacionais. Portanto, defender a democracia e as políticas sociais universais, incluindo as políticas de saúde e de saúde mental, implica em defender um projeto de sociedade igualitária, que vai na contramão dos pressupostos autoritários do neoliberalismo, tomado pela direção autoritária do atual capitalismo (RIZZOTTO, 2018).

A defesa dos espaços públicos até aqui conquistados se faz fundamental, particularmente por estarmos longe de um SUS totalmente público, com financiamento suficiente e adequado. E que, apesar de ser o único responsável pelo atendimento de 75% da população e pela realização de serviços voltados para toda a sociedade, o faz com apenas cerca de 46% dos recursos da saúde; enquanto 54% dos gastos é destinado ao setor privado, para atender os outros 25% da população. Somado a isso o fato de grande parte da população não necessariamente ter “aderido política e ideologicamente ao SUS”, torna-se imprescindível apresentar e discutir essas questões com a sociedade (RIZZOTTO, 2018; CAMPOS, 2018).

Além da fragilidade da efetivação das políticas públicas até aqui conquistadas, há que se fazer, neste ponto, uma reflexão sobre a importância da garantia das leis e sobre a tradução destas em forma de serviços e práticas. Especificamente no que concerne às políticas de Saúde Mental, Emerich, Onocko-Campos e Passos (2014),

retomando questões já apontadas pelos precursores da Reforma, nos lembram que, se consideramos o conceito de biopoder trazido por Foucault (1979), há que se atentar, na sociedade atual, às novas formas de assujeitamento que podem se realizar mesmo fora dos muros das instituições totais, levando aos tão criticados "CAPScômios". Em paralelo, porém, os autores reforçam que não se pode negar que o fato de terem sido derrubados os muros concretos dos hospícios fez avançar o movimento da Reforma Psiquiátrica na direção da democratização institucional e de novas formas de cuidado. Tendo-se esse olhar crítico, é possível considerar que o fato de cuidar do sujeito em seu território, com direito à circulação por diferentes espaços (físicos e simbólicos), qualifica o tratamento, já que o hospital psiquiátrico tira muito do que nos torna humanos: a singularidade e a liberdade (EMERICH, ONOCKO-CAMPOS, PASSOS; 2014).

Desta forma, se o movimento da Reforma Psiquiátrica e a construção das políticas públicas de Saúde Mental possibilitaram sustentar o fechamento de manicômios e confrontar as instituições totais, faz-se necessário agora garantir que tais políticas sigam se efetivando e avançando nas redes de saúde, garantindo também que práticas de controle não se mascarem em formas de tratamento "não manicomial". Utilizar-se da medicação como forma de vigilância e de tamponamento de sintomas, sem espaços de negociação com os usuários; Realizar visitas domiciliares que servem apenas para monitoramento e fiscalização; Não informar o usuário sobre seus direitos e não trabalhar com ele sobre esses; Desligar o usuário por recusa à medicação. São exemplos que se constituem como *práticas totais* (EMERICH, ONOCKO-CAMPOS, PASSOS; 2014).

Dentro do que podemos chamar de práticas totais mascaradas no cotidiano dos serviços da RAPS, a medicação se apresenta como 'a prática não reformada da Reforma' (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Diversas pesquisas têm demonstrado que a oferta de tratamento em Saúde Mental restringe-se, muitas vezes, apenas à oferta de medicamentos e, ainda, de forma pouco dialogada e participativa, não possibilitando aos usuários informações sobre seu tratamento, sobre as indicações e os efeitos de cada medicação, e tampouco sobre outras possibilidades de cuidado além do medicamentoso. Tal fato, porém, não impede que cada pessoa utilize seus medicamentos da forma como bem lhe convier ou interrompa seu uso a seu próprio critério, independente da prescrição médica (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

Alguns estudos apontam, ainda, para a ampliação do alcance dos diagnósticos para situações comuns da vida humana e para o estímulo elevado ao uso de medicamentos, com impacto sobre a economia de diversos países (CONRAD, 2004; RODRIGUEZ, POIREL, 2007; CONRAD et al, 2010; BELL, FIGERT, 2012). Além da questionável influência da indústria farmacêutica sobre os profissionais de saúde, demonstrando graves conflitos de interesse (GOTZSCHE, 2016).

Alinhada à essa análise crítica, há que se reconhecer, ainda, a questão da super medicalização de nossa sociedade associada à sua excessiva patologização, o que vem sendo discutido em diversos setores, desde os acadêmicos até espaços não científicos. Recente publicação de um jornalista estadunidense apresenta dados e documentos importantes que revelam um paralelo entre o aumento dos problemas de saúde mental a partir da década de 90 associado ao aumento do número de medicamentos psiquiátricos (antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor, estimulantes e ansiolíticos), evidenciando uma lógica perversa de produção de uma "epidemia" que visa o lucro da indústria farmacêutica (WHITAKER, 2017).

Considerando-se dados epidemiológicos mundiais, o aumento dos transtornos mentais e do uso problemático de substâncias psicoativas, especialmente entre jovens e populações em situação de vulnerabilidade, evidencia que a prevenção, o tratamento e a promoção de Saúde Mental devem ser compromissos inadiáveis da Saúde. Somam-se a essas problemáticas, situações de discriminação negativa e de violação de direitos das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, fazendo-se imprescindível a organização de Políticas Públicas que respondam a interesses coletivos e não à lógica privada do mercado e que se articulem pela perspectiva dos Direitos Humanos (OMS, 2013).

Portanto, pensar estratégias de cuidado que promovam a autonomia e o protagonismo da população sobre seus cuidados de saúde, bem como sua participação social, é incidir sobre o uso acrítico do tratamento farmacológico e ampliar a ação das políticas públicas para a multiplicidade de fatores que interferem na saúde mental de um indivíduo e de uma comunidade.

É sabido que as orientações internacionais para as políticas públicas de saúde demonstram grande preocupação com o envolvimento ativo dos usuários nas definições de seus tratamentos e serviços (OPAS/OMS, 2001; OMS, 2013). Ainda assim, é consenso que muitas dificuldades e resistências surgem para implementação de tais diretrizes, pois implicam reorganização efetiva dos serviços e transformação das

práticas (CANADÁ, 2001). No contexto brasileiro, mesmo com as instâncias de participação popular como os Conselhos e as Conferências de Saúde estarem preconizadas pelo SUS desde sua implantação, na prática, o processo participativo e de controle social ainda se apresenta como uma construção frágil e inacabada. (GOULART, 2010).

Assim, considerando-se o contexto global de enfrentamento das políticas de saúde frente aos avanços neoliberais, que se referem tanto aos interesses econômicos quanto às formas contemporâneas de controle, faz-se imprescindível a mobilização da sociedade em ações de resistência e apontamento de saídas. Neste sentido, os movimentos sociais, os movimentos de usuários e trabalhadores e a universidade, enquanto potenciais produtores de ações inovadoras e de conhecimento, podem auxiliar a pensar e efetivar a retomada e a construção de novas estratégias, que auxiliem no resgate e no fortalecimento das bases e das principais diretrizes das políticas públicas de saúde, tarefa que se faz necessária e inadiável; e tão somente possível se envolver necessariamente e de forma protagonista aqueles aos quais pretende cuidar.

CAPÍTULO 2 - A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E O OBSERVATÓRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS

“Nada é real, você é / Nada é igual, você é /
Nada é normal, você é / Você é”

(Na Real - Gilberto Gil)

2.1 Uma estratégia que se faz política: a Gestão Autônoma da Medicação

Em meados da década de 90, nos serviços comunitários de saúde mental do Quebec, no Canadá, a abertura de um espaço de fala a respeito da medicação psiquiátrica a partir dos questionamentos e necessidades indicados pelos próprios usuários deu origem à uma estratégia denominada Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Tal estratégia foi construída através de um processo coletivo, que envolveu usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários, profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde (não oferecidos pelo governo canadense) e pesquisadores de diferentes instituições acadêmicas (ONOCKO-CAMPOS et al, 2014).

Em 1999, foi criado um piloto do guia canadense de Gestão Autônoma da Medicação, com o intuito de contribuir com o processo de reflexão sobre o uso de medicamentos, no sentido de melhorar a qualidade de vida. Uma segunda versão deste guia foi elaborada em 2003 (tal versão serviu de base para construção do guia brasileiro) e, em 2017, foi atualizada a última versão canadense do Guia. Atualmente, a GAM, no Québec, faz parte de um Plano de Ação elaborado pelo governo, e sua prática é reconhecida e estimulada (ONOCKO-CAMPOS et al, 2014).

Em 2009, a estratégia chegou ao Brasil através de uma pesquisa-intervenção para adaptação ao contexto brasileiro (ONOCKO-CAMPOS et al, 2014). Entre 2009 e 2010, desenvolveu-se o projeto multicêntrico Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: Instrumentos para a Qualificação da Utilização de Psicofármacos e Formação de Recursos Humanos: GAM-BR, elaborado pela Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CNPq – 2009). Os objetivos da pesquisa eram: (1) traduzir, adaptar e testar, em Centros de Atenção Psicossocial das cidades de

Rio de Janeiro (RJ), Novo Hamburgo (RS) e Campinas (SP), o Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM), com pessoas com transtornos mentais graves; e (2) avaliar o impacto desse instrumento na formação de profissionais de saúde mental (psiquiatras e profissionais não médicos) (PASSOS, SADE, MACERATA, 2019).

A pesquisa contou, em todas as suas etapas, com a participação ativa de todos os segmentos envolvidos: usuários, familiares, trabalhadores, estudantes e pesquisadores. O primeiro passo foi a tradução e adaptação à realidade brasileira do material produzido no Quebec (*Gestion autonome de la médication de l'âme*, de 2013). Em seguida, nos três diferentes campos e municípios em que a pesquisa se deu, constituíram-se grupos de intervenção (GIs) para compartilhamento a partir dos temas propostos no guia. Foram, ainda, realizados grupos focais antes e após os GIs bem como entrevistas individuais. As gravações e transcrições dos encontros somaram-se aos diários de campo e deram origem a narrativas, validadas pelos grupos. Uma primeira análise do material produzido foi realizada pelas equipes de cada campo, organizando-o por vozes (usuários, trabalhadores, gestores, familiares e residentes). Num segundo momento, foi realizada uma meta-análise de todos os campos por voz e, posteriormente, uma comparação das contribuições dos diferentes campos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Ao longo desse processo de adaptação da estratégia, evidenciaram-se algumas diferenças entre os dois países. Se, no Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica pautou-se na ideia de cidadania e de cuidado territorializado, configurando-se uma política voltada à criação e manutenção, pelo Estado, de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos; na realidade canadense, o modelo asilar foi combatido por movimentos exteriores à máquina estatal, os quais geraram serviços alternativos aos oferecidos pelo governo. Desta forma, a experiência canadense desenvolveu-se a partir dos movimentos sociais, enquanto a adaptação brasileira se deu a partir da relação da universidade e dos serviços da rede pública de Saúde Mental (PASSOS et al., 2013).

Outro ponto de adaptação cultural diz respeito aos direitos cidadãos. Silveira e Soares (2018), referindo-se a observações levantadas na pesquisa multicêntrica “Implementação e descentralização da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação” (2014), indicam que a versão brasileira precisou de mais desenvolvimento e detalhamento do que o guia canadense. Aspectos relacionados à qualidade de vida, como sexualidade, trabalho e religiosidade, foram acrescentados visando atender à demanda dos usuários brasileiros. Fez-se

necessária, ainda, uma adaptação da estrutura escrita, utilizando-se de frases curtas e simples, de fácil compreensão – o que ressalta a diferença do perfil educacional entre os usuários canadenses e os brasileiros. Reconhece-se, portanto, por um lado, uma 'infidelização' na tradução do Guia, considerada necessária ao trabalho no Brasil, e, por outro, uma fidelização aos preceitos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, considerando-se a participação contínua e ativa de trabalhadores, usuários e familiares (SILVEIRA e SOARES, 2018).

Por fim, um importante aspecto que se distingue na adaptação da estratégia ao nosso contexto diz respeito à segunda parte do Guia. Na experiência canadense, considera-se possível a retirada da medicação, de forma segura, orientada e refletida, quando entendido que o medicamento tem repercussões negativas na qualidade de vida da pessoa. No Brasil, algumas discussões vêm sendo feitas nesse sentido, a partir de diferentes experiências e diferentes grupos de pesquisa, porém a possibilidade de retirada da medicação não consta, por enquanto, na versão brasileira do Guia.

Organizado a partir de seis passos, o GGAM é composto por perguntas que ajudam a acessar as experiências e os saberes dos participantes acerca do uso de medicamentos e de seu tratamento. Apesar do foco na medicação, os passos do Guia abordam temas gerais da vida e se dividem em duas partes. A primeira parte intitula-se 'Sua qualidade de vida' e engloba os seguintes passos: (1) Conhecendo um pouco sobre você; (2) Observando a si mesmo (que traz aspectos do cotidiano, da saúde, da relação com o dinheiro etc.); (3) Ampliando a sua autonomia (que ajuda os participantes a identificarem e construir uma rede de apoio); e (4) Conversando sobre os medicamentos psiquiátricos (que fornece informações e propõe aos usuários conhecerem melhor a sua experiência com o uso de psicofármacos). A segunda parte, intitulada 'Um caminho para mudanças', contém os dois últimos passos: (5) por onde andamos e (6) planejando nossas ações, que visam construir um plano de ações a partir das questões e avanços levantados com os passos anteriores.

Segundo Silveira e Moraes (2018), podemos pensar a estratégia GAM como um conjunto: uma *metodologia* e uma *ferramenta*. A *ferramenta* consiste no Guia, um material escrito, encadernado, composto por seis passos, cada um relacionado a um tema específico que vai desde a apresentação pessoal até informações sobre os medicamentos psiquiátricos. Cada passo se compõe por questões simples, que podem parecer óbvias, mas que formam parte de um cuidado que se interessa pela experiência de quem usa o medicamento e tem um diagnóstico psiquiátrico. As autoras nos lembram

que o cuidado e o interesse pela experiência deveriam ser, mas nem sempre são, elementos óbvios no cotidiano dos serviços de saúde mental (SILVEIRA e MORAES, 2018).

O Guia é uma *ferramenta* para ser utilizada em grupos, para ser lido e partilhado (ainda que cada participante receba o seu GGAM). Os passos ajudam na produção da *experiência grupal*, que é orientada pelo segundo elemento da estratégia: sua *metodologia*. Algumas pistas do que formam esta *metodologia* se encontram no Guia do Moderador.(material de apoio criado a partir da adaptação brasileira do GGAM). Moderador é quem coordena um grupo GAM e tal função pode ser exercida por qualquer profissional de saúde, por usuários e/ou por familiares envolvidos nos temas da saúde mental. O Guia do Moderador ampara o manejo do grupo, porém as pistas encontradas para tal manejo não se pretendem prescrições, mas sim um conjunto de elementos e relatos de experiências que podem auxiliar o moderador com suas possíveis questões ao longo do processo (SILVEIRA e MORAES, 2018).

Silveira e Moraes (2018) compreendem a estratégia GAM como o conjunto do *guia* com a *metodologia* que orienta a gestão do grupo GAM, a qual, por sua vez, pressupõe o sentar em roda, a leitura em conjunto e em voz alta do Guia e o compartilhar das experiências, na busca da maior horizontalidade possível. De acordo com o Guia do Moderador, a GAM pode ser definida como:

“[...] um processo de aprendizado sobre o uso de medicamentos e de seus efeitos em todos os aspectos da vida do usuário. É um processo de questionamento respeitoso sobre as necessidades e vontades em relação ao tratamento medicamentoso de cada um. Ela não é um fim em si mesma, é apenas uma parte do caminho em direção a uma melhora no bem-estar.”
(GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO - GUIA DE APOIO A MODERADORES, 2014, p. 7.)

Passos, Sade e Macerata (2019) acrescentam outra característica fundamental de composição da estratégia GAM: a orientação pelo princípio metodológico da *transversalidade*. Além de ser uma estratégia que promove a *autonomia coletiva*, a distribuição do *protagonismo* e a *cogestão* como diretriz. Tais modos de fazer podem estar presentes em diferentes dispositivos seja de atenção ou de gestão do trabalho em saúde, seja em práticas de produção de conhecimento como as pesquisas-intervenção

participativas ou em práticas de cuidado. Cabe reforçar que, de acordo com Passos et al. (2013, p. 2922):

“[...] a construção de autonomia coletiva não se reduz à explicitação das diferenças e à criação de consensos. Implica em negociação entre saberes e visões de mundo dos profissionais e de usuários, incluindo a rede de relações que os cerca. Depende de condições democráticas e do funcionamento efetivo das políticas públicas, assim como do acesso dos sujeitos à informação e da capacidade crítica acerca desta. É fenômeno complexo que não pode ser visto como dado independentemente do contexto que envolve a experiência vivida junto ao coletivo. Construir processos de autonomização é uma direção do tratamento em SM, pressupondo a gestão compartilhada do cuidado e a valorização do direito dos usuários e, mais amplamente, dos direitos humanos.”

Com o intuito de auxiliar os possíveis processos de implementação da estratégia nos serviços de saúde, buscando garantir que as experiências, ainda que diversas, não se distanciem dos princípios e diretrizes da GAM, criou-se no Brasil, paralelamente ao GGAM, o Guia do Moderador. Este material pretende ser uma ferramenta de apoio acessível aos moderadores de grupos GAM, com dicas e estratégias aprendidas a partir de diversas experiências em torno da Gestão Autônoma da Medicação. O Guia do Moderador apresenta, em linguagem simples e acessível, a estratégia, seus princípios e sua história. Em seguida, discute sobre os Grupos GAM e possíveis formas de utilização do Guia, em cada um dos seus seis passos. Enfatiza-se que tal Guia não deve ser tomado como um “manual”, uma “receita a ser seguida”, mas que se encontram ali pistas, sugestões, e orientações, a partir das experiências prévias, que podem ajudar os moderadores a construir, a partir dos contextos locais, um caminho próprio – flexível, adaptável, e partindo sempre do diálogo com os participantes. Apresentam-se como princípios básicos da estratégia a *autonomia* - compreendida por ‘estar em relação com os outros, e não sozinho’ - e a *cogestão* - definida como ‘a gestão que se faz juntos’ (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO - GUIA DE APOIO A MODERADORES, 2014).

