

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do
dispositivo GAM em um CAPS fluminense**

Júlia Florêncio Carvalho Ramos

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

NITERÓI

2012

Júlia Florêncio Carvalho Ramos

A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense

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

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Passos

Niterói – RJ
2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

R175 Ramos, Júlia Florêncio Carvalho.

A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense / Júlia Florêncio Carvalho Ramos. – 2012.

119 f.

Orientador: Eduardo Passos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.

Bibliografia: f. 105-111.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Passos – Orientador
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Cláudia Abbês
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Emerson Merhy
Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Ao João Resende, companheiro de estudos. Pelas risadas, bolos, jambos, Foucaults e por me ensinar a agradecer. Amigo que me mostrou quando eu não podia ver. Agradecida!

Ao João Gilberto, JG. Meu pai, meu amigo, professor impiedoso. Ensinou-me a questionar e a suportar ser questionada. Àquela que embarca e me incentiva nos meus sonhos, minha mãe. Soube cuidar e me deixar seguir meus passos.

Está ao meu lado em todos os altos e baixos da vida e esteve presente durante a escrita dessa dissertação. Vibrou e sofreu com cada capítulo. Agradeço ao meu amor, companheiro, amigo, Thiago Giannini.

Aos companheiros de pesquisa GAM UFF e pesquisa memória: Edu, André, Christian, Lê, Paulinha, Jorge, Sandro, Bia, Lorena, Mateus, Rebeca, Carlos, Fernanda Guia (mas não dirige!), Fernanda Ratto, Preu, Zé Guilherme, Luiza e demais parceiros que frequentaram esse grupo ao longo desses anos. A esse coletivo incrível e potente pelos debates, ideias e risadas! Por me ensinarem a valorizar a experiência e pela experiência de produzirmos conhecimento juntos.

Aos companheiros GAM por essa oportunidade de pesquisa e pelo enriquecimento da minha pesquisa com seus sotaques, experiências e leituras distintas. Em especial à Helena, Leonor, Isaura, Maria José, Marli, Vera, Onedina e Adriana, por toparem participar dessa experiência conosco!

Aos companheiros Humaniza! Cláudia Abbes, Mudja, Vê, Lê, Guilherme, Valéria, Renata, Tati, Raposo, Miriam e Jana, com vocês me tornei uma trabalhadora da saúde e defensora da vida.

Ao coletivo de trabalhadores de saúde de Itaboraí. Entraram recentemente na minha história e me mostraram a concretude dos desafios envolvidos com a construção do SUS como política pública de saúde. Agradeço a paciência com minhas dúvidas e a disponibilidade para os debates.

Ao Moncrafa, Teia, Quaker, Pérris, Masselamess e seus múltiplos nomes! Pelas perguntas que eu não entendia e teimosia nos debates. Ao meu irmão pela sua generosidade em me fazer múltipla também.

Às amigas Nae, Mari e Juliana. Pelos anos inesquecíveis naquele apê nº 305. À Maricota pela amizade compreensiva, à Juliana por seu riso fácil e disponibilidade em ajudar. À Nae Pareidi Sam, a amiga mais maluca que já tive, por me ensinar a me entregar pra vida.

Às também amigas Verônica, Luana, Juliana e Letícia. Por nossas agendas felizes! À Ju por sempre “ter uma questão”, à Lu pela sua alegria e à Vê pela sua leveza. À Letícia, por tantas razões que é difícil sintetizar! Agradeço à Lelê, por estar comigo rindo mesmo quando a gente descobria que “Avidya é Duka!”.

Ao Edu, que antes de ser orientador, já cuidava da gente. Ao André, por compartilhar suas histórias, leituras e gargalhadas. Ao André-Edu – porque juntos são outra entidade que merece agradecimento à parte – por ensinar a distinguir sem separar.

Ao grupo de orientação, agradeço a leitura atenta e cuidadosa desse trabalho.