2.2 O conceito de cogestão dentro da Gestão Autônoma da Medicação

Na presente pesquisa, buscaremos nos aprofundar na diretriz de *cogestão* promovida pela GAM. Tal conceito tem origem nas formulações de Campos (2000), apresentando-se como uma alternativa aos modelos de gestão regidos pela ‘racionalidade gerencial hegemônica’, os quais se referem aos métodos de gestão desenvolvidos no século XX que tinham como estratégia, explícita ou implícita, a utopia de controle do trabalho humano, através de mecanismos de controle direto - como supervisão - ou mecanismos indiretos - como a avaliação de resultados (CAMPOS, 2000).

Entre justificativas políticas, econômicas e científicas que sustentam essa racionalidade, podemos destacar que as necessidades do modo de produção que se configura a partir do final do século XIX, com o desenvolvimento do capital monopolista, orientaram as estratégias de administração para a redução da autonomia dos trabalhadores sobre o trabalho, cindindo-se o momento da concepção e o da execução da tarefa. No campo da gestão em saúde, especificamente, problematiza-se que, apesar de seus compromissos democráticos, a implementação do SUS herda, de certa forma, essa lógica gerencial moderna marcada pelo exercício do controle e da disciplina (CAMPOS, 2000; GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010).

Assim, emerge a necessidade de se repensar os modos de gestão do sistema de saúde, considerando-se que as limitações desta tradição gerencial evidenciam-se no cotidiano dos serviços, dificultando a concretização das políticas públicas que o estruturam, principalmente quando se almeja a transformação democrática das instituições (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010).

Desta forma, buscando superar a dicotomia entre, de um lado, uma ‘visão ingênua e romântica’, que considera possível alcançar-se o bem-estar comum por meio de trabalhadores e organizações completamente autogeridos e isentos de qualquer forma externa de controle, e, do outro, uma visão ‘cínica e pragmática’, que considera a democracia institucional incompatível com o trabalho produtivo, Campos (2000) propõe-se ao desafio de inventar um modo de organização que considere a relação entre sujeito e estrutura, um modo de gestão compatível ao ordenamento de processos em que seres humanos estão envolvidos, que estabeleça algum grau de ordem/controle, mas que

não massacre a capacidade de reflexão e os espaços para tomada de decisão de todos os imersos na tarefa de produzir saúde (CAMPOS, 2000).

Enfatiza-se que a construção de uma nova racionalidade gerencial em saúde depende de uma reconstrução crítica em vários planos (político, social, de gestão, epistemológico) e se defende um outro paradigma: que, por um lado, reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, e, por outro, desenvolva formas de controle sobre o trabalho a partir da perspectiva dos usuários e do saber estruturado sobre saúde (CAMPOS, 2010).

Desta forma, há várias investigações e experimentações sendo realizadas sobre reformas no processo de produção de conhecimentos e no trabalho em saúde. A própria Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, lançada em 2003, buscou promover nas instituições esse novo modo de pensar a gestão e o trabalho em saúde. É dentro desse movimento que valoriza a autonomia dos trabalhadores e usuários que se insere a discussão sobre clínica ampliada e sobre a busca da integralidade e de novas formas de cuidado no trabalho em saúde. E, nesse sentido, sugere-se a adoção do sistema de cogestão e de apoio institucional, através de reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários (CAMPOS, 2010).

Apoiando-se nas formulações de Campos (1991) e de Merhy (1994), Melo et al. (2013) ressaltam que há uma inseparabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão do trabalho em saúde, portanto, a diretriz de cogestão tomada pela Estratégia GAM entende que o trabalho clínico não se dissocia das relações institucionais, fazendo-se necessário incorporar à prática de cuidado uma dimensão política diretamente vinculada ao exercício da cogestão.

E, ainda, considerando-se que a cogestão implica em ampliação do protagonismo dos indivíduos nos processos decisórios e que, contudo, aumentar quantitativamente a participação dos envolvidos não se traduz como o suficiente para efetivação de práticas cogestivas (VARGAS et al., 2019), defende-se que o *manejo cogestivo* na condução da estratégia GAM: 1) vise à cogestão, ou seja, vise uma gestão distribuída e compartilhada, no grupo, do grupo; e 2) realize-se cogestivamente, ou seja, construa-se na experiência GAM a partir da descentralização da função do moderador (PASSOS et al., 2013).

“Mas o que vocês querem afinal? Vocês querem que a gente questione os médicos? Que a gente faça perguntas a eles sobre nossa medicação?”. Disparadas por

um usuário, tais perguntas, contam-nos Gonçalves e Onocko-Campos (2017), aparecem em um grupo de intervenção GAM, evidenciando a necessidade de se estar atento à possibilidade de uma atualização da lógica prescritiva na relação entre pesquisadores, trabalhadores e usuários: o risco das já mencionadas práticas totais, ainda que não manicomial. Tal exemplo não objetiva deslegitimar a validade da estratégia, mas alertar para a importância de um manejo qualificado e para as constantes variáveis e forças que estão em jogo na construção de novas práticas de cuidado em saúde, as quais exigem, ademais de uma rigorosa metodologia, permanente atenção e análise.

Silveira e Moraes (2018) explicitam o receio da equipe de pesquisa que participou do processo de adaptação do Guia de que, ao ser disponibilizado na internet, o Guia pudesse ser disseminado como uma ferramenta prescritiva e mágica, de adesão ao tratamento medicamentoso. Mas, apesar do receio apontado, a aposta é de que o contato com a estratégia GAM, ainda que inicialmente se dê por essa via, possa produzir pequenas modulações e variações a cada encontro, possibilitando um processo gradual de ser afetado pela experiência do outro e pelo fazer junto, no que, referindo-se a Latour (2008), as autoras indicam ser a construção de um *corpo articulado*, afetado pelas diferenças e ampliando sua percepção delas.

Em artigo que realiza uma revisão integrativa da literatura brasileira sobre o conceito de cogestão como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), Doricci e Guanaes-Lorenzi (2019) encontraram estudos que apresentam a implantação de dispositivos da cogestão e a abertura de espaços coletivos. Porém, ressaltam que tais espaços são tomados como inerentemente participativos, carecendo de uma real reflexão sobre “o processo de construção de uma cultura de participação”. As autoras evidenciam a falta de trabalhos que apontem como se dá, na prática cotidiana dos serviços, o processo de construção da cogestão. Salientam que há discussões nesse sentido, porém, não há um aprofundamento que norteie as “práticas relacionais de construção da cogestão” (DORICCI, GUANAES-LORENZI, 2019).

Em consonância com esta reflexão, o presente trabalho visa justamente contribuir para pensar a construção relacional da cogestão na prática, a partir das experiências reunidas no Observatório Internacional de Práticas GAM.

2.3 Uma política que se faz estratégica: O Observatório Internacional

Atualmente, passados 10 anos da adaptação da GAM ao contexto brasileiro e mais de 20 anos do início da experiência canadense, a estratégia vem se estendendo a diferentes regiões e territórios, nacionais e internacionais, diferindo em tempo de práticas e em particularidades de cada campo, mas tendo em comum a proposta de mudança nas relações de poder de modo a garantir aos usuários uma participação efetiva nas decisões sobre seu tratamento. Pressupõem-se fundamentais o diálogo e o intercâmbio entre os diferentes atores envolvidos (usuários, trabalhadores da saúde, gestores, familiares, comunidade...), na construção de uma *autonomia coletiva*, de um *cuidado cogestivo* e do acesso aos *direitos* dos participantes.

Com o intuito de possibilitar uma rede de cooperação para a capacitação, implementação e avaliação entre diferentes experiências GAM pelo Brasil, Canadá e Espanha, em 2017, instituiu-se o *Observatório Internacional de práticas de Gestão Autônoma da Medicação: rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento*, coordenado pela Unifesp Baixada Santista e envolvendo no total 22 instituições (13 universidades brasileiras, 1 universidade canadense, 1 universidade espanhola, 5 secretarias municipais de saúde, 1 prefeitura municipal e 1 associação de saúde mental). De forma geral, a estruturação de um *observatório* situa-se na interface entre os sistemas de informação e o processo de formulação de políticas públicas, promovendo interação e reforço mútuo. Ademais, a sistematização das experiências pode promover o fortalecimento e o intercâmbio entre diferentes pesquisas em andamento, ampliando o contato entre pesquisadores, usuários, estudantes e outros atores envolvidos, favorecendo processos de crescente autonomia e empoderamento coletivo (SURJUS, 2017).

Através do Observatório Internacional, as experiências GAM de Brasil, Canadá e Espanha têm se aproximado e dialogado, percebendo-se que a considerável expansão da implementação da estratégia tem ganhando diferentes nuances nos distintos contextos de seu uso. Assim, o Observatório pode contribuir com uma ampla avaliação de seus efeitos e fortalecer os diferentes atores envolvidos. São objetivos do Observatório: sistematizar o conhecimento produzido a partir das experiências em andamento; caracterizar a população beneficiada e os serviços que vêm desenvolvendo a GAM; estruturar e validar processos de formação visando à expansão das práticas; avaliar seus efeitos junto aos usuários participantes e à organização dos serviços; e

compreender as peculiaridades de seu uso entre a população adulta, infantil, ou de adolescentes com transtornos mentais e / ou com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SURJUS, 2017).

Tendo como hipótese o potencial da estratégia no reposicionamento da questão do uso de medicamentos no contexto do tratamento, já que promove uma ampliação das dimensões consideradas nos processos de avaliação e intervenção em saúde mental, o Observatório GAM pretende sistematizar, avaliar e apoiar as diferentes experiências produzidas, buscando sustentar e expandir as tecnologias de cuidado que promovam processos emancipatórios e participativos em relação ao tratamento farmacológico amplo e acrítico em saúde mental, alinhando-se às perspectivas contemporâneas que buscam combinar a evidência científica com valores, necessidades e desejos dos usuários e seus familiares (SURJUS, 2017).

Por sua vez, a hipótese da presente pesquisa é de que as experiências que compõem o Observatório Internacional podem contribuir para construção de práticas cogestivas no que se refere ao cuidado nos serviços de saúde mental e também aos esforços participativos de produção de conhecimento. Desta forma, esta pesquisa de mestrado configura-se como um subprojeto da pesquisa "Observatório internacional de práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento", aprovado no CEP da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, sob o CAAE: 70494817.0.1001.5505.

CAPÍTULO 3 - O PERCURSO METODOLÓGICO

"Num é só ver e julgar (tem que colar!) / Tem que ser (tem que ser!) pra se misturar / Aí vai ver que é nois / Que o rap é voz, que o reggae é voz e o samba / Vai entender de nois, não só falar de nois / porque você com nois nem anda [...]"

(Num é só ver - Emicida e Rael da Rima)

3.1 Os caminhos e os pés que trilham essa pesquisa: a avaliação de quarta geração

O trabalho que aqui se apresenta constitui-se como uma pesquisa qualitativa avaliativa de quarta geração (GUBA, LINCOLN, 2011; FURTADO, 2001), que se caracteriza por processos avaliativos inclusivos e participativos, que consideram uma nova perspectiva ética, política e técnica e que englobam o conhecimento e a experiência dos vários grupos de interesse envolvidos (AKERMAN, FURTADO, 2016).

No Brasil, a noção de participação no campo das políticas públicas, em especial da Saúde, vem se ampliando desde o período de redemocratização, com a garantia, por lei, de espaços institucionalizados de participação: os Conselhos, Conferências, Assembleias, etc. O ideário participativo dos anos 60 ganhou contornos mais amplos com a constituinte, fazendo emergir a ideia de participação cidadã (LAVALLE e VERA, 2011). Porém, se, naquele contexto social e político do país, a garantia de tais espaços mostrava-se como uma importante abertura política cavada socialmente, percebemos, hoje, a necessidade de se ampliar a efetiva participação dos envolvidos com o cuidado em saúde, na construção de novos espaços, para além dos já conhecidos e institucionalizados. Espaços que tenham como ponto de partida a *produção de conhecimento* a partir da avaliação dos próprios serviços e programas, realizada pelos próprios sujeitos, sejam eles trabalhadores, gestores, usuários, familiares ou outros (FURTADO et al, 2013).

Sabemos que a participação popular é elemento vital e constituinte das políticas públicas, e Furtado e Onocko-Campos (2008) ressaltam essa necessidade especialmente se desejamos que tais políticas superem seus riscos de deterioração e manipulação e se cumpram como políticas de real assistência e empoderamento. Mas, para além disso, apontam que a participação da comunidade e dos grupos de interesse também se faz

indispensável na produção dos saberes e conhecimentos em torno de tais políticas. Em outras palavras, os autores apontam a necessidade de se articular e convergir a participação popular - que deve influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das políticas e dos serviços - com a participação na produção de conhecimentos sistemáticos sobre essas mesmas políticas e serviços. Se consideramos que os processos avaliativos buscam garantir transparência social, possibilitando conhecer o que se passa com aquilo que formulamos, a necessidade de participação do maior número de atores legitimamente implicados, seja na condição de promotores ou de beneficiários diretos ou indiretos, torna-se evidente (FURTADO, ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Ademais, considera-se que as pesquisas participativas, ao ampliarem o protagonismo do sujeito no processo de produção de saberes, podem elevar seu poder contratual e participativo em geral, estimulando-o a uma postura mais ativa política e civicamente. Tais pesquisas, ao reunir os conhecimentos e as habilidades dos diferentes grupos de interesse, contribuem também para uma maior coerência entre os valores da pesquisa e os da comunidade e oferecem a possibilidade de aprimorar a capacidade de ambos, produzindo um saber coletivo, que visa à uma melhor compreensão das situações compartilhadas (MOREIRA, ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Assim, essa metodologia de pesquisa possibilita maior articulação entre as formulações dos pesquisadores acadêmicos e aquelas provenientes das práticas nos serviços, contemplando temas e questões que dificilmente seriam percebidos apenas com a visão do campo científico. Permitindo um alinhamento entre a realidade vivida nos serviços e a construção de instrumentos que podem observar, avaliar e subsidiar eventuais mudanças (ONOCKO-CAMPOS et al, 2017), avançando, portanto, em relação à lacuna entre os resultados da pesquisa e as práticas implementadas (PASSOS et al, 2013).

Guba e Lincoln (1989), a partir do campo da Educação, dividem a história das pesquisas avaliativas em quatro gerações. A primeira geração refere-se às pesquisas de *mensuração*, na qual o pesquisador tinha a função técnica de construir e utilizar instrumentos de avaliação, garantindo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida. A segunda geração caracteriza-se pelo enfoque na *descrição do processo* avaliativo, e não apenas na medição dos resultados. Já a terceira geração apresenta um caráter de *juízo*, na qual o pesquisador, além das funções técnica e descritiva anteriores, assume o papel de juiz. Em comum, há nas três gerações: uma tendência à

supremacia do ponto de vista gerencial; a incapacidade de incorporar o pluralismo de atores e contextos; a hegemonia do paradigma positivista; e a desconsideração do pesquisador-avaliador como responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso de seus resultados.

A avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Guba e Lincoln (1989, 1988) e adaptada por Wetzel (2005), apresenta-se como alternativa aos modelos anteriores, embasando-se nos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Propõe-se como uma metodologia avaliativa responsiva, na qual as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional. Ao contrário dos modelos tradicionais, em que os parâmetros e limites são definidos *a priori*, a avaliação responsiva os elabora a partir de um processo de diálogo e negociação que envolve os diferentes grupos de interesse. Desta forma, não se trata de um delineamento rígido, mas de uma estrutura flexível capaz de incorporar mudanças, novos sujeitos e distintos cenários. Diferencia-se de outras abordagens de avaliação participativa por se focar mais no processo do que propriamente nos resultados. Exige um nível de participação que extrapola a consulta a informantes e a simples coleta e análise dos dados, pois garante a participação dos sujeitos em diferentes momentos do processo avaliativo, estabelecendo os eixos/marcadores/indicadores e construindo pactuações em relação ao que, como e para que mudar a realidade. Destacam-se, assim, como contribuições importantes da avaliação de quarta geração: o caráter formativo desse processo, a busca pela qualificação das informações e o empoderamento dos grupos de interesse (KANTORSKI et al, 2009).

Nas últimas décadas, a discussão sobre a participação e o envolvimento dos grupos de interesse nos processos avaliativos e na construção de indicadores vem sendo feita por diversos pesquisadores (GUBA e LINCON, 1987, 1989; CAMPOS, 1997; FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2008; KANTORSKI, 2009). O termo em inglês *stakeholders*, comumente utilizado, traduz-se na realidade brasileira para "grupos de interesse" ou "implicados". Tais grupos são definidos como organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. São pessoas que estão de alguma forma envolvidas ou que são de alguma forma afetadas pelo programa e por eventuais consequências do processo avaliativo (GUBA, LINCON, 1989; FURTADO, 2001).

No caso da presente pesquisa, os grupos de interesse referem-se aos usuários, trabalhadores, estudantes e pesquisadores envolvidos com a estratégia GAM. E o

referencial metodológico aqui utilizado pretende contemplar, em relação à *Gestão Autônoma da Medicação e as práticas de cogestão*, as seguintes indagações, nas palavras de Furtado (2001, p. 170):

“A partir do ponto de vista e experiência dos diversos grupos implicados com um serviço ou programa, quais questões, reivindicações e indagações deveriam ser contempladas em um processo avaliativo? Que aspectos do cotidiano suscitam questões que, se consideradas, poderiam aumentar a utilização dos resultados da avaliação?”

Em relação às políticas e serviços de saúde, entende-se que a pesquisa de quarta geração constitui-se como uma importante estratégia avaliativa, pois possibilita o acesso a dimensões pouco apreendidas por medições e indicadores quantitativos, mas que acabam sendo de grande influência no bom ou mau funcionamento dos serviços e programas. Além disso, tal postura metodológica permite maior controle do processo e dos resultados da avaliação, compartilhados por todos os grupos de interesse envolvidos, aumentando a possibilidade e o compromisso de utilização dos resultados para a transformação do modelo de atenção e cuidado, exigindo-se da pesquisa um compromisso ético e político (KANTORSKI et al, 2009).

No estudo que aqui se apresenta, esse compromisso refere-se à construção de consensos e indicadores, pactuados entre os diferentes grupos de interesse dessa pesquisa, que poderão ser utilizados para avaliação das práticas de cogestão e para contribuição na elaboração de possíveis políticas públicas. Historicamente, a utilização de indicadores em saúde mental, quando comparada a outros campos das políticas públicas, mesmo que na saúde, mostra-se bastante restrita e pouco qualificada. Por ser um campo que envolve o esforço constante de relativização e de compreensão do singular e do subjetivo, inserido em contornos igualmente particulares, os atores da saúde mental tendem a apresentar dificuldades de diversas ordens em relação às tentativas de sistematização que um processo avaliativo provoca, seja ele baseado em referencial qualitativo ou quantitativo (FURTADO et al, 2013).

3.2 Indicadores como parâmetros avaliativos em Saúde

De forma geral, do ponto de vista científico, considera-se que indicadores são parâmetros, quantitativos ou qualitativos, que podem indicar se os objetivos de determinada proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou se foram alcançados (avaliação de resultados). Do ponto de vista de sua utilidade, além de ser um dispositivo para medição e avaliação, os indicadores podem se configurar como importantes instrumentos de gestão, podendo monitorar situações que devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas, desde o início de determinada intervenção até o alcance ou não de seus objetivos (MINAYO, 2009).

Minayo (2009) reforça que indicadores assinalam tendências, mas não comportam certezas, pois sua função é ser um sinalizador, um instrumento, que não opera por si mesmo, mas que indica o que deve indicar. A autora enfatiza, ainda, que a utilidade de bons indicadores depende das seguintes condições:

“[...] (a) que estejam normalizados e que sua produção histórica (sua temporalidade) se atenha sempre à mesma especificação ou forma de medida, permitindo a comparabilidade; (b) que sejam produzidos com regularidade, visando à formação de séries temporais e permitindo visualizar as tendências dos dados no tempo; (c) que sejam pactuados por quem (grupos, instituições) os utiliza e quem pretende estabelecer comparabilidade no âmbito nacional e até internacional [...] (d) e que estejam disponíveis para um público amplo e de forma acessível, propiciando à opinião pública um formato simples de acompanhamento do desempenho de instituições e de políticas públicas ou que recebam financiamento público.” (MINAYO, 2009, p. 84)

Atualmente, no Brasil, o único indicador de Saúde Mental na RAPS utilizado pelo Ministério da Saúde refere-se à cobertura de CAPS por 100 mil habitantes. Tal indicador é utilizado desde 2002, a partir da primeira habilitação desses serviços. Utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte de CAPS. Os CAPS tipo I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPS III e CAPS álcool e drogas III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, AD e Infantil), cobertura de 100 mil habitantes.

Segundo este indicador, os parâmetros considerados são: cobertura muito boa (acima de 0,70), cobertura boa (entre 0,50 e 0,69), cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), cobertura baixa (de 0,20 a 0,34) e cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

De acordo com o último relatório “Saúde Mental em Dados 12”, a média da cobertura nacional era de 0,86 CAPS/100 mil habitantes (BRASIL, 2015a), constituindo-se uma cobertura “muito boa”, porém sem maiores informações em relação à qualidade da assistência prestada.

Em 2012, com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 4 indicadores em Saúde Mental foram incorporados à avaliação da Atenção Básica. São eles (BRASIL, 2012):

- Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto de usuários de álcool e drogas (realizados por médico e enfermeiro, em relação ao total de atendimentos);
- Proporção de atendimentos de usuário de álcool (sobre total de atendimentos realizados por médico e enfermeiro);
- Proporção de atendimentos de usuário de drogas (em relação ao total de atendimentos realizados por médico e enfermeiro);
- Taxa de prevalência de alcoolismo (proporção de pessoas dependentes de álcool na população cadastrada com 15 anos ou mais na área de abrangência da equipe).

Tais indicadores podem ajudar a evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado dessas populações, porém carecem de informações qualitativas e ainda se restringem aos atendimentos de médico e enfermeiro apenas.

Outros parâmetros de monitoramento do MS (embora não se configurem como indicadores) referem-se aos registros de procedimentos dos serviços do tipo CAPS. Até 2012, esse registro limitava-se a acompanhamento “intensivo”, “não-intensivo” ou “semi-intensivo”. A partir da portaria 854/SAS, de 22/08/2012, criam-se 3 novos instrumentos de avaliação, buscando qualificar as informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e sobre a complexidade do serviço. Através do RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), do BPA/I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado) e do BPA/C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado), passam a ser registrados os seguintes procedimentos:

- Acolhimento noturno;
- Acolhimento em 3º turno;
- Acolhimento diurno no CAPS;
- Atendimento individual;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento familiar;
- Acompanhamento domiciliar;

- Práticas corporais;
- Práticas expressivas;
- Atenção às situações de crise;
- Ações de reabilitação psicossocial;
- Promoção de contratualidade;
- Acolhimento inicial;
- Ações de articulação em rede intra e inter setoriais;
- Fortalecimento do protagonismo;
- Matriciamento de equipes da atenção básica;
- Matriciamento dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência;
- Ações de Redução de Danos;
- Acompanhamento de SRT;
- Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório.

Apesar de não se aplicarem como indicadores e ainda não se encontrarem sistematizados em nível nacional, tais informações podem se constituir como uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade na atenção psicossocial, considerando-se que o monitoramento e a avaliação da RAPS são de responsabilidade compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2015b).

Além dos parâmetros apontados pelo Ministério da Saúde, algumas pesquisas, nos últimos anos, têm produzido indicadores específicos para avaliação das práticas e serviços a partir das construções nos territórios. No contexto de expansão da RAPS, a avaliação dos serviços e programas adquire uma função fundamental para a superação dos modelos manicomial e a garantia dos princípios e diretrizes do novo modelo de atenção e cuidado, bem como da participação social neste processo (ALMEIDA e ESCOREL, 2001).

Uma revisão da produção científica brasileira sobre avaliação de serviços em saúde mental, a partir da publicação da lei 10.216 até a data do estudo (fevereiro de 2013) identificou 35 artigos com pesquisas empíricas que avaliavam os serviços brasileiros. Identificou-se que a produção da área concentrava-se nas regiões sul e sudeste, com diversos âmbitos e participantes. A revisão destaca que as avaliações apontaram avanços no cuidado, com tratamento humanizado, participativo e comunitário, mas carecendo de investimentos, qualificação profissional e melhorias organizacionais (COSTA, COLUGNATI, RONZANI, 2015). Almeida e Escorel (2001)

reforçam que se faz importante que tais avaliações permitam retroalimentações, objetivando reverter ou minimizar entraves, bem como potencializar a assistência prestada.

Dentre as pesquisas avaliativas que vêm sendo realizadas neste contexto, destaco duas experiências significativas. Uma pesquisa realizada com trabalhadores e gestores de todos os CAPS III do estado de São Paulo apresentou um conjunto de 16 indicadores, desenvolvidos em processo participativo, os quais foram agrupados em 8 temas: Atenção à situação de crise; Qualificação dos atendimentos grupais; Trabalho em rede; Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial; Educação permanente; Singularização da atenção; Atenção às pessoas com deficiência intelectual; e Uso de medicação. Cada tema foi composto por 1 a 3 indicadores quantitativos e cada um desses indicadores teve seus componentes desdobrados da seguinte forma: o nome do indicador; sua definição (que problemática aborda); interpretação (que aspecto permite avaliar); fonte de dados (onde obter as informações necessárias); período de aferição (intervalo de tempo entre uma aferição e a próxima); método de cálculo (o que deve compor numerador e denominador do indicador); e observações complementares para alguns indicadores específicos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Outra pesquisa, realizada na região metropolitana do Rio de Janeiro/RJ, visou à criação de indicadores sobre o tratamento de autistas, a partir do discurso de trabalhadores e familiares de 14 CAPSi. Os indicadores construídos foram agrupados em 5 eixos temáticos: Organização do CAPSi; Projeto terapêutico individual; Atendimento e mobilização dos familiares; Rede, território e direitos; Formação dos profissionais e processos de trabalho. Ao todo, foram produzidos cerca de 130 indicadores, todos eles apresentados sob a forma de perguntas, de tal modo que a resposta “sim” é a desejada, como por exemplo “Os espaços do CAPSi garantem a integração das crianças autistas com as não autistas?” ou ainda “O CAPSi inclui a família nas estratégias de articulação com a rede psicossocial ampliada (escola, CRAS, conselho tutelar, etc.)?” (LIMA et al., 2014). Assim como os indicadores da pesquisa anterior, tais perguntas apontam para o que seria a existência de cuidados de qualidade aos usuários e suas famílias e induzem que estes sejam buscados quando ainda não estão presentes.

Ambas as pesquisas assinalam que, além de servir de guia e referência às boas práticas no cuidado, os indicadores constituem-se como um conjunto potencialmente útil para subsidiar a avaliação, o monitoramento e a gestão dos serviços.

Os exemplos apresentados confirmam que, no âmbito da abordagem qualitativa, diversos esforços vêm sendo feitos no sentido de aprimorar o desenvolvimento dos indicadores, buscando a inserção de elementos subjetivos e o envolvimento dos diferentes atores na produção do processo e dos resultados. Existem pelo menos duas linhas de abordagem nessa forma de construção: uma proveniente da lógica quantitativa e outra marcada pela fundamentação hermenêutica (MINAYO, 2009). É esta última que interessa, particularmente, a este estudo.

Portanto, a construção de consensos e indicadores a que se propõe essa pesquisa parte dos seguintes pontos levantados por Minayo (2009) como referentes a sua natureza hermenêutica: a origem da produção dos indicadores deve ser a realidade empírica e concreta (neste caso, as diferentes experiências com a estratégia GAM); os atores envolvidos nessa construção trazem suas referências e contextos (como classe, gênero, etnia, função social, entre outros); e há uma implicação da pesquisadora na construção desta realidade.

3.3 A hermenêutica crítica e narrativa como postura metodológica

A postura metodológica que assumiremos nessa construção baseia-se na hermenêutica crítica e narrativa. Segundo Gadamer (1997), a hermenêutica tem a linguagem como seu núcleo central, buscando compreender o sentido na comunicação entre os seres humanos, entendendo-os como seres históricos e finitos e, portanto, com sua linguagem também limitada ao tempo e ao espaço em que vivem, vinculada a seu contexto e cultura (MINAYO, 2014). Para Gadamer (1997), a história influencia continuamente o presente, de modo que o passado, mesmo que não seja plenamente recuperável, produz efeitos no presente, ao que denomina-se *história efetual*. Assim, é possível assumir de antemão que o pesquisador, ao interpretar qualquer experiência, já carrega suas próprias opiniões sobre determinado tema ou objeto e, portanto, necessita buscar reconhecê-las na própria pesquisa (RICOEUR, 1997; ONOCKO-CAMPOS, 2013; BACCARI, 2015).

Dessa forma, na hermenêutica gadameriana, os *pré-conceitos* devem ser sempre considerados e, na medida do possível, explicitados, já que se faz impossível desprezá-los. Importante sublinhar que esses pré-juízos não se configuram necessariamente como

negativos e tampouco indicam incapacidade crítica intelectual, mas levam em consideração a historicidade do pesquisador e admitem a sua influência sobre os caminhos da pesquisa, compreendendo-se que não existe um conhecimento em si, uma verdade definitiva, mas um conhecimento mediado por componentes históricos e culturais. Dito de outra forma, nega-se a suposta neutralidade da ciência, valorizando-se o campo ético por meio da explicitação dos pré-conceitos daquele que tem algo a dizer (BACCARI, 2015).

Assim, a construção de sentidos na hermenêutica gadameriana produz-se a partir do círculo hermenêutico de compreensão, compreendendo-se o todo através das partes e as partes através do todo, percorrendo-se um percurso de formato espiralado, possibilitando que se passe diversas vezes por determinado conteúdo, porém nunca da mesma forma (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Dialogando com a hermenêutica de Gadamer, Ricoeur (2000) explicita o que seria a tríplice autonomia do discurso: em relação à intenção de quem enuncia, à recepção do interlocutor e ao contexto histórico em que se produz. Assim, a tarefa da hermenêutica seria buscar a lógica estrutural da obra e a capacidade desta em projetar-se dando lugar a um mundo, o que depende de uma dinâmica ao mesmo tempo interna e externa, que pressupõe compreensão e explicação (RICOEUR, 2000; BACCARI, 2015).

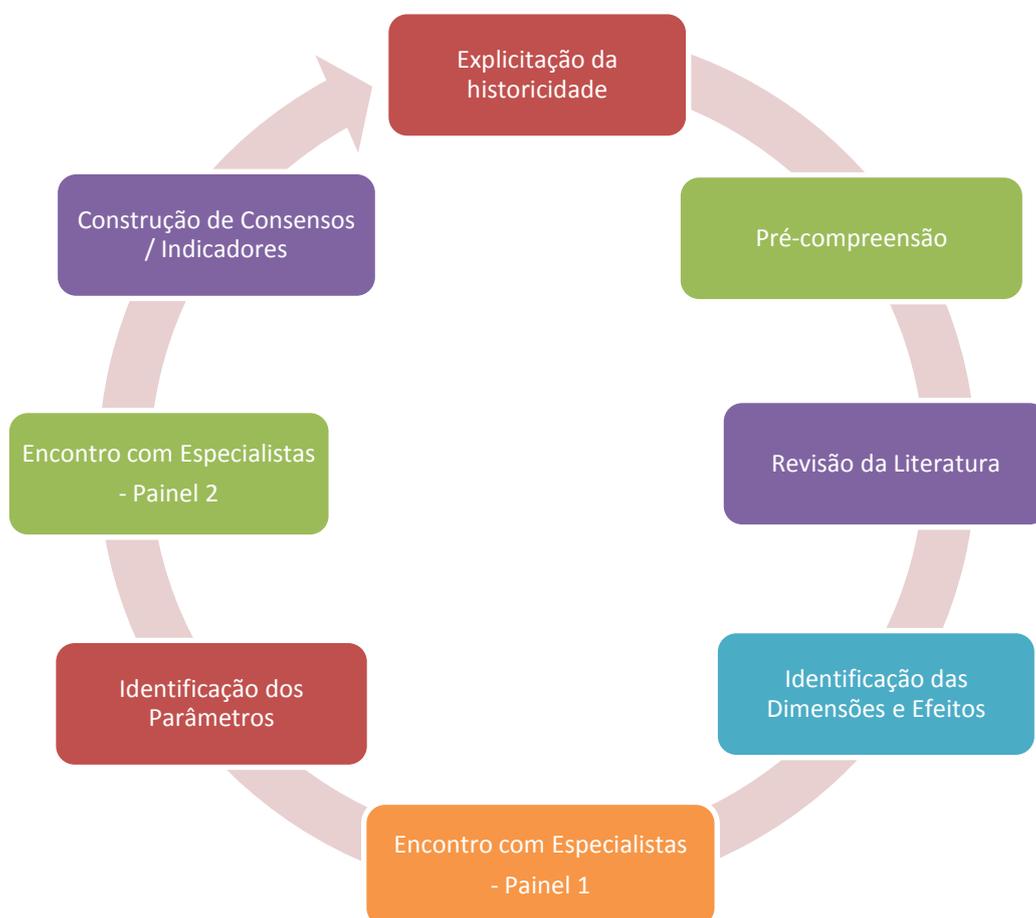
Pela *Poética* de Aristóteles, Ricoeur (1997) resgata o conceito de *mimesis* (imitação da vida pela práxis) e o utiliza para uma análise do processo de produção textual. Mimese I seriam as “histórias não (ainda) narradas”, mas que já se encontram, de alguma forma, simbolicamente mediadas e, por isso, podem ser contadas. Mimese II seriam as produções textuais que se realizam a partir dessas histórias. E, por fim, a mimese III seriam as novas histórias produzidas a partir do contato com a mimese II (RICOEUR, 1997; ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008, BACCARI, 2015). Assim, pelo entrelaçamento do ato da leitura e da estética da recepção, a mimese III realiza a transformação do texto em obra, possibilitando a intersecção entre o mundo do texto e o mundo no qual a ação se desdobra (RICOEUR, 1997; BACCARI, 2015).

Tais conceitos norteiam a produção desta pesquisa, a partir da revisão da literatura e do Painel de Especialistas, uma vez que o material produzido - ainda que não na forma de narrativas, mas sim na forma de dimensões/parâmetros/indicadores - retorna aos sujeitos do discurso, os quais, por sua vez, poderão validá-lo, respondendo

ao objetivo da pesquisa; e, para além disso, ainda terão que se haver com as ressonâncias dessa produção (BACCARI, 2015).

Ressaltando-se que a hermenêutica não se constitui como uma metodologia no sentido cartesiano, mas sim como uma postura interrogativa, Ricoeur (1997), apoiado na hermenêutica gadameriana, propõe uma hermenêutica crítica que conjuga análise e interpretação com a construção de novos sentidos (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006). Dessa forma, podemos pensar o movimento de análise para a compreensão nesta pesquisa conforme ilustrado no círculo hermenêutico de compreensão:

Figura 1 - Círculo hermenêutico de compreensão da pesquisa



Fonte: autoria própria

3.4 Os grupos de interesse e o Painel de Especialistas

Ayres (2008) aponta que, para que a hermenêutica contribua a uma construção discursiva mais fecunda, na qual a validação do conhecimento se dê pela capacidade de apropriar-se dos diversos aspectos, faz-se imprescindível a consideração de múltiplas vozes, inclusive daquelas silenciadas e apagadas na história, sendo indispensável debruçar-se sobre estas (GADAMER, 1997; SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2014).

É, portanto, a partir da perspectiva da quarta geração de avaliadores e ancorando a análise sob a perspectiva da hermenêutica crítica e narrativa, que esta pesquisa realiza a articulação dos diferentes grupos de interesse envolvidos com o Observatório Internacional de Práticas GAM para pensar o tema da cogestão na estratégia GAM.

Primeiramente, a *revisão dos artigos* sobre a estratégia possibilita uma aproximação inicial das diferentes vozes oriundas dos grupos de interesse com os quais essa pesquisa pretende dialogar. Em seguida, buscou-se a escuta e troca direta, através da realização dos dois encontros virtuais do *Painel de Especialistas*.