A minha família, demais amigos, bichos de estimação, pessoas que conheci. Àqueles de quem lembrei e àqueles de quem esqueci. Estão todos aqui.

RESUMO

O problema que motivou a escrita desse trabalho relaciona-se à discussão do conceito de autonomia no âmbito das políticas de saúde no Brasil. Interessou-nos problematizar o conceito em uma perspectiva que contribua para as práticas de produção de saúde que colaboram para a construção do SUS como política pública de saúde brasileira. Especificamente, buscamos realizar tal discussão a partir das contribuições advindas da realização do dispositivo Gestão Autônoma da Medicação (GAM), em um Centro de Atenção Psicossocial fluminense. A estratégia da Gestão Autônoma da Medicação teve início nos movimentos sociais canadenses e faz uso de um instrumento, chamado Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos Psiquiátricos. No Brasil, esta estratégia vem sendo discutida por um coletivo de pesquisa multicêntrico, envolvendo UFF, UFRJ, UNICAMP e UFRGS, o qual vem se dedicando no presente ano a validar a versão brasileira do Guia construída no ano anterior. A validação deste instrumento junto aos familiares de um CAPS constituiu o campo de análise a partir do qual empreendemos este trabalho. Inicialmente, a discussão foi realizada a partir de um levantamento bibliográfico acerca do conceito em sua relação com o sistema de saúde. Analisamos alguns dos sentidos relacionados à autonomia no âmbito da organização do SUS, na relação dos movimentos sociais com o Estado e em algumas políticas de saúde. No levantamento realizado, destacaram-se duas concepções acerca do conceito. Uma segundo a qual a autonomia está vinculada a valores tais como livre-arbítrio, independência, autossuficiência do sujeito e outra na qual a autonomia diz respeito aos princípios de aumento das dependências, formação de rede e cogestão do coletivo. Posteriormente, com auxílio do trabalho dos autores do campo da Biologia do Conhecimento, aprofundamos a concepção segundo a qual a autonomia é relativa ao processo de produção de sujeito e mundo, não sendo, portanto, atributo de um indivíduo, mas de um coletivo. Por fim, selecionamos alguns dos movimentos experimentados no/pelo grupo de intervenção GAM com os familiares para entendermos a relação entre o aumento de autonomia e o exercício dos direitos humanos.

Palavras-Chave: Autonomia, SUS, Experiência e Direitos Humanos

ABSTRACT

The problem which led the writing of this work is related to the discussion of autonomy's concept in the context of health politics in Brazil. We were interested in questioning this concept in intent of contribute to the practices of health's production that contribute to the construction of SUS as public politic of health in Brazil. Specifically, we made a discussion from the contributions of the Gaining Autonomy and Medication (GAM) device, performed in a Psychosocial Care Center (CAPS) in Rio de Janeiro. The strategy of the the Gaining Autonomy and Medication began in the Canadian social movements and uses an instrument called Autonomy and Medication Guide. In Brazil, this strategy has been discussed by a collective, involving UFF, UFRJ, UFRGS and UNICAMP, which in this year is dedicated to validate the Brazilian version of the Autonomy and Medication Guide built in the previous year. The validation of this Guide in a intervention group with relatives in the CAPS was the field analised in this work. Initially, we made a literature review about the autonomy concept in its relation to the health system. We analyze some of the meanings related to autonomy within the organization of the SUS and the relationship of social movements with the state and some health politics. In the review, we emphasized two current conceptions of this concept. In the first one, autonomy is linked to values such as free will, independence and self-sufficiency. In the second one, autonomy regards to the principles of increasing dependencies, network formation and co-management. Later, with the authors of the biology of the cognition, we deepened the view about the autonomy as a co-production of the subject and the world, related to a collective. Finally, we selected some of the movements experienced in / with the GAM intervention group with relatives to understand the relationship between increased autonomy and exercise of human rights.