Cabe esclarecer que a técnica Painel de Especialistas tem sido empregada em diversos âmbitos das atividades humanas. Um exemplo bastante conhecido deste termo é o Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC), um órgão internacional composto por centenas de cientistas de diversos países. Trata-se, portanto, de uma iniciativa de caráter coletivo que reúne diversas pessoas consideradas capazes de analisar e tratar determinado assunto, normalmente complexo e controverso (PINHEIRO, FARIAS, ABE-LIMA, 2013).

Seguindo esta lógica, mas ampliando o conceito do termo *especialista*, levando-se em consideração os grupos implicados, a presente pesquisa utiliza-se desta técnica com o intuito de reunir "testemunhas privilegiadas" (PINHEIRO, FARIAS, ABE-LIMA, 2013) quanto ao conhecimento de aspectos da utilização da estratégia GAM. Desta forma, foram convidados a participar do Painel representantes das diversas experiências que compõem o Observatório Internacional e que ocupam diferentes funções nos serviços ou programas (pesquisadores, estudantes, usuários e trabalhadores).

A partir da estruturação atual do Observatório, a participação dos diferentes grupos de implicados garantiu-se através do seu Comitê Gestor, o qual se organiza, no momento, da seguinte forma: ao menos, 1 usuário, 1 trabalhador e 1 pesquisador

representantes de cada país/região envolvida com o projeto (Canadá; Espanha; centro-oeste e nordeste do Brasil; sudeste do Brasil; e sul do Brasil).

O acesso aos pesquisadores e instituições que compõem o Observatório é de domínio público e se encontra disponível no site observatoriogam.unifesp.br. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa via email. Foi critério de inclusão ser maior de 18 anos, ter envolvimento com a temática da GAM e estar, no momento da pesquisa, participando do Comitê Gestor do Observatório Internacional. A opção pelo encontro virtual (via webconferência) deu-se anteriormente à situação de pandemia e seu necessário distanciamento físico. Tal escolha deveu-se pela distância geográfica entre os participantes da pesquisa, visto tratar-se de pesquisadores, estudantes, trabalhadores e usuários de diferentes regiões do Brasil, Canadá e Espanha. A plataforma digital utilizada considerou a disponibilidade e as possibilidades dos participantes, garantindo que todos tivessem a possibilidade de contribuir. Cada encontro virtual do Painel de Especialistas teve duração de aproximadamente 2 horas.

Numa primeira etapa, realizou, individualmente, a primeira aproximação do material (artigos publicados) produzido pelos grupos de interesse, fazendo-se uma primeira análise e identificação das dimensões de cogestão ali encontradas. Uma segunda etapa interpretativa realiza-se na partilha com os grupos de interesse, através do primeiro Painel de Especialistas, no qual elaboram-se novos parâmetros de cogestão. E, finalmente, realiza-se uma terceira volta hermenêutica visando à nova partilha da interpretação do material produzido no encontro anterior e a pactuação cogestiva de consensos, através do segundo Painel de Especialistas.

CAPÍTULO 4 - UMA REVISÃO HERMENÊUTICA DA LITERATURA

“Palavras apenas / Palavras pequenas / Palavras momentos / Palavras, palavras”

(*Palavras ao vento - Cássia Eller*)

4.1 O que se diz/escreve sobre cogestão na GAM

Para a revisão da literatura foram selecionados artigos publicados no período de 2011 (ano seguinte da adaptação da estratégia ao contexto brasileiro) a 2019 (ano de início desta pesquisa) que abordassem estudos teóricos e/ou empíricos com o tema da Gestão Autônoma da Medicação. Os artigos foram levantados através de 3 fontes: pesquisa nas principais bases de dados pela expressão “Gestão Autônoma da Medicação” (incluindo publicações internacionais); publicações indicadas no site do Observatório GAM; e artigos selecionados em pesquisa anterior (ZANCHET, 2019), que realizou levantamento bibliográfico sobre a GAM. Algumas publicações apareceram em mais de uma fonte. Ao todo foram encontrados 37 artigos (34 em publicações nacionais e 3 em publicações internacionais) que se apresentam no quadro a seguir:

Quadro 1 - Artigos Revisados

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	ANO
Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM.	OTANARI, T. M. de C. et al	Revista Brasileira de Educação Médica	2011
Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria	NASCIMENTO, M. L. do	Physis	2012
Adaptação Multicêntrica Do Guia Para A Gestão Autônoma Da Medicação.	ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al	Interface Comunicação, Saúde, Educação	- 2012

Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial.	JORGE, M. S. B. et al	Physis	2012
Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação.	PASSOS, E.; CARVALHO, S. V.; MAGGI, P. M. de A.	Pesquisas e Práticas Psicossociais	2012
Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo.	MELO, J. J. et al	Cadernos Humaniza SUS Volume 5 Saúde Mental	2013
Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental.	PALOMBINI, A. de L. et al	Ciência e Saúde Coletiva	2013
Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental.	PASSOS, E.; PALOMBINI, A. de L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.	ECOS	2013
Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação	PASSOS, E. et al	Aletheia	2013
A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental.	ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al	Ciência e Saúde Coletiva	2013
Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication.	DEL BARRIO, L. R. et al	Ciência e Saúde Coletiva	2013
Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental	MARQUES, C. de C. et al	Mnemosine	2013
O comitê cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental.	PASSOS, E. et al	Ciência e Saúde Coletiva	2013
Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental.	PRESOTTO, R. F. et al	Ciência e Saúde Coletiva	2013
O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva	SADE, C. et al	Ciência e Saúde Coletiva	2013

Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.	VASCONCELOS, E. M.	Ciência e Saúde Coletiva	2013
Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2014
EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa.	SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A. de L.; MORAES, M.	Mnemosine	2014
Human rights and the use of psychiatric medication	DEL BARRIO, L. R. et al	Journal of Public Mental Health	2014
A experiência da produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro.	FLORES, A. A. et al.	Cadernos Humaniza SUS Volume 5 Saúde Mental	2015
PesquisarCOM a Loucura	SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A. de L.	Alegrar	2016
La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: Una experiencia brasileña de participación social en salud mental.	SERRANO-MIGUEL, M.; SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A. de L.	Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.	2016
Autonomias errantes: processos de autonomização em saúde mental	ZAMBILLO, M.; PALOMBINI, A. de L.	Estud. psicol. (Natal)	2017
Entre saúde mental e a escola: a gestão autônoma da medicação	CHAVES, F. A. M.; CALIMAN, L. V.	Revista Polis e Psique	2017
Gestão autônoma da medicação (GAM) e saúde mental infantojuvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais.	CALIMAN, L.; CESAR, J. M.; PETERLE, P. H. S.	Artigo livro PPGPSI	2017

Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos como dispositivo na formação médica	PAES LADEIRA C. et al	Journal of Management and Primary Health Care	2017
Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação	GONCALVES, L. L. M.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.	Cadernos de Saúde Pública	2017
A linguagem do fora: a interface entre drogas lícitas e ilícitas em saúde mental	RODRIGUES, S.; PASSOS, E.	Estudos da Língua(gem)	2017
Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em saúde mental	SILVEIRA, M.; MORAES, M.	ECOS	2018
Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: Experiência de usuários	FAVERO, C. P. et al	Revista de Enfermagem Referência	2019
Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde	SANTOS, D. V. D. dos et al.	Saúde e Sociedade	2019
Gestão Autônoma da Medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS	SENNA, L. L. de; AZAMBUJA, M. A. de.	Polis e Psique	2019
Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública	PASSOS, E.; SADE, C.; MACERATA, I.	Saúde e Sociedade	2019
O apoio institucional ao Fórum da Rede de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia como dimensão da pesquisa de Gestão Autônoma da Medicação	VARGAS, E. R. et al	Saúde e Sociedade	2019
Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental	CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M.	Saúde e Sociedade	2019
A política de narratividade na pesquisa-intervenção participativa	SADE, C.; MELO, J.	Saúde e Sociedade	2019
Participar da análise, analisar a participação: aspectos metodológicos de uma pesquisa-intervenção participativa em saúde mental	RENAULT, L.; RAMOS, J.	Saúde e Sociedade	2019

Assumindo-se a postura metodológica da hermenêutica crítica e narrativa, a revisão dos artigos guiou-se pelas seguintes questões:

- quais *dimensões de cogestão* estão sendo produzidas nas experiências com a Gestão Autônoma da Medicação
- que *efeitos* se apresentam a partir dessas dimensões?

As dimensões levantadas referem-se a conceitos e questões apontados em mais de uma publicação, indicando tratar-se de pontos nevrálgicos da estratégia. Para efeitos de análise, o material colhido foi sistematizado em duas grandes categorias: *dimensões da cogestão na produção de conhecimento* e *dimensões da cogestão nas práticas de cuidado*. Foram levantadas 8 dimensões para cada uma das partes. A seguir apresentam-se, em dois quadros, cada uma dessas dimensões e os efeitos que foram apontados a partir delas.

Quadro 2 - Análise Artigos - Categoria 1: Dimensões da Cogestão na produção de conhecimento

<u><i>Dimensões</i></u>	<u><i>Efeitos Apontados</i></u>
<i>1- Construção Coletiva (em todas as etapas)</i>	Aproximação entre pesquisa e realidade, se aproximando das reais necessidades. Aumento nos graus de autonomia, maior empoderamento e exercício de protagonismo e cidadania, com a conseqüente emergência de sujeitos de direitos
<i>2- Reposicionamento dos Diferentes Atores</i>	Não homogeneiza ou hierarquiza as diferenças, mas desenvolve parcerias e tensões produtivas.
<i>3- Articulação entre os saberes</i>	Favorece espaços e momentos de debate e análise do próprio fazer em saúde, reorganizando conhecimentos, técnicas e instrumentos. Coautoria do conhecimento produzido
<i>4- Lateralização / Lado a Lado</i>	Deslocamento dos usuários da posição de objeto de investigação da pesquisa a pesquisadores da própria experiência de adoecimento e tratamento. Limites : “Tem muito lero-lero aqui. Vocês ficam falando de autonomia, mas tem usuário que não tem condições prá isso, vai sempre precisar de uma bengala...”
<i>5- Diferentes vozes e pontos de vista</i>	Desvelamento das relações de força e negociação de poder, contemplando o caráter formativo e reflexivo da experiência.

6- <i>Protagonismo dos participantes</i>	Envolve e ativa a todos, pesquisadores e pesquisados. Processo de transformação tanto do pesquisador quando do pesquisado.
7- <i>Contratos e compromissos sujeitos à revisão</i>	Todos os sujeitos envolvidos estão implicados na constituição de conhecimento, na criação de realidades e nas suas consequências políticas. Impossível, portanto, traçar metas a serem atingidas a priori;
8- <i>Participação</i>	A participação promove formas de subjetivação, transformando os participantes da pesquisa em protagonistas.

Fonte: autoria própria

Quadro 3 - Análise Artigos - Categoria 2: Dimensões da Cogestão nas práticas de cuidados

<u>Dimensões</u>	<u>Efeitos Apontados</u>
1- <i>Informação sobre o tratamento</i>	Assumir protagonismo sobre o tratamento. Gestão compartilhada do cuidado.
2- <i>Espaços de fala</i>	Não se restringe à clínica, consequências éticas e políticas. Reafirma os Direitos dos Usuários.
3- <i>Diálogo e Participação Ativa</i>	Favorece espaços de negociação e poder de escolha. Utilização da medicação mais adequada, relacionada com a indicação medicamentosa para determinado adoecimento e também com a diminuta ocorrência de efeitos colaterais.
4- <i>Contração de Grupalidade</i>	Grupalidade atenta à presença do outro e aos direitos dos usuários. Corresponsabilização na prática de cuidado
5- <i>Valorização das Experiências</i>	Usuários como sujeitos de direitos. Sustentação da polifônia e controvérsias. Interesse e cuidado com o outro. Partilha também com o trabalhador, que tem outras experiências de cuidado, que estudou formas de cuidar.
6- <i>Manejo Descentralizado</i>	Contração de grupalidade e protagonismo dos diferentes sujeitos assumindo a tarefa de gestão compartilhada do grupo.
7- <i>Dimensão Política</i>	Usuário assume e/ou retoma seu lugar de cidadão. A emergência de um sujeito de direito, que vive (ou pleiteia) esta condição nas diferentes esferas da vida. Gestor/trabalhador também revê sua prática e produz maiores graus de autonomia e de poder.

8- <i>Transversalização</i>	Participação dos diferentes sujeitos com seus pontos de vista. Acolhe diferentes perspectivas, o que favorece aos participantes sentirem-se pertencentes e corresponsáveis, compartilhando o protagonismo do grupo, assumindo uma posição colaborativa e criativa. Aumento da autonomia.
-----------------------------	--

Fonte: autoria própria

Percebe-se que as dimensões dialogam entre si, esboçando ora complementaridades, ora contrapontos e ora sequencialidade. Porém, optou-se, nesse primeiro momento, por apresentá-las individualmente da forma como registradas nas publicações (utilizando-se dos termos e expressões tal qual aparecem nos artigos), de maneira que se pudesse colher as primeiras ‘palavras’ e ‘vozes’ deste diálogo. Esta sistematização serviu de base para discussão com os especialistas no Primeiro Painel.

CAPÍTULO 5 - A PRODUÇÃO COLETIVA NO ENCONTRO COM OS ESPECIALISTAS: Painel I e Painel II

“Eu não sei dizer / Nada por dizer / Então eu escuto / Se você disser / Tudo o que quiser / Então eu escuto / Fala”

(Fala - Secos e Molhados)

5.1 O primeiro encontro com os especialistas - Painel I

Após a revisão da literatura e a sistematização das dimensões colhidas, realizou-se o primeiro encontro virtual do Painel de Especialistas, numa tarde de abril de 2020, levando-se em conta um horário possível para todos os convidados (considerando-se os diferentes fusos horários). O encontro ocorreu através de uma plataforma de reunião online e teve cerca de 2 horas de duração. Contou com a participação de usuários, trabalhadores, estudantes e pesquisadores membros do Comitê Gestor do Observatório e representantes das regiões nordeste, sudeste e sul do Brasil, além de 1 pesquisadora representante da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), totalizando 15 participantes. Representantes do Canadá e Espanha não puderam participar devido a conflito de agendas. Desta forma, o primeiro painel de especialistas compôs-se da seguinte forma:

Quadro 4 - Composição Painel I

tipo de especialista	campo/região representada
estudante	nordeste do Brasil
estudante	nordeste do Brasil
pesquisador(a)	nordeste do Brasil
estudante	sudeste do Brasil
estudante	sudeste do Brasil
pesquisador(a)	sudeste do Brasil
pesquisador(a)	sudeste do Brasil
trabalhador(a)	sudeste do Brasil
trabalhador(a)	sudeste do Brasil
usuário(a)	sudeste do Brasil
estudante	sudeste do Brasil
pesquisador(a)	sul do Brasil
trabalhador(a)	sul do Brasil
usuário(a)	sul do Brasil
pesquisador(a)	ABRASME

Neste primeiro encontro, a pesquisa foi apresentada e foi realizada uma breve rodada de apresentação do grupo. Como já explicitado no percurso metodológico, a escolha dos convidados a participar do Painel deu-se através do Comitê Gestor do Observatório GAM, o qual, apesar de estar formalizado há pouco tempo no momento de realização do primeiro painel, compôs-se por representantes que já vinham dialogando, pelas articulações previamente em curso no Observatório. Portanto, a maior parte do grupo já se conhecia, mesmo que apenas pelas reuniões virtuais do Observatório, possibilitando que as trocas e diálogos se dessem de forma bastante fluída e proveitosa.

O encontro seguiu com o compartilhamento da sistematização das dimensões de cogestão levantadas na revisão dos artigos, de maneira a convidá-los a olhar junto para o material e abrir espaço para a discussão coletiva. Assim, os participantes puderam dialogar e contribuir com seus pontos de vista, fazendo apontamentos e trazendo questões e reflexões a partir do material apresentado e de suas experiências. Além da sistematização apresentada, nortearam a discussão as seguintes questões:

- Como construir parâmetros para verificar/evidenciar os efeitos da GAM ?
- Como qualificar o que vem se produzindo para sustentar a disputa frente à hegemonia dos estudos de quantificação?
- Quais as dimensões que deveriam ser contempladas em um processo avaliativo sobre cogestão e/ou sobre a GAM?

Reflexões, ponderações, sugestões e novas dimensões foram apontadas a partir das trocas com/entre os *especialistas*, num esforço coletivo de tentar identificar possíveis parâmetros de cogestão a partir das diferentes experiências, repetindo-se nas falas a dificuldade de mensurar/evidenciar a potência percebida/vivenciada nas práticas com a estratégia.

O Painel encerrou-se com o convite e a pactuação para o segundo encontro, que seria agendado posteriormente, onde combinamos que se realizaria a apresentação da sistematização deste primeiro encontro (realizada pela pesquisadora) para que, novamente, dialogássemos e buscássemos pactuar os consensos acerca de parâmetros e indicadores para avaliação de práticas cogestivas na GAM.

A gravação do encontro bem como o registro desta pesquisadora serviram de base para uma sistematização dos *parâmetros esboçados* neste primeiro Painel, a partir das contribuições das diferentes vozes. O quadro a seguir sintetiza essas informações,

apresentando os parâmetros junto aos aspectos ao qual foram relacionados, destacando-se as expressões e falas utilizadas pelos diferentes especialistas.

Quadro 5 - Painel de Especialistas I: Parâmetros esboçados

<u>Parâmetros Esboçados</u>	<u>Aspectos relacionadas</u>
Diminuição e/ou realocação da medicação no tratamento	"A solidão do profissional prescritor. Solidão como desconexão." "Não fica o médico sozinho de um lado e o paciente do outro. O médico tá acostumado a falar e o paciente a ouvir." "Se sentir sujeito e importante no processo"
Número de internações ou número de estabilizações	"Ajuda, apoio, cuidado, transformação Há diferença entre usuários que participam e quem não participa da GAM." "Há que problematizar as internações nas CT [no campo AD e no contexto das pessoas em situação de rua, podem ser espaços de abrigo, alimentação...]"
Capacidade de capilarização/ criação de rede	"A GAM produz uma transformação imensa, mas há um limite: outros trabalhadores podem não se engajar." "Quando sai do grupo, às vezes, há um confronto." "Efeitos para além de quem participa (usuários, equipe)/ mapear outros espaços (além do serviço) que os usuários acessam / chegada das pessoas em outros espaços, inclusive políticos, coletivos, eventos. / cuidados pra além do serviço."
Incidência de dentro pra fora	"Falo agora com paz que sou usuária do CAPS." "Lá fora pensa que eles são super saudáveis e quem usa caps/tratamento são malucos"

<p>Possibilidade do usuário interpelar o trabalhador, por ter seu saber legitimado</p>	<p>"Desestabiliza o trabalhador de forma potente, desloca saberes e certezas." "Um usuário me disse 'o negócio do crack é a dopamina, né?' Isso é Gam!" "O poder da pessoa dar opinião sobre o medicamento e entender como ele funciona." "Tudo junto, foi me dando bastante conhecimento." "Discussão apropriada pelos usuários." "Tanto o profissional quanto o usuário vão melhorando."</p>
<p>Transversalização como abertura comunicacional</p>	<p>"Escutar as vozes e vidas." "Troca de saberes entre usuários e profissionais (usuários trazem experiência a partir da sua condição de vida, possibilitando os trabalhadores se reverem." "Todo mundo tem acesso ao assunto, a linguagem é a mesma, o bolsista da faculdade, o usuário, o trabalhador."</p>
<p>Manejo cogestivo de situações de crise</p>	<p>"Não apenas entre usuário e equipe, mas entre os próprios usuários, trabalhadores, pesquisadores..." "Comunicação entre a usuária em crise, os colegas e o CAPS" "Usuária grave convida outro usuário em crise 'vamô pra minha casa'."</p>
<p>Formação de corrente, elo</p>	<p>"O GAM me ajudou, eu consegui ajudar outras pessoas e as pessoas estão ajudando outras pessoas." "A GAM não é só medicalização, é auxílio em todas as horas." "Família GAM. Um ajuda o outro."</p>
<p>Cogestão de substâncias ilícitas</p>	<p>"Mais difícil de sustentar nesse contexto./ Antiproibicionismo." "Produção de Redução de Danos coletivo!" "Reduzir o uso de drogas" "Gestão de outras substâncias (não só medicação)"</p>
<p>Desconstrução</p>	<p>"Eu tinha outra visão do psiquiatra e do farmacêutico desconstruí a visão que eu tinha." "Autocrítica comigo mesmo."</p>
<p>Criação de vínculos amorosos</p>	<p>"Estava em Montreal e vi a forte atuação dos usuários neste movimento. Hoje reeditei essa contemplação." "Voltar a me emocionar." "Cria-se amizade."</p>

Formação dos grupos	"Usuários indicando quem irá participar, não apenas equipe, espaços de assembleia."
Continuidade dos grupos	"O grupo segue depois que a pesquisa/universidade encerram?"

Fonte: autoria própria

Assim como na análise dos artigos, o material colhido a partir do primeiro Painel de Especialistas buscou manter-se fiel às expressões e palavras utilizadas, no compromisso de escutar as vozes daqueles especialistas. Por um lado, foi possível perceber outras dimensões que não haviam aparecido na revisão dos artigos. Por outro, alguns pontos encontrados nas publicações foram poucos abordados no Painel, como as ações de cogestão, especificamente, relacionadas à pesquisa e à produção de conhecimento.

Ainda como contribuição do Painel de Especialistas I, sugeriu-se que o Produto Técnico produzido por esta pesquisa pudesse corroborar com o Guia do Moderador GAM, compondo este material de apoio com possíveis reflexões e consensos elaborados a partir desse estudo.

5.2 O segundo encontro com os especialistas - Painel II

Seis meses após a realização do primeiro Painel de Especialistas, em outubro de 2020, realizou-se o segundo painel, novamente através de um encontro virtual via plataforma de reunião online e com cerca de 2 horas de duração. Assim como no primeiro painel, foram convidados a participar os diferentes especialistas (pesquisadores, estudantes, trabalhadores e usuários) que compõem o Comitê Gestor do Observatório. A partir da disponibilidade ou da impossibilidade de participação individuais, o segundo painel se compôs da seguinte forma, totalizando 7 participantes:

Quadro 6 - Composição Painel II

tipo de especialista	campo/região representada
pesquisador(a)	nordeste do Brasil
pesquisador(a)	nordeste do Brasil
pesquisador(a)	sudeste do Brasil
pesquisador(a)	sudeste do Brasil
pesquisador(a)	sudeste do Brasil
usuário(a)	sudeste do Brasil
pesquisador(a)	Espanha

Fonte: autoria própria

Por incompatibilidade de agendas, o segundo painel não contou com representantes da região sul do Brasil e, novamente, nenhum representante canadense. Infelizmente, também tivemos menor participação de usuários e nenhuma participação de trabalhadores dos serviços neste segundo encontro. Entendemos que o distanciamento temporal do primeiro encontro (por dificuldades pessoais da pesquisadora) bem como o prolongamento da pandemia e as dificuldades trazidas por essa podem ter contribuído para a menor participação de representantes do Comitê Gestor. Por outro lado, desta vez, pudemos contar com representante da Espanha, acrescentando ao debate aspectos da experiência internacional da GAM. Dos 7 participantes deste segundo painel, 4 haviam participado do Painel I e 3 pessoas participaram pela primeira vez. Contudo, todos os participantes já se conheciam por compor o Comitê Gestor do Observatório.

O segundo painel inicia-se com uma breve rodada de apresentação dos participantes. Após, apresento sucintamente a pesquisa, indicando seus objetivos e o percurso percorrido até ali. Em seguida, apresento a sistematização realizada a partir do primeiro painel, com os *parâmetros de cogestão* (quadro 5), para que tais parâmetros fossem discutidos e analisados e para que, então, pudessem ser pensados alguns consensos de cogestão na GAM, que posteriormente, serão transformados em indicadores, de acordo com o seguinte encadeamento:

dimensões ---> parâmetros ---> consensos/ indicadores

As seguintes perguntas serviram como disparadoras para a discussão do segundo Painel:

- Que indicadores queremos?
- Ou, ainda, o que queremos indicar?

Cabe destacar que a ferramenta Painel de Especialistas utilizada nesta pesquisa foi adaptada de forma a possibilitar o encontro, ainda que virtual, e o debate entre os diferentes especialistas, porém mantendo a estrutura proposta por esta técnica, nos dois painéis realizados:

1. apresentação de material previamente elaborado pela pesquisadora
2. análise e contribuições dos especialistas
3. produção de novo material pela pesquisadora a partir do debate com os especialistas

Fazendo um paralelo com a técnica Delphi, descrita por Minayo (2009, p. 88):

"Um grupo de pesquisa ou um pesquisador elabora um texto, contendo um conjunto de indicadores que julga serem fundamentais para determinada avaliação e compartilha sua versão preliminar com os melhores especialistas sobre o assunto. O demandante pede a colaboração para leitura e crítica (...). Ao receber as respostas, cabe ao pesquisador ou ao grupo de investigação a incorporação das sugestões e a síntese das contribuições. (...) A base da técnica Delphi é o reconhecimento da superioridade do juízo de pessoas experientes em relação ao juízo individual ou de um pequeno grupo. É preciso ressaltar que, quando falamos aqui de especialistas, não estamos nos referindo necessariamente a títulos. (...)

[A construção de indicadores] é uma tarefa teórica do pesquisador ou do grupo de pesquisa, que, no entanto, pode ter seu trabalho altamente potencializado se ouvir os diferentes atores envolvidos no processo ou especialistas que têm experiência na área. O que os participantes oferecem são temas cruciais que precisam ser transformados em indicadores.

Indicadores qualitativos, portanto, devem ser construídos de forma participativa e considerados como balizas avaliativas (...)."

Dentro desta perspectiva, as sistematizações realizadas a partir da revisão dos artigos e do primeiro Painel de Especialistas apresentaram expressões retiradas,

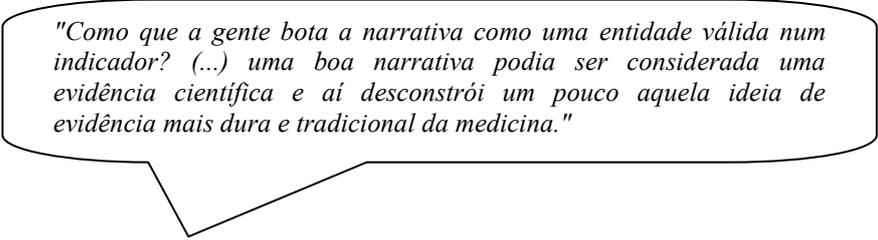
respectivamente, dos textos e das falas analisadas, no intuito de ouvir os diferentes atores envolvidos.

Assim, da mesma forma, no Painel II, a gravação do encontro e os registros da pesquisadora serviram de base para a análise do material produzido, destacando-se alguns trechos extraídos da discussão. Igualmente às primeiras sistematizações, opto por não identificar as falas, reforçando o caráter de especialista dado a todos os participantes do grupo, independente de sua inserção no campo da pesquisa. Porém, diferentemente das duas primeiras sistematizações, realizadas em quadros, opto, neste momento, por uma apresentação dialogada, visto tratar-se de um conteúdo que será sistematizado posteriormente na construção dos indicadores.

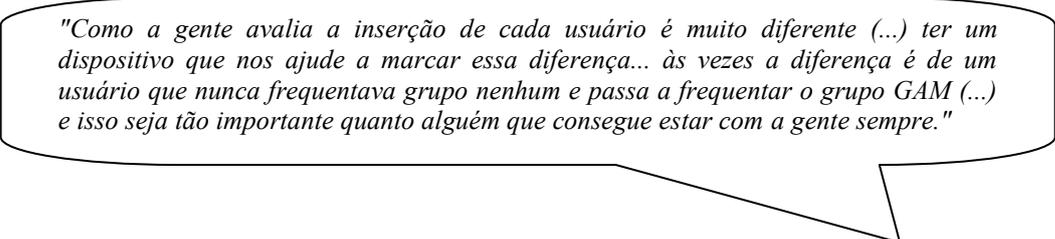
Cabe ressaltar que a sistematização dos *parâmetros esboçados* apresentada ao grupo de especialistas abarcou, segundo eles próprios, grande parte do conteúdo discutido no primeiro painel, contemplando, assim, o conteúdo considerado pertinente por aquele grupo para pensar as práticas de cogestão dentro da GAM. Por isso, mais do que incluir novos conteúdos, no segundo painel, a discussão pareceu tomar o rumo de delinear os *contornos* do conteúdo previamente elaborado e refletir sobre a *forma* que este conteúdo tomaria quando transformado em indicadores.

Um importante ponto inicial da discussão foi justamente o formato que tais indicadores teriam. Como já havíamos pensado no início da pesquisa (no delineamento do processo metodológico), e conforme foi se confirmando já na discussão do primeiro painel, caminhamos para a construção de *indicadores qualitativos* de cogestão na GAM.

As seguintes falas, trazidas por diferentes participantes, indicam a necessidade de considerar o caráter *processual* desses indicadores:



"Como que a gente bota a narrativa como uma entidade válida num indicador? (...) uma boa narrativa podia ser considerada uma evidência científica e aí desconstrói um pouco aquela ideia de evidência mais dura e tradicional da medicina."



"Como a gente avalia a inserção de cada usuário é muito diferente (...) ter um dispositivo que nos ajude a marcar essa diferença... às vezes a diferença é de um usuário que nunca frequentava grupo nenhum e passa a frequentar o grupo GAM (...) e isso seja tão importante quanto alguém que consegue estar com a gente sempre."

"Uma das ideias que pensei é dos itinerários, por onde passa a pessoa, que processo faz. (...) por exemplo, há pessoas que não participam, mas onde estão? porque, se estão em outro lugar que é melhor e mais significativo, pode ser que desaparecer seja um indicador positivo."

Pondera-se que narrativas e indicadores estão conectados, mas têm naturezas diferentes:

"A narrativa, pra mim, é um campo de análise de onde a gente extrai os indicadores."

E se acrescenta:

"Como os parâmetros podem indicar contornos, caminhos pra gente operar processos de avaliação dessas experiências? dos seus impactos, desdobramentos..."

"A gente precisa pegar essa delicadeza, ao mesmo tempo é difícil... em alguns momentos, a gente vai ter que deixar escapar isso em nome da gente ter uma ferramenta que todos nós possamos usar nos nossos campos de pesquisa."

"Se a gente quer um material que interfira na realidade da saúde coletiva, a gente precisa aprender a falar essa língua."

Outro ponto que aparece na discussão diz respeito à necessidade de pensar a *abertura comunicacional* que a experiência GAM produz através da co-gestão. As seguintes falas se relacionam a esse aspecto:

"Ninguém é melhor que ninguém. A gente tá ali, nessa pluralidade, somos todos iguais."

"Uma questão super importante da GAM é favorecer o diálogo, favorecer a troca. No momento que se consegue iniciar essas questões na consulta - que não existiam antes da pessoa estar no grupo GAM - isso é novo tanto para o usuário como para o médico."

"Linguagem comum', eu discordo. nunca é a mesma linguagem, as pessoas nunca estão falando a mesma coisa na experiência. (...) essa é uma preocupação minha, na produção de indicadores, a gente contemplar elementos que são culturalmente sensíveis."

"A abertura comunicacional é um bom indicador. em que medida as pessoas se sentem podendo falar? Ou todo mundo consegue falar, participar? É um bom indicador de grupalidade."

"Eu gosto do grupo GAM porque eu aprendo em cada encontro uma nova linguagem diferente ou igual a que eu uso pronunciada de um jeito diferente."

"Isso poderia ser uma pergunta: a gente tá se entendendo? eu tô aprendendo outras coisas?"

Destaca-se, ainda, na discussão, a questão da transversalidade como um conceito difícil de ser avaliado:

"A transversalidade é um conceito muito difícil de operar, não dá pra virar indicador. (...) a transversalidade é uma construção constante das experiências, mas tem momentos que a gente diz 'paramos, estamos aqui hierarquizando'. aí, tem outros momentos que a gente conseguiu operar naquele instante um grau de transversalidade que trouxe protagonismo, que virou a chave, que as pessoas flexibilizaram a experiência, os lugares se mexeram..."

O conceito de *capilarização* também aparece como ponto importante a ser considerado na construção dos indicadores, bem como a *expansão* dos efeitos e impactos dos grupos para outras esferas:

"A gente tem discutido muito o processo de capilarização (...) o quanto a GAM vem se capilarizando (...) ontem o número podia ser X grupos, hoje já pode ser X mais 2. (...) pra mim, isso é um indicador fortíssimo, a capilarização do processo."

"A gente tem se perguntado muito sobre os impactos ou os efeitos da GAM na concepção ou nas práticas dos trabalhadores, sobre os impactos e os efeitos na trajetória dos usuários, nos seus itinerários terapêuticos e sobre os efeitos e transformações nos desdobramentos nos serviços..."

"Eu faria uma acentuação em uma coisa que estamos vivendo hoje, que é a discussão da interferência dos grupos e das práticas GAM no âmbito da formação (...) pra gente foi muito evidente a interferência da GAM no processo formativo."

"A gente transmite conteúdo? sim, mas não é só isso. é mais do que transmissão, tem uma coisa que opera ali que é do regime dos afetos, por isso se capilariza tanto. (...) é um contágio micropolítico."

"Quando a gente tinha os encontros presenciais eu notava que muitas pessoas que não participavam do grupo GAM tinham interesse de conhecer, saber porque aquela turma era tão animada. 'o que aquele grupo tem que é diferente? (...) pessoal tá sempre rindo, festejando, fazendo café' e isso impulsionava as pessoas pra chegarem perto."

O prolongamento da situação da pandemia de COVID-19 traz também peculiaridades que não haviam aparecido no primeiro painel de especialistas (realizado em abril de 2020, quando ainda não tínhamos dimensão de por quanto tempo se estenderia - e ainda se estende - a necessidade de isolamento e distanciamento social), indicando a necessidade de pensar os aspectos adaptativos da experiência GAM nesse contexto. As seguintes ponderações aparecem no segundo painel:

"Ainda que com um número bem reduzido de participantes, as pessoas vêm atrás [do grupo GAM virtual], as pessoas acreditam nessa grupalidade, nessa rede de apoio que a GAM oferece."

"...dos usuários frequentadores tem um número bem reduzido, eu me preocupo... eu acredito que é uma falta de equipamentos também pra participar."

Por fim, pontos importantes trazidos na discussão dizem respeito aos *sentidos* e ao *uso* dos indicadores:

"Pensar e refletir sobre a questão dos indicadores é um acerto, porque em muitos serviços temos que vender as ferramentas."

"Eu tenho muita dificuldade de pensar nesse modo categorial, de indicadores por categoria, porque a gente tende a construir 'linhas de segmentaridade', que terminam por partir as coisas e não dão pra gente uma certa noção da complexidade. (...) mas, nessa tentativa de construir um glossário comum, quais são os sentidos daquilo ali? Se isso, isso e isso aconteceu, aquele indicador é bacana. Se isso, isso e isso não aconteceu, não é um bom indicador."

"Em que medida os indicadores já não são os próprios princípios ou as linhas de desdobramentos que caracterizam a GAM desde a origem?"

"Em que medida o nosso princípio se realiza e como temos visto ele se realizar? (...) não sei se todo GAM é cogestivo e se todo GAM colhe cogestão."

"Não, com certeza não."

"Então... a cogestão é resultado, efeito, não só princípio."

"A gente produziu evidências ou não daquilo que, de início, já tomava como ponto de partida?"

"A gente tá tentando inserir isso numa perspectiva do sentido: que sentido tem? que sentido isso revela?"

"Nos interessa construir algo pra gente mesmo produzir uma avaliação consistente da experiência, menos pra responder às exigências que estão postas no campo acadêmico e mais pensando qual é o jeito de avaliar que nos ajuda a avançar."

"Vai ser muito bom se a gente conseguir criar um rol de perguntas avaliativas (...) que ajude quem tá operando o GAM a olhar pra aquele material e dizer 'é por aqui', 'isso é bom', 'tô conseguindo construir alguma coisa que respeite essa ética'."