Key-Words: Autonomy, Public Health System, Experience and Human Rights

SUMÁRIO

Introdução: Experimentando o sentido de autonomia no SUS.....	1
Uma experiência no campo da saúde mental: a aposta GAM.....	10
A validação do Guia GAM-BR.....	12
A validação do Guia GAM com o Grupo de Intervenção com os Familiares.....	15
Capítulo 1 – A autonomia como um problema.....	18
1.1 – Uma breve história do conceito de autonomia.....	20
1.2 – Autonomia e o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS)	23
1.2.1 – Autonomia e Gestão do SUS.....	23
1.2.2 – Produção de autonomia, políticas públicas e movimentos coletivos.....	26
1.2.3 – Autonomia nas práticas de cuidado: reflexões sobre a noção de empowerment e sobre as práticas no campo da saúde mental.	33
1.2.3.1 O movimento da Promoção da Saúde e a noção de empowerment.....	33
1.2.3.2 Autonomia e Saúde Mental.....	40
Capítulo 2 – Coemergência e competência ética: a ampliação da autonomia como emergência de um coletivo.....	48
2.1 – Uma contribuição da biologia do conhecimento para pensarmos o sentido de autonomia no campo da saúde pública: a noção de coemergência.....	49
2.2 – Um si vazio de si: a autonomia do coletivo e a competência ética.....	59
2.3 - Autonomia como expressão de um coletivo	62
Capítulo 3: O sentido de autonomia na experiência de realização do dispositivo GAM..	71
3.1 – A aposta GAM e os Direitos dos Usuários.....	72
3.2 – Grupo GAM com Familiares em São Pedro d’Aldeia – RJ	76
3.3 – O dispositivo GAM como aposta na rede e facilitador do nascimento do sujeito de direitos.....	81
3.4 – O Dispositivo GAM e a Experiência de Coletivização de Pontos de Vista.....	93
Considerações Finais.....	101
Referências Bibliográficas.....	105

Introdução: Experimentando o sentido de autonomia no SUS...

Interessei-me pelas discussões sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), durante a graduação em Psicologia na Universidade Federal Fluminense. Na ocasião, tive a oportunidade de participar de um estágio em Psicologia Social-Institucional que tinha como proposta trabalhar a discussão de alguns dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) (MS, 2004) no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e, posteriormente, em um Pré-Hospitalar Fixo situado no município de Niterói. Começava aí a minha trajetória de interesse pela discussão da saúde pública no Brasil, a qual se mantém viva ainda nos dias de hoje.

O interesse pelas discussões acerca do SUS me conduziu ao problema deste trabalho. Nosso objetivo ao longo das discussões propostas nessa dissertação foi investigar o tema da autonomia em sua relação com o Sistema Único de Saúde Brasileiro. Além do levantamento bibliográfico realizado, interessou-nos discutir alguns sentidos relacionados à autonomia a partir da experiência de participação de um dispositivo realizado em um CAPS fluminense. Este dispositivo foi realizado como parte do trabalho de uma pesquisa multicêntrica – a qual me vinculo como pesquisadora pela Universidade Federal Fluminense – que vem se dedicando às discussões acerca da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). A discussão da GAM e seu dispositivo de intervenção serão apresentados mais adiante.

A necessidade de problematizar a noção de autonomia no SUS foi se constituindo em minha trajetória a partir de diferentes experiências relacionadas à saúde pública brasileira. Em diferentes situações observei a utilização do conceito de autonomia de maneiras muito distintas. As experiências como estagiária e com a discussão da PNH me ensinaram que a promoção de autonomia dos trabalhadores do SUS se relacionava ao aumento das possibilidades de pactuação coletiva do trabalho em saúde. Pactuação esta que se faz necessária entre os trabalhadores, entre os diversos níveis de gestão, entre as distintas categorias profissionais e de especialidades, entre os serviços de saúde e a população. Na época, fui entendendo que o trabalho em saúde envolve obrigatoriamente a participação de muitos trabalhadores e também dos usuários. Assim, a compreensão de que aumentar a autonomia é sinônimo de incrementar as possibilidades de agir por si próprio, isoladamente, não apenas se mostrava insuficiente, como também parecia perniciosa à produção de saúde. Como estagiária, conheci muitos trabalhadores adoecidos pelo esforço solitário de cuidar em

meio a uma série de atravessamentos institucionais que fragmentavam o processo de trabalho. A fragmentação do cuidado produzia adoecimento tanto para trabalhadores, quanto para usuários. A autonomia, fui aprendendo então, não aumentava agindo sozinho, mas sim agindo com o coletivo.