Ainda como contribuição deste segundo painel, imagens do produto final desta pesquisa são sugeridas pelos participantes:

"Não é régua, é compasso."

"Ou mandala, sem perder as dimensões das relações que compõem a complexidade do fenômeno."

CAPÍTULO 6 - A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

“De que serve ter o mapa / Se o fim está traçado /
De que serve a terra à vista / Se o barco está
parado / De que serve ter a chave / Se a porta
está aberta / Pra que servem as palavras / Se a
casa está deserta?”

*(Quem me leva os meus fantasmas? - Maria
Bethânia)*

6.1 A produção de diferentes indicadores em algumas pesquisas avaliativas

Dantas e Oda (2014), em extenso trabalho cartográfico sobre as pesquisas avaliativas de saúde mental no Brasil, ressaltam que os parâmetros de avaliação utilizados em tais pesquisas, muitas vezes, não estão claros. As autoras reforçam que, em grande parte dos estudos, os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira são utilizados como parâmetros, porém não são descritos como tais princípios transpõem-se em indicadores. Ao contrário, encontram, na maioria dos artigos, o apontamento da dificuldade em realizar essa sistematização: "(...) em um dos trabalhos os autores chegam a se referir ao que consideram 'o caráter intangível das atividades do CAPS' (SILVA; LACMAN; ALONSO, 2009)." (DANTAS; ODA, 2014).

Neste mesmo estudo cartográfico, reconhece-se a necessidade de criação de mecanismos de avaliação sistemática e ampla, que possam reforçar os acertos e, ao mesmo tempo, ajustar as falhas, bem como subsidiar novas ações nas políticas públicas. As autoras destacam que, para tanto, as pesquisas avaliativas devem fornecer dados relevantes e informar de forma válida sobre o mérito das práticas e processos avaliados, bem como ter exequibilidade e condução ética (HARTZ, 1999; DANTAS, ODA, 2014; RICCI, 2020).

Em artigo que trata das *evidências* nas políticas e práticas de saúde mental, Campos et al (2013) analisam a produção contemporânea do conhecimento e práticas em saúde a partir da Medicina Baseada em Evidências. Os autores ponderam a ideia de evidências como "verdades da natureza" que seriam encontradas a partir de determinados e rigorosos métodos de pesquisa considerados padrão ouro. Em contraposição, defendem a ideia de "produção de dados", considerando que toda evidência "em alguma medida, é tanto um dado concreto da realidade, quanto, em outra, sempre resultado de certa produção subjetiva do pesquisador, da cultura, do enfoque" (CAMPOS et al, 2013).

No campo da saúde mental, ainda no mesmo artigo, os autores nos lembram que a psiquiatria contemporânea, de forma geral, orienta-se a partir de evidências que se produzem em relação a elementos limitados do processo saúde e doença, centrando sua prática na prescrição de medicamentos sintomáticos e desconsiderando a possibilidade de função terapêutica a partir de mudanças pessoais e institucionais (CAMPOS et al, 2013).

É neste debate com a Medicina Baseada em Evidências que surge o conceito de *evidência qualitativa*, resultante da aplicação de metodologias qualitativas nas pesquisas em saúde. Porém, reforçando-se a importância de que as evidências qualitativas sejam interpretadas, questionadas e comparadas com outros dados, possibilitando uma ampliação da compreensão sobre determinado fenômeno (CAMPOS et al, 2013).

Analisando algumas produções de indicadores no âmbito das políticas sociais e de saúde, no contexto nacional e internacional (CLEMENT, MC KENNY, 2019; TOMASI et al, 2010; ONOCKO-CAMPOS et al, 2010), é possível perceber o uso de diferentes metodologias, tanto para a coleta, análise e produção dos dados (grupos focais, estudos de coorte, grupos nominais, técnica delphi, oficina de construção de consensos), bem como para a sistematização dos mesmos (narrativas, marcadores internos e externos, descrição de princípios e elementos, comparação de variáveis, indicadores quantitativos, perguntas avaliativas). Cito a seguir alguns exemplos.

Clement e Kenny (2019) apresentam o desenvolvimento de um estudo piloto inspirado no modelo do Open Dialogue para avaliação do serviço social dentro de um equipamento londrino de assistência social a crianças, no qual trabalhavam respectivamente como gerente do serviço e como terapeuta familiar. As autoras elaboram, primeiramente, um quadro "resumo da análise dos desafios da prática". Num segundo momento, organizam dois quadros, sistematizando os princípios do Open Dialogue, contextualizados para aquele serviço: o primeiro quadro continha o nome de cada princípio e a descrição de sua aplicação e o segundo os elementos centrais em cada princípio. Nas figuras a seguir, seguem alguns exemplos de indicadores retirados dos dois quadros:

Figura 2 - Indicadores Open Dialogue: princípios

TABLE 2 Principles of Open Dialogue, amended to reflect a CSC context

OD principle	Description of principle as applied within model
Immediate help (ODP1)	The network meeting is organised as soon as practically possible after a referral to CSC. All key professionals, family members and their invited supporters are asked to attend.
Social network perspective (ODP2)	There is a conscious effort to reach across the professional and family systems boundary, to meet together in a spirit cooperation.
Flexibility and mobility (ODP3)	The family and young person's uniqueness is recognised and services respond to this unique situation. Work takes place where the family and young person are most comfortable working.

Fonte: Clement; Kenny, 2019

Figura 3 - Indicadores Open Dialogue: elementos

TABLE 3 Core open dialogue elements

OD elements	Description
ODE1	Two (or more) therapists in the team meeting.
ODE2	Participation of family and network.
ODE3	Using open-ended questions.

Fonte: Clement; Kenny, 2019

Em outro estudo, realizado em município do Rio Grande do Sul (Brasil), Tomasi et al (2010) buscaram analisar a efetividade dos CAPS, utilizando-se a metodologia de coorte prospectiva, a partir de entrevistas com cerca de 1000 usuários realizadas em duas visitas domiciliares. Foram comparadas variáveis de exposição terapêutica e de

situação de saúde, estratificadas pela modalidade de atendimento e pelo tempo de frequência ao serviço, conforme a figura a seguir.

Figura 4 - Indicadores CAPS Rio Grande do Sul

Tabela 2

Comparação entre variáveis do plano terapêutico, de acordo com a modalidade de atendimento e o tempo de frequência aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2006-2007.

	Uso de medicamentos (%)	Participação em oficinas (%)	Participação em grupos (%)	Usuários (n)
Modalidade de atendimento				
Intensivo				
Visita 1	96,1	70,6	56,2	153
Visita 2	91,6	75,2	63,6	131
Valor de p	0,113	0,346	0,221	-
Semi-intensivo				
Visita 1	93,3	60,9	46,6	343
Visita 2	90,7	64,7	49,8	300
Valor de p	0,219	0,329	0,445	-
Não intensivo				
Visita 1	91,6	17,5	29,8	423
Visita 2	86,7	18,7	41,6	362
Valor de p	0,032	0,639	0,000	-
Tempo de frequência ao CAPS (anos)				
Menos de 1				
Visita 1	82,1	38,8	20,9	67
Visita 2	73,7	62,5	28,1	57
Valor de p	0,258	0,006	0,352	-
1-2,9				
Visita 1	90,7	41,9	38,5	322
Visita 2	86,0	42,0	42,0	278
Valor de p	0,071	0,968	0,472	-
3 ou mais				
Visita 1	95,7	39,3	45,4	539
Visita 2	92,1	44,8	55,2	468
Valor de p	0,015	0,076	0,002	-

Fonte: Tomasi et al, 2010

Em outra pesquisa avaliativa em saúde mental sobre CAPS III, já citada anteriormente no capítulo 3 deste trabalho, Onocko-Campos et al (2017) propõe uma nova ferramenta denominada *Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação*, utilizada como estratégia para construção de indicadores de avaliação, a partir da inclusão de diferentes atores e diferentes perspectivas. Alguns exemplos de indicadores construídos nesta pesquisa apresentam-se na figura a seguir.

Figura 5 - Indicadores CAPS III

Quadro 4.1 – Pesquisa avaliativa de saúde mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos Caps III do Estado de SP - planilha de indicadores

N.	Nome do indicador	Definição	Interpretação	Fonte de dados	Tipo	Método de cálculo
I – Crise						
1	Capacidade do Caps de atender a crise	N° de casos em crise encaminhados para outros serviços	Reflete a capacidade do Caps de acolher a crise	Livro de plantão, prontuário	Resultado	$\frac{\text{N° de pacientes em crise encaminhados no mês}}{\text{Total pacientes no leito}}$
2	Taxa de ocupação leitos	Leitos efetivamente utilizados	Indica a utilização dos leitos de acolhimento à crise	Livro de plantão, planilhas de utilização dos leitos, Apac	Processo	$\frac{\text{N° pctes. leito mês}}{\text{N° de leitos mês}}$
3	Cuidado com a família do paciente em crise	Ofertas à família do paciente em crise	Reflete o cuidado da equipe com a família	Livro de plantão e prontuário	Processo	$\frac{\text{N° famílias atendidas (c/ familiares no leito)}}{\text{Total pacientes no leito}}$
II – Grupos						
1	Participação dos familiares nos grupos de família	Proporção de famílias de usuários ativos (inseridos ou em encaminhamento) que participam nos grupos de família e terapias familiares do Caps	Reflete a participação das famílias nos grupos	N° de usuários ativos (inseridos ou em encaminhamento), estatísticas, folhas de presença	Processo	$\frac{\text{N° de famílias participantes dos grupos}}{\text{N° de pacientes inseridos}}$
2	Proporção de discussão sobre grupo pela equipe	Análise e discussão dos grupos pela equipe	Reflete as iniciativas da equipe em avaliar os grupos	Livros de atas de reuniões, técnicos responsáveis pelo grupo	Processo	$\frac{\text{N° reuniões gerais em que aconteceram discussões sobre grupo}}{\text{N° de reuniões gerais da unidade}}$
3	Participação dos usuários no grupo	Permite saber quantos usuários participam de grupos	Além da existência de grupos, permite identificar quantos se beneficiam deles.	Anotações da evolução dos grupos	Processo	$\frac{\text{N° de usuários que participam dos grupos}}{\text{N° total de usuários ativos}}$

Continua

Fonte: Onocko-Campos et al, 2017

Por fim, retomo o exemplo de outra pesquisa, já mencionada anteriormente no capítulo 3, realizada na região metropolitana do Rio de Janeiro/RJ e que produziu indicadores sobre o tratamento de crianças com autismo. Ali, foram produzidos mais de 100 indicadores, divididos em *temas* e *subtemas* e apresentados na forma de perguntas, para as quais a resposta “sim” é a desejada, apontando para o que seria o ideal de produção de cuidado aos usuários e suas famílias (LIMA et al., 2014), conforme exemplo da figura a seguir.

Figura 6 - Indicadores CAPSi

Subtema: Construção e reavaliação dos PTIs

- O PTI é discutido e construído em equipe?
- Toda a equipe está ciente da direção do caso e do PTI de cada paciente autista?
- O território é levado em conta na elaboração do PTI?
- O PTI inclui necessariamente um trabalho intersetorial?
- Os PTIs são reavaliados ao longo do tratamento?
- O CAPSi inclui no PTI a avaliação dos diferentes fatores (financeiros, transporte, passe livre, etc.) que facilitam e dificultam o aumento da frequência da criança e da família ao serviço?

Fonte: Lima et al, 2014

Citando apenas alguns exemplos de pesquisas avaliativas, é possível verificar a variedade delas e compreender que a validade de um estudo avaliativo não se apresenta como um "espelho da realidade", mas sim como uma "produção reflexiva", considerando o pesquisador como parte do contexto que pesquisa. Quanto mais comum e mais compartilhado for o significado das categorias utilizadas, bem como a veracidade e o sentido dos resultados encontrados, entre os participantes e o pesquisador, maior será a validade interna da pesquisa (MINAYO, 2009; GADAMER, 1997). Portanto, é a partir dessa premissa que este trabalho produz reflexivamente os indicadores qualitativos de cogestão dentro da estratégia GAM.

6.2 Resgatando o percurso dessa pesquisa para construção dos indicadores qualitativos de cogestão

Após a finalização do segundo Painel de Especialistas, dedico-me à última parte da pesquisa: o esforço de concretizar a construção coletiva num produto final, considerando os dissensos revelados, todavia sistematizando os consensos encontrados em forma de indicadores e produzindo um material que possa retornar ao Observatório GAM, para que, dali, possa seguir os caminhos que aquele coletivo entender ser pertinente.

Conforme já relatado no percurso metodológico, optamos pelo uso da hermenêutica crítica e narrativa (GADAMER, 1997) e do conceito de *mimesis* a partir da autonomia do discurso proposto por Ricoeur (1997, 2000) como referencial metodológico para realização da coleta, análise e sistematização dos dados produzidos, utilizando as ferramentas de revisão hermenêutica e de painel de especialistas.

Assim, primeiramente, a partir da revisão da literatura, foram identificadas e sistematizadas pela pesquisadora *Dimensões da cogestão* encontradas nas produções textuais revisadas. A revisão focou-se nos possíveis efeitos da cogestão produzidos pela estratégia e indicados pelos artigos. Tais efeitos foram associados, no trabalho de análise da pesquisadora, a diferentes *dimensões da cogestão*, buscando manter-se fidedigno às palavras e expressões utilizadas nos textos.

Naquele momento, foram encontradas um total de 16 dimensões, divididas em 2 categorias: Dimensões da cogestão na produção de conhecimento (8) e Dimensões da cogestão nas práticas de cuidado (8). Ressalta-se, contudo, que, posteriormente, tal

divisão não encontrou ressonância no encontro com os especialistas, quando as dimensões da cogestão foram discutidas de forma entrelaçada, sem a cisão entre produção de conhecimento e cuidado.

A sistematização dessas *dimensões* e seus efeitos foi apresentada no formato de quadros (quadros 2 e 3) ao primeiro Painel de Especialistas, para que pudessem ser debatidas, contestadas e aprofundadas. Realiza-se, então, neste painel, a primeira discussão coletiva com a proposta de pensar a construção de possíveis indicadores de cogestão na GAM.

Após esse encontro, nova produção textual é elaborada pela pesquisadora, desta vez, com os *parâmetros* de indicadores que foram sendo ali pensados coletivamente. Assim como na primeira sistematização, utilizo o formato de quadro para sistematizar os *parâmetros* de cogestão esboçados e os aspectos aos quais se relacionam (quadro 5), novamente atentando-se às palavras e expressões utilizadas pelo grupo, possibilitando evidenciar os consensos e as divergências que se apresentam.

Essa sistematização dos *parâmetros* de cogestão e seus aspectos relacionados retorna ao grupo, no segundo Painel de Especialistas, onde, mais uma vez, é possível debater e aprofundar os dados produzidos, caminhando para a construção dos indicadores finais desta pesquisa. A sistematização deste último encontro, por não objetivar o retorno ao grupo de especialistas (como as duas primeiras sistematizações) e por trazer em seu conteúdo uma rica discussão sobre a forma e o sentido dos indicadores, realizou-se não no formato de um quadro, mas sim no formato de um texto dialogado (item 5.2 dessa dissertação). Todavia, como nas duas primeiras sistematizações, apresentam-se as expressões destacadas, ordenadas e encadeadas a partir dos temas a que se referem, permitindo a identificação dos consensos, bem como dos dissensos encontrados.

Para melhor visualização, resumo e reordeno, no quadro a seguir, as contribuições realizadas a partir dos artigos e dos dois painéis de especialistas, na tentativa de entrelaçá-las, não num encadeamento sequencial e lógico, mas sim num movimento contínuo e reflexivo de elaboração do pensamento, de maneira que essa construção coletiva sirva de base para a organização dos indicadores de cogestão produzidos na pesquisa. Os espaços em branco representam temas não mencionados diretamente em determinada etapa (revisão e/ou painel).

Quadro 7 - Resumo Contribuições: artigos, painel I, painel II

ARTIGOS <i>Dimensões</i>	PAINEL I <i>Parâmetros</i>	PAINEL II <i>Consensos</i>
<i>Construção Coletiva (em todas as etapas)</i> <i>Articulação entre os saberes</i> <i>Contratos e compromissos sujeitos à revisão</i> <i>Informação sobre o tratamento</i>	Diminuição e/ou realocação da medicação no tratamento Número de internações ou número de estabilizações	Provocam-se mudanças na inserção do usuário, nos seus itinerários, no processo terapêutico.
<i>Reposicionamento dos Diferentes Atores</i> <i>Lateralização / Lado a Lado</i> <i>Transversalização</i>	Possibilidade do usuário interpelar o trabalhador, por ter seu saber legitimado Desconstrução	Provocam-se mudanças para usuário e trabalhador. O diálogo e a troca são favorecidos. Sustenta-se a diversidade.
<i>Manejo Descentralizado</i>	Manejo cogestivo de situações de crise Cogestão de substâncias ilícitas	
<i>Diferentes vozes e pontos de vista</i> <i>Espaços de fala</i> <i>Valorização das Experiências</i>	Transversalização como abertura comunicacional	Deve haver espaço de fala e de escuta para todos. Deve possibilitar entendimento comum, reflexão e aprendizado.
<i>Protagonismo dos participantes</i> <i>Participação</i> <i>Diálogo e Participação Ativa</i>		
<i>Contração de Grupalidade</i>	Formação dos grupos Formação de corrente, elo Criação de vínculos amorosos Continuidade dos grupos	O grupo cria importantes vínculos afetivos e provoca um contágio micropolítico.
<i>Dimensão Política</i>	Capacidade de capilarização/ criação de rede Incidência de dentro pra fora	Há impactos e desdobramentos nos usuários, nos trabalhadores, nos serviços e em processos formativos.
		Os princípios da GAM são norteadores, mas devem ser também efeitos da estratégia.

Fonte: autoria própria

A partir desta última sistematização e seguindo o movimento reflexivo das trocas realizadas através dos 2 painéis de especialistas, foram produzidos 9 indicadores de cogestão, em forma de perguntas, que se apresentam no quadro abaixo.

Quadro 8 - Indicadores de Cogestão

1	O grupo se atenta e cuida para que, com suas diferenças, todos possam participar?
2	O grupo se constitui como um espaço acolhedor? Todos os participantes sentem abertura para falar? E se sentem ouvidos?
3	Considerando que as pessoas possuem diferentes linguagens, há esforço para que as diferenças possam ser ditas e avancem para a compreensão? E se percebe que essas diferenças produzem reflexão e ampliação do conhecimento?
4	As discussões produzidas no grupo repercutem em outros espaços além do grupo (consultas individuais ou reuniões de equipe, por exemplo)?
5	A inserção no grupo promove uma ampliação na participação/tomada de decisão do usuário em relação ao seu projeto terapêutico singular?
6	Individualmente, os participantes sentem que o pertencimento ao grupo fortalece para tomadas de decisão ou participação em outros espaços (familiares, comunitários, de trabalho, por exemplo)?
7	As trocas afetivas do grupo (cafés, lanches comunitários, caronas etc) chegam a outras pessoas? E isso estimula a participação e o convite a novos participantes?
8	Além do encontro presencial (ou na impossibilidade deste), há estratégias pensadas para outra forma de articulação do grupo (via ferramentas eletrônicas, por exemplo)?
9	Os efeitos produzidos nos participantes se refletem em <u>ações</u> ou <u>atividades</u> desdobradas a partir do grupo (no próprio serviço de saúde, na comunidade, nos processos formativos...)?

fonte: autoria própria

O formato de perguntas, a serem respondidas com 'sim' ou 'não', pretende, mais do que quantificar ou determinar as ações a serem tomadas pelo grupo e seus participantes, possibilitar que tais indicadores sirvam como *questionamentos reflexivos*, para que o grupo e seus participantes possam olhar para si mesmos, num espaço de autoavaliação e também de escolha e orientação em relação aos caminhos que desejam seguir.

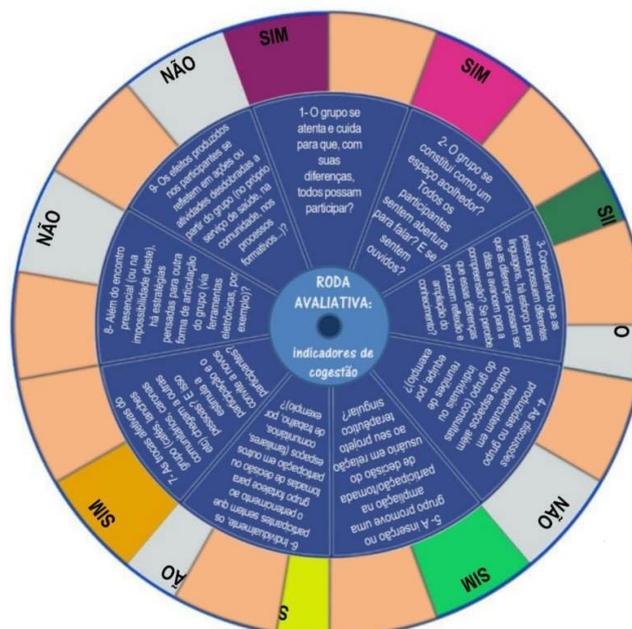
Não se trata, portanto, de quantificar as estratégias de cogestão, mas sim de problematizá-las dentro do próprio grupo. Conforme uma das falas destacadas do segundo Painel de Especialistas: "nos interessa construir algo pra gente mesmo produzir

uma avaliação consistente da experiência, menos pra responder às exigências que estão postas no campo acadêmico e mais pensando qual é o jeito de avaliar que nos ajuda a avançar."

6.3 O produto técnico "Roda Avaliativa: indicadores de cogestão"

Por fim, como produto técnico final desta pesquisa, orientando-se pelas contribuições e sugestões propostas pelos especialistas, foi pensado e elaborado um instrumento que facilite e promova a utilização dos indicadores dentro dos espaços grupais. Um instrumento que se concretiza num objeto circular, uma roda, que se estrutura a partir de um eixo central, mas que ganha diferentes tonalidades e movimentos a depender das respostas dadas pelos grupos nos processos de autoavaliação.

Figura 7 - Roda Avaliativa: indicadores de cogestão



fonte: autoria própria

No círculo menor e superior, encontram-se 9 partes iguais; cada parte contém um indicador de cogestão. No círculo maior e inferior, encontra-se uma cartela de cores intercaladas. Para cada parte do círculo superior, correspondem 2 partes do círculo inferior: uma parte de cor quente e viva (resposta 'SIM'), outra parte de cor neutra (resposta 'NÃO'). Os dois círculos se conectam pelo eixo central. Entre eles, também conectadas pelo mesmo eixo, 9 pequenas peças individuais que cobrirão a resposta não correspondente e deixarão em exposição a resposta dada a cada indicador.

Assim, quanto mais respostas 'SIM' mais cores se evidenciarão na roda. No entanto, cabe ressaltar que as respostas 'NÃO' também podem compor as experiências dos grupos GAM. Ou até mesmo respostas intermediárias, entre o 'SIM' e o 'NÃO'. Pois, consideramos que as experiências grupais e, conseqüentemente, suas avaliações, são processos em contínuo movimento.

Entendemos que o maior número de respostas 'SIM' evidencia maior garantia de realização de práticas cogestivas, por isso o instrumento ganha cores mais vivas e mais variadas. Porém, conforme já mencionado, os indicadores apresentam-se menos como ideais a serem alcançados e mais como problematizações e questões a serem refletidas.

Tais indicadores, como a roda, possuem um eixo central - a cogestão - mas se movimentam, não estão estanques. De tal forma que o grupo e seus participantes possam, de tempos em tempos, olhar para si, olhar para o que os circunda, e fazer a roda girar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“E pela lei natural dos encontros / Eu deixo e recebo um tanto / E passo aos olhos nus / Ou vestidos de lunetas / Passado, presente / Participo sendo o mistério do planeta”

(*Mistério do Planeta - Novos Baianos*)

Conforme já descrito na apresentação do trabalho, sustentar a elaboração desse estudo, no atual contexto político de enorme retrocesso e de um governo que ataca constantemente nosso Sistema Único de Saúde, foi, para mim, ao mesmo tempo, um movimento de resistência e de respiro e fôlego. Foi dessa forma e por esse motivo que sustentei e *participei* desse estudo.

Em um ensaio sobre avaliações qualitativas, o sociólogo Pedro Demo (1986) defende que, para avaliar processos participativos, é preciso participar, no sentido de ser *participante* e não mero observador. E reforça que não se trata "de fomentar a debandada ideológica e de mistificar partidarismos ativistas. Ao contrário, trata-se de controlar a imiscuição ideológica pela via de sua ostentação, pois é mais fácil controlar o que não se camufla" (DEMO, 1986).

Foi, portanto, desde um lugar ideológico de aposta e defesa da estratégia de cogestão na Saúde Mental que essa pesquisa se constituiu. 'Construindo indicadores numa pesquisa cogestiva' disse-se no título desse trabalho, de forma afirmativa. Tratava-se, então, de uma aposta e uma diretriz para a condução desse estudo. Porém, talvez caiba uma quarta volta hermenêutica *a posteriori*: construímos uma pesquisa cogestiva sobre práticas de cogestão?

Usando nosso próprio instrumento como análise, eu diria que "sim":

- nos atentamos e cuidamos para que, com suas diferenças, todos pudessem participar; usuários, trabalhadores, estudantes e pesquisadores de diferentes campos, com diferentes culturas e diferentes experiências.
- buscamos construir um espaço acolhedor com abertura de fala e de escuta a todos. Porém, não há como responder pelo grupo se todos se *sentiram ouvidos*.
- nos esforçamos para que, mesmo com diferentes linguagens (incluindo diferentes línguas), pudessemos avançar para a compreensão. E, ouvimos, durante um dos painéis, após a explicação de uma palavra mencionada e desconhecida por um participante: "Eu

gosto do grupo GAM porque eu aprendo em cada encontro uma nova linguagem diferente ou igual a que eu uso pronunciada de um jeito diferente".

Porém, a resposta que dou individualmente e *a posteriori* a esses 3 indicadores de cogestão não são suficientes para responder se essa pesquisa é/foi cogestiva. Haveria que se sentar "em roda" (ainda que chapada em telas) de novo e devolver ao grupo essas e as demais perguntas. É esse o intuito e a proposta do instrumento produzido nesse trabalho: que seja usado pelo grupo, por cada grupo, como uma autoavaliação, não com o objetivo de mensurar a quantidade de "sim" e "não", tampouco a qualidade "boa" ou "ruim", mas com a intenção de provocar reflexão e de indicar os caminhos que o próprio grupo deseja e planeja.

Há, por fim, algo mais. Se consideramos, como Demo (1986), que a pessoa humana é capaz de escolher, de aguardar e de influir, e que, portanto, sua obra é histórica, prática e ideológica, construímos, nos diz ele, coisas concretamente condicionadas e somos inevitavelmente ideológicos. De tal maneira que modulamos nossas formas de expressão no sentido da ocupação dos espaços do poder e temos, na dimensão política, o horizonte da potencialidade humana (DEMO, 1986).

Assim, esperamos que os indicadores construídos coletivamente nessa pesquisa possam ajudar a afirmar e evidenciar aquilo que as experiências GAM têm conseguido produzir. De tal maneira que se possa sustentar uma disputa no campo científico, de indução de práticas e de políticas que confronte a lógica mercantilizada, hierarquizada, tutelar e prescritiva. Além disso, esperamos, principalmente, que o produto dessa pesquisa contribua para amparar os grupos, as rodas, e fortalecer outras práticas de conexão e de sustentação de parcerias e vínculos fortes, que nos colocam num lugar de colaboração. Práticas que retomam a força de um SUS inovador, um SUS que inventa contramolas e r-existe.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil** – diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

ALMEIDA P.F.; ESCOREL S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde Debate**, v. 25, n. 58, p 35-47, 2001.

AMARANTE, P. D. C. (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. D. C. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 163-185, 1997.

AROUCA, A. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.35-42.

AYRES, J.R.C.M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenêutica filosófica. **Salud Colect.**, v.4, n.2, p.159-72, 2008.

BACCARI, I.O.P. **O texto narrativo na pesquisa qualitativa em saúde mental: referencial metodológico e instrumental**. 2015 Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BASAGLIA, F. (Org.) **A Instituição Negada**. Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELL S. E., FIGERT A. E. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. **Soc Sci Med** 2012; v. 75, n. 5, p. 775-783.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990, Seção 1.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde, p. 229-266. In MERHY E. E.; ONOCKO-CAMPOS R. (orgs.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec. 1997.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec. 2000.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010 .

_____. SUS: o que e como fazer?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CANADÁ. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). **Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000**. Québec: MSSS; 2001. p. 52.

CASTRO, M. C. et al.; Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet. Health Policy**, 2019.

CLEMENT, M., & MC KENNY, R. Developing an open dialogue inspired model of systemic social work assessment in a local authority children's social care department. **Journal of Family Therapy**. 2019 Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12271>

CONRAD P., LEITER V. Medicalization, markets and consumers. **J Health Soc Behav**, 2004, 45(Supl.), p. 158- 176.

CONRAD P., MACKIE T., MEHROTRA A. Estimating the costs of medicalization. **Soc Sci Med**, 2010, v. 70, n. 12, p. 1943-1947.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.

DANTAS, C. R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 24, n. 4

DEMO, P. Avaliação qualitativa: um ensaio introdutório. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, DF, p. 571-58, 1986.

DORICCI, G.C, GUANAES-LORENZI, C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização.. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2019.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 51, p. 685-696, 2014.

FOUCAULT, M.; **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1978.

_____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FURTADO, J. P.. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001 .

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.

FURTADO, J. P. et al . A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 102-110, 2013 .

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-esaudemental-interfaces>

GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-esaudemental-interfaces>

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva. 1974.

GONCALVES, L. L. M.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, 2017.

GOTZSCHE, P. C. **Medicamentos mortais e crime organizado**: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Bookman, 2016.

GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 18-32, jan./mar. 2010.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.

_____. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L.. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. C. B.; HENRINQUE, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar**: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Hucitec, 1997. p.67-77.

LATOUR, B. Capítulo 1 Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. IN: **Objectos Impuros**: Experiências em Estudos sobre a Ciência. Porto: Afrontamento, 2008.

LAVALLE, A. G.; VERA, E. I. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 95-139, 2011

LIMA, R. C. et al. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 715-739, 2014.

MANIFESTO DE BAURU in: **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Bauru, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>

MELO J.J. et al. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. **Caderno HumanizaSUS**. No prelo 2013.

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.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Hucitec, 2014.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura** [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 10, n. 1, p. 221-241, 2010.

_____. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 967-980, 2012.

_____. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.

_____. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

_____. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 71-83, 2017.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción sobre salud mental** 2013-2020. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra: OPAS/OMS; 2001

PAIM, J. S.. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 24-38, 2013.

_____. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva** (impresso), v.18, p. 2919-2928, 2013.

PASSOS, E.; SADE, C.; MACERATA, I. Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. **Saude soc.**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 6-13, 2019.

PINHEIRO, J. Q.; FARIAS, T. M.; ABE-LIMA, J. Y. Painel de Especialistas e Estratégia Multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas. **Psico**, v. 44, n. 2, p. 184-192, 2013.

PÔRTO, K. F. Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária: contribuições de uma pesquisa avaliativa qualitativa. 2012. 257p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311876>

RICCI, E. C.; BARBOSA, M. P. ; CHAVEZ, L. J. E. ; CAMPOS, R. T. O. ; LEAL, E. M. . Revisão sistemática qualitativa sobre avaliações de serviços em saúde mental na perspectiva dos usuários. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (edição em português)**, v. 16, p. 94-105, 2020.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. Tomo I. Campinas: Editora Papirus; 1997

_____. **Documentos - Narratividade, fenomenología y hermenéutica**. Anàlisi, v. 25, p. 189-207 2000.

_____. **A memória, a história, o esquecimento**. Tradução de Alain Françoies. Campinas: Editora Unicamp, 2007.

RIZZOTTO, M. L. F. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1717-1718, 2018 .

RODRIGUEZ L., POIREL M. L. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation des psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme. **Nouvelles pratiques sociales**, v.19, n. 2, p. 111-127. 2007.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001, p. 17- 59.

RUFFATO, L. O golpe contra Dilma Rousseff. **El País**, 01 sep. 2016, Opinião/Coluna. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2016/08/31/opinion/1472650538_750062.html

SILVEIRA, M.; MORAES, M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em saúde mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 8, n.1; 138- 152, 2018

SURJUS, L. T. L. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Interface entre Deficiência Intelectual e Saúde Mental: revisão hermenêutica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 532-540, 2014.

SURJUS, L. T. S. (Coord.). **Projeto de pesquisa Observatório Internacional de práticas da Gestão Autônoma da Medicação:** rede escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento. Observatório Internacional das Práticas GAM. São Paulo. 2017.

TAUB, A. All Impeachments Are Political. But Was Brazil's Something More Sinister? **The New York Times**, 31 aug. 2016, Americas/The Intrepeter. Disponível em <https://www.nytimes.com/2016/09/01/world/americas/brazil-impeachment-coup.html>

TOMASI, E. et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2010, v. 26, n. 4

VARGAS, E. R. et al . O apoio institucional ao Fórum da Rede de Saúde Mental de São Pedro da Aldeia como dimensão da pesquisa de Gestão Autônoma da Medicação. **Saúde Soc.**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 25-36, 2019 .

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo.** 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia:** pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ZANCHET, Livia. **A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil:** uma travessia rumo ao pensamento decolonial. Psychology. Université Côte d'Azur; Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), 2019.

ANEXO A - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: Uma construção cogestiva sobre práticas de cogestão de cuidado: o Observatório Internacional de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

Nome do pesquisador responsável: Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Número do CAAE: 25058619.1.0000.5505

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo.

Não há despesas pessoais para os participantes, como também não haverá compensação financeira referente à sua participação.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias originais, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Também poderá se abster em responder uma ou mais questões.

Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, você será assistido pelo pesquisador e ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos.

Justificativa:

O aumento do uso de medicamentos tem sido considerado um grave problema de saúde pública no mundo contemporâneo. No campo da saúde mental, essa preocupação está associada aos efeitos de seu uso crônico e à falta de participação da população no planejamento ou na tomada de decisões sobre o tratamento que lhes convém, reduzindo a possibilidade de ganhar autonomia, protagonismo e ampliação da participação social. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem sido considerada uma metodologia de caráter emancipatório, voltada para o enfrentamento dessa problemática, e seu uso vem aumentando em serviços de saúde mental, no Brasil e em outros países, com diferentes populações.

Objetivos: Geral: Construir consensos acerca de indicadores e parâmetros para práticas de cogestão do cuidado, a partir das experiências do Observatório Internacional de Práticas GAM.

Específicos: Identificar e mapear como são conduzidas as avaliações das práticas GAM nos diferentes contextos; Sistematizar as estratégias de cogestão da produção do conhecimento dentro do Observatório Internacional.

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado a participar de 2 (dois) grupos de discussão virtuais (webconferência), que serão gravados e posteriormente sistematizados. Serão convidados a participar desta pesquisa 2 representantes (1 pesquisador acadêmico + 1 trabalhador, gestor ou usuário) de cada região que compõe o Observatório Internacional, totalizando 10 participantes.

Desconforto e benefícios:

Em relação aos riscos, avalia-se que a pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, podendo existir um desconforto em se submeter ao estudo, devido a um possível constrangimento em participar das videoconferências.

Enquanto aos benefícios, a pesquisa em questão poderá colaborar com a ampliação e a qualificação das ofertas de cuidado em saúde mental, redimensionando a importância do uso de medicamentos no âmbito do tratamento.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de

pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Os resultados desta pesquisa ficarão de posse da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista.

Contatos: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Luciana Togni de Lima e Silva ou com Érika Marinheiro Pereira, no Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - campus Baixada Santista, Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias, Santos/SP. Também pelos telefones +55 (013) 99719-4100 (Luciana) / +55 (011) 99757-7217 (Érika) ou pelos e-mails luciana.surjus@unifesp.br / erikamarinheiro@gmail.com . Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas, você poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo/SP - CEP: 04023-900. Horário de Atendimento telefônico e presencial: segundas, terças, quintas e sextas, das 9h às 12h. E-mail: cep@unifesp.br . Telefones: (11) 5571-1062; (11) 5539-7162.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar.

Local/Data: _____, ____/____/____

(Assinatura do participante)

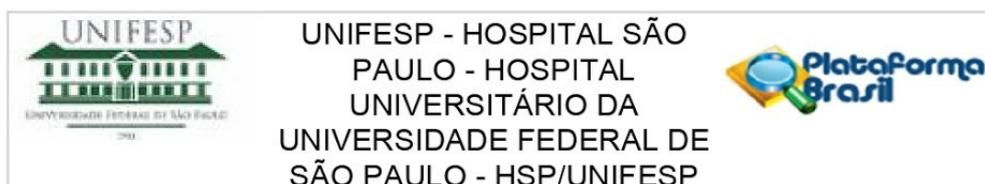
Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Local/Data: _____, ____/____/____

(Assinatura do pesquisador)

(Assinatura do pesquisador que está aplicando o TCLE)

ANEXO B - Aprovação na Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UMA EXPERIÊNCIA CO-GESTIVA SOBRE PRÁTICAS DE CO-GESTÃO DE CUIDADO - o Observatório Internacional de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

Pesquisador: LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25058619.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.802.053

Apresentação do Projeto:

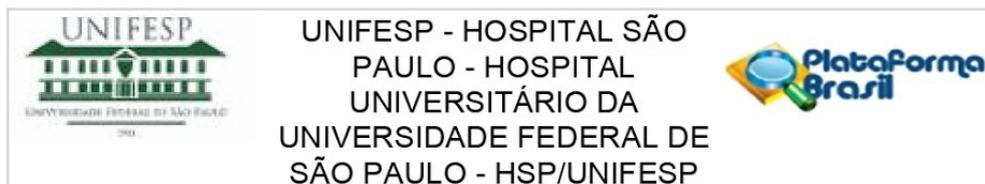
Projeto CEP/UNIFESP n:1206/2019 (parecer final)

Trata-se de Projeto de MESTRADO de ÉRIKA MARINHEIRO PEREIRA Orientadora: Profª Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus; Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1452269.pdf, gerado em 24/10/2019)

APRESENTAÇÃO: Esta pesquisa realizará um estudo sobre práticas co-gestivas de cuidado em Saúde Mental, a partir das experiências que compõem o "Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento". O estudo objetiva construir consensos acerca de indicadores e parâmetros de cuidado em Saúde Mental, pactuados entre usuários, gestores, trabalhadores e pesquisadores envolvidos com a estratégia GAM, através da realização de 2 (dois) encontros virtuais de Painel de Especialistas. A partir das experiências diversas (em diferentes regiões do Brasil, Canadá e

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

Espanha), pretende-se identificar como são conduzidas as avaliações da GAM nos diferentes contextos e sistematizar as estratégias de co-gestão, que poderão ser utilizadas para avaliação das práticas e para a construção de possíveis políticas públicas. A hipótese deste estudo é de que as experiências do Observatório Internacional possam contribuir para construção de práticas co-gestivas de cuidado e de produção de conhecimento. Será utilizada a metodologia de pesquisa avaliativa de quarta geração, caracterizada por processos avaliativos inclusivos e participativos, que englobam o conhecimento e a experiência dos vários grupos de interesse envolvidos.

-HIPÓTESE: A hipótese deste estudo é de que as experiências que compõem o Observatório Internacional de Práticas GAM possam contribuir para avaliação de práticas de cuidado em Saúde Mental, interferindo positivamente na construção de práticas co-gestivas de cuidado e de produção de conhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Construir consensos acerca de parâmetros e indicadores para avaliação de práticas de co-gestão do cuidado a partir das experiências do Observatório Internacional de Práticas Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Identificar e mapear como são conduzidas as avaliações das práticas Gestão Autônoma da Medicação (GAM) nos diferentes contextos; Sistematizar as estratégias de co-gestão do cuidado e de produção do conhecimento dentro do Observatório Internacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Pode existir um desconforto em se submeter ao estudo, devido a um possível constrangimento em participar das videoconferências.

-BENEFÍCIOS: A pesquisa em questão poderá colaborar com a ampliação e a qualificação das ofertas de cuidado em saúde mental, redimensionando a importância do uso de medicamentos no âmbito do tratamento.

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: pesquisa avaliativa de quarta geração, caracterizada por processos avaliativos inclusivos e participativos, que englobam o conhecimento e a experiência dos vários grupos de interesse envolvidos; o presente projeto configura-se como subprojeto da pesquisa "Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento", aprovado no CEP da Universidade Federal de São Paulo sob o CAAE: 70494817.0.1001.5505, parecer n.2.234.177.

LOCAL: Departamento de Políticas Públicas e saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

PARTICIPANTES: participarão 10 especialistas; Serão convidados a participar da pesquisa 2 representantes (1 pesquisador acadêmico + 1 trabalhador, gestor ou usuário) de cada região e/ou país que compõe o Comitê Gestor do Observatório Internacional.

-Critério de Inclusão: É critério de inclusão ser maior de 18 anos, ter envolvimento com a temática da GAM e estar, no momento da pesquisa, participando do Comitê Gestor do Observatório Internacional ou ser indicado por um participante do Comitê. No caso de haver mais de 2 representantes por região que se encaixem nos critérios de inclusão, serão selecionados aqueles com maior tempo de envolvimento com a temática GAM.

PROCEDIMENTOS:

- este estudo realizará a articulação entre pesquisadores, usuários, trabalhadores e gestores de instituições que compõem o Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação, através de 2 (dois) encontros virtuais que se organizarão como um Painel de Especialistas, para troca de experiências e pactuação de consensos acerca de indicadores e parâmetros para avaliação das práticas de co-gestão de cuidado em Saúde Mental.

-Considerando-se as distâncias geográficas, a técnica utilizada será a de Painel de Especialistas através de web conferência.

-Num primeiro encontro, a pesquisa será apresentada e será realizada uma sistematização das experiências que vêm ocorrendo em cada um desses polos do Observatório; será ainda pactuado um método de busca para identificar estratégias de avaliação das práticas co-gestivas e de produção do conhecimento.

-Num segundo encontro, serão pactuados parâmetros e indicadores para avaliação de práticas co-gestivas de cuidado em saúde mental. Ambos os encontros serão gravados e posteriormente transcritos para sistematização e análise dos dados.

-Comporá, ainda, a metodologia desta pesquisa uma Revisão de Literatura sobre a GAM e sobre

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

práticas de co-gestão a partir das produções do Observatório Internacional.

-Para análise dos dados, esta pesquisa utilizar-se-á da hermenêutica-dialética como postura metodológica. (mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro apresentados adequadamente.
- 2- TCLE a ser aplicado aos participantes.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta a pendências apontadas no parecer n: 3.734.370 de 29 de Novembro de 2019. Todas as pendências foram atendidas. Projeto aprovado.

PENDÊNCIA 1- Solicitamos que sejam dadas mais informações sobre o "Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)", na introdução do projeto.

RESPOSTA: Foram fornecidas maiores informações acerca do Observatório Internacional de Práticas GAM na introdução do projeto, destacadas em letras maiúsculas com grifo amarelo. A informação foi devidamente inserida da mesma forma na Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2- Na pág. 8 do projeto, lê-se: "Através de um Observatório Internacional, as experiências do Brasil, Canadá e Espanha têm se aproximado e dialogado. O "Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento estabelece uma rede de cooperação para a capacitação, implementação e avaliação das práticas GAM no Brasil, Canadá e Espanha, e conta com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp (CEP) e na Coordenadoria de Formação Educacional de Santos (COFORM) ". Solicitamos esclarecimento: Comitê de Ética em Pesquisa da

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

Unifesp (CEP) aprovou anteriormente a formação deste Observatório? A que aprovação do CEP UNIFESP o pesquisador se refere?

RESPOSTA: o presente projeto configura-se como subprojeto da pesquisa "Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento", aprovado no CEP da Universidade Federal de São Paulo sob o CAAE: 70494817.0.1001.5505, parecer n.2.234.177. Esta informação, bem como parecer de aprovação do projeto inicial, foram devidamente inseridos na Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3- De que forma os participantes serão convidados a participar da pesquisa? O acesso aos participantes do Observatório é de domínio público? Se não for, será necessário anexar na Plataforma Brasil, carta de autorização para o acesso à lista de participantes.

RESPOSTA: O acesso aos pesquisadores e instituições que compõem o Observatório é de domínio público e se encontra disponível no site observatoriogam.org. A proponente coordena o Observatório e tem acesso direto aos participantes que são signatários do Acordo de Cooperação Multilateral para o desenvolvimento de suas ações, sendo necessário tão somente realizar o convite por email, e planejar o encontro dentro da disponibilidade dos mesmos. Essa informação foi devidamente inserida na metodologia do projeto detalhado e na Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 4- No campo "RISCOS", do formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, lê-se: "Pode haver um desconforto para os participantes em se submeter ao estudo, justificado pela possibilidade futura de realização de estudos comparados entre os países envolvidos". Esta frase está confusa: solicitamos informar os riscos referentes a participação nesta pesquisa de forma mais clara. Um dos riscos seria o desconforto e constrangimento por participar das videoconferências.

RESPOSTA: o campo RISCOS foi alterado e se encontra agora da seguinte forma: "Em relação aos riscos, avalia-se que a pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, podendo existir um desconforto em se submeter ao estudo, devido a um possível constrangimento em participar das videoconferências." Essa informação foi devidamente alterada no TCLE e na Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 5- O cronograma do estudo (no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, e inserido no final projeto detalhado) indica que parte do estudo já estará sendo iniciada antes da aprovação do protocolo. Solicita-se adequação do cronograma com relação à data de início do estudo e outras etapas, uma vez que este ainda se encontra em análise no Sistema CEP/Unifesp até a presente data. O início do estudo deve ter data compatível com a tramitação do protocolo no Sistema CEP/CONEP. A data prevista de término também deve ser informada. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP.

RESPOSTA: O cronograma apresentado tratava-se de uma previsão para início e desenvolvimento das atividades em relação às atividades do Observatório, já em curso. O cronograma foi alterado levando-se em consideração o tempo necessário para aprovação no Sistema CEP/Unifesp e as ações previstas seguem aguardando esta aprovação para serem iniciadas. As alterações foram devidamente inseridas no cronograma do projeto detalhado e na Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

6- Em relação ao TCLE:

6.a)- No item "Procedimentos": informar quantos serão e quem serão os participantes destes grupos de discussão (que tipo de profissional); informar que todos os praticantes fazem parte do Observatório Internacional de Práticas GAM (se for o caso).

RESPOSTA: Serão convidados a participar desta pesquisa 2 representantes (1 pesquisador acadêmico + 1 trabalhador, gestor ou usuário) de cada região que compõe o Observatório Internacional, totalizando 10 participantes. Esta informação foi devidamente incluída no item "Procedimentos".

PENDÊNCIA ATENDIDA

6.b)- No item "Desconforto e benefícios": informar os riscos de forma mais clara;

RESPOSTA: Informação devidamente alterada da seguinte forma: "Em relação aos riscos, avalia-se que a pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, podendo existir um desconforto em se submeter ao estudo, devido a um possível constrangimento em participar das videoconferências."

PENDÊNCIA ATENDIDA

6.c)- No item "Sigilo e privacidade", lê-se: "Para pesquisas conduzidas no exterior ou com

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

cooperação estrangeira, ficam assegurados os compromissos e as vantagens, para os participantes das pesquisas e para o Brasil, decorrentes da realização desta pesquisa, cujos resultados ficarão de posse da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista.”. Solicitamos adequação: esta frase deve ser retirada, pois pela descrição do projeto, o estudo não será conduzido no exterior.

RESPOSTA: A frase foi retirada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

6.d)- informar os direitos do participante em caso de danos (exemplo: “Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal decorrente da pesquisa, o Sr. será assistido pelo pesquisador e terá direito a indenização determinada por lei”).

RESPOSTA: Informação devidamente acrescentada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

6.e)- ao disponibilizar os dados do pesquisador para possíveis contatos, inserir também, os dados de Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus, já que é a pesquisadora responsável pelo projeto.

RESPOSTA: Informação acrescentada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

6.f)- ao disponibilizar os dados dos pesquisadores para possíveis contatos, fornecer também, o endereço.

RESPOSTA: Informação acrescentada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

6.g)- ATENÇÃO: o endereço e o horário de atendimento do CEP/UNIFESP mudaram: Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, São Paulo/SP - CEP: 04023-900. Horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9 às 12hs. Telefone e e-mail continuam os mesmos: E-mail: cep@unifesp.br. Telefones: (11) -5571-1062; (11)-5539-7162).

RESPOSTA: Informação devidamente alterada.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1452269.pdf	09/12/2019 12:48:39		Aceito
Outros	cartaresposta_parecer_erikamarinheiro.docx	09/12/2019 12:46:22	LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2234177.pdf	09/12/2019 12:39:45	LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLereformulado.pdf	09/12/2019 12:35:19	LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoformulado_plataformabrasil_erikamarinheiro.pdf	09/12/2019 12:34:54	LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS	Aceito
Outros	formularioCEP.pdf	24/10/2019 21:48:02	LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/10/2019 21:41:49	LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 3.802.053

SAO PAULO, 16 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br

ANEXO C - "Roda Avaliativa: indicadores de cogestão"

RODA AVALIATIVA: indicadores de cogestão

O presente instrumento foi elaborado como produto técnico de uma pesquisa de mestrado¹ (PEREIRA, 2021) que construiu *indicadores de cogestão*, a partir da contribuição de 2 Painéis de Especialistas, compostos por membros do Comitê Gestor do **Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**.

Foram elaborados 9 indicadores de cogestão, em formato de perguntas, a serem respondidas com 'sim' ou 'não'. Tais indicadores pretendem, mais do que quantificar ou determinar as ações a serem tomadas pelo grupo e seus participantes, possibilitar *questionamentos reflexivos*, para que o grupo e seus participantes possam olhar para si, num espaço de autoavaliação e também de escolha e orientação em relação aos caminhos que desejam seguir. Não se trata, portanto, de quantificar as estratégias de cogestão, mas sim de problematizá-las dentro do próprio grupo.

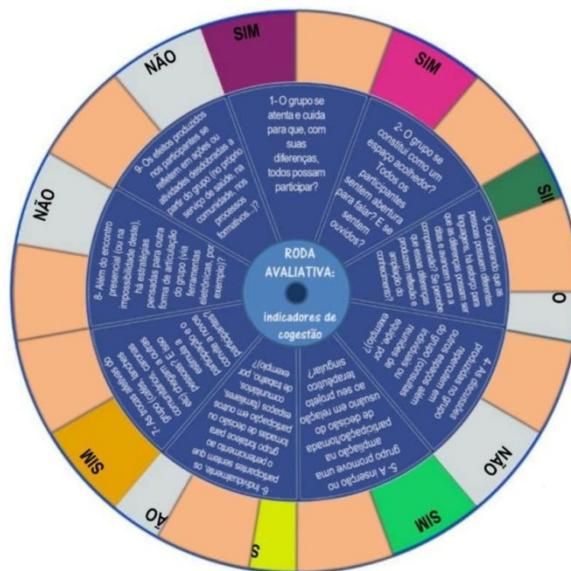
O instrumento "Roda Avaliativa: indicadores de cogestão" foi pensado e elaborado para facilitar e promover a utilização dos indicadores dentro dos espaços grupais. O instrumento se concretiza num objeto circular, uma roda, que se estrutura a partir de um eixo central, mas que ganha diferentes cores e movimentos a depender das respostas dadas pelos grupos nos processos de autoavaliação.

No círculo menor e superior, encontram-se 9 partes iguais; cada parte contém um indicador de cogestão. No círculo maior e inferior, encontra-se uma cartela de cores intercaladas. Para cada parte do círculo superior, correspondem 2 partes do círculo inferior: uma parte de cor viva (resposta 'SIM'), outra parte de cor neutra (resposta 'NÃO'). Os dois círculos se conectam pelo eixo central. Entre eles, também conectadas pelo mesmo eixo, 9 pequenas peças individuais que deverão cobrir a resposta não correspondente e deixarão em exposição a resposta dada a cada indicador.

1- PEREIRA, E. M. Inventando contramolas e rodas que r-existem: construindo indicadores numa pesquisa cogestiva com o Observatório Internacional de Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Dissertação de mestrado - Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista. Santos, 2021.

Assim, quanto mais respostas 'SIM' mais cores se evidenciarão na roda. No entanto, cabe ressaltar que as respostas 'NÃO' também podem compor as experiências dos grupos. Ou até mesmo respostas intermediárias, entre o 'SIM' e o 'NÃO'. Pois, consideramos que as experiências grupais e, conseqüentemente, suas avaliações, são processos em contínuo movimento.

Entendemos que o maior número de respostas 'SIM' evidencia maior garantia de realização de práticas cogestivas, por isso o instrumento ganha cores mais vivas e mais variadas. Porém, reforçamos que os indicadores apresentam-se menos como ideais a serem alcançados e mais como problematizações e questões a serem refletidas. Tais indicadores, como a roda, possuem um eixo central - a cogestão - mas se movimentam, não estão estanques. De tal forma que o grupo e seus participantes possam, de tempos em tempos, olhar para si, olhar para o que os circunda, e fazer a roda girar.



"Roda Avaliativa: indicadores de cogestão"¹ (PEREIRA, 2021)

INSTRUÇÕES PARA MONTAGEM DA 'RODA AVALIATIVA':

- 1 - Imprima as páginas (tamanho A4), de preferência, em impressão colorida e papel de gramatura mais grossa (entre 180g/m² e 250g/m²).
- 2- Recorte os dois círculos e as peças individuais.
- 3- Com o auxílio de um estilete ou um perfurador de papel, faça os furos nos centros dos dois círculos e das pontas das peças individuais.
- 4- Para juntar as peças, sugerimos uma 'bailarina de pasta' (vendida em papelarias). A ordem das peças deve ser: o círculo maior por baixo; por cima deste, todas as peças individuais; e, por último, o círculo menor com os indicadores.
- 5- A Roda Avaliativa está pronta para girar. Boas reflexões e boas construções cogestivas!