Ao sair da graduação, contudo, comecei a me deparar com situações nas quais, como trabalhadora, estudante ou usuária do SUS, notei a utilização do conceito de autonomia de maneiras distintas. Porém, apesar de seu emprego de formas distintas, em todos os contextos no qual era evocado, o conceito era utilizado como se fosse evidente em si. A percepção destes diferentes usos do conceito e o estranhamento em relação a sua suposta evidência me motivaram a querer problematizá-lo em sua relação com o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Apesar de percebemos uma polivocidade presente no sentido de autonomia no SUS, enfatizamos que não é pretensão deste trabalho apresentar ou circunscrever um determinado sentido que seja mais adequado ou afeito ao texto da Constituição de 1988 ou a outro referencial teórico. Não obstante a isso, esse trabalho investe em uma determinada diretriz, que é a de apostar na construção do SUS como política pública de saúde brasileira. É no intento de contribuir para as discussões do SUS e do seu fortalecimento como política pública que nos interrogamos acerca do sentido de autonomia.

Apresentaremos, abaixo, algumas memórias que buscam narrar esse estranhamento em relação ao modo através do qual o conceito de autonomia aparecia e que foi, aos poucos, compondo um problema que me instigava pesquisar. A escolha por esse modo de narrar, utilizando memórias, tem como propósito menos representar uma experiência tal e qual esta se passou, descrevendo para o leitor um sentido que se encontra pronto previamente e mais compartilhar/provocar um estranhamento em relação ao tema. Convidamos o leitor a experimentar este estranhamento em relação ao sentido, tão frequentemente naturalizado, de autonomia no âmbito das discussões travadas no SUS.

Memória 1 – Autonomia e a Gestão Pública da Saúde

Um trabalho de apoio institucional foi contratado com um grupo de profissionais tendo em vista o propósito de fomentar processos de humanização em unidades de saúde. Tais

unidades eram hospitais gerais pertencentes à rede própria da administração estatal na qual esse trabalho se realizou e eram consideradas prioridades de gestão do governo de então. Esse grupo de apoiadores compunha a equipe de Coordenação de Humanização no Estado e tinha como tarefa acompanhar o processo de “implantação”¹ de dispositivos da Política Nacional de Humanização. Em tal administração, a coordenação de humanização não pertencia a nenhuma das subsecretarias do Estado, era uma atribuição da chefia de gabinete, ou seja, institucionalmente ela não constava entre as subsecretarias estatais. Porém, a coordenação era exercida por uma pessoa que havia sido contratada para esta função, mas que nunca chegou a ser nomeada como tal. Assim, na prática, a coordenação dessa equipe era exercida por duas pessoas.

O acordo tácito entre as duas coordenadoras era o de que à coordenadora de direito (a chefe do gabinete do secretário de então) cabia convocar reuniões com subsecretarias e pautar assuntos referentes ao trabalho dessa equipe com o próprio secretário de saúde. À coordenadora de fato era dito que ela tinha autonomia para gerir o processo disparado nos hospitais do modo que achasse conveniente, pois essa seria a “verdadeira” coordenação. Em sete meses, foram iniciados vários trabalhos atendendo a demandas vindas de diferentes lugares: discussão sobre ambiência², co-gestão³ e acolhimento com classificação de risco⁴ em 4 hospitais gerais; reunião com os “gerentes de acolhimento”⁵ dos hospitais gerais; treinamento de enfermeiros e técnicos de enfermagem em classificação de risco, focando em especial os sintomas da dengue; reuniões para discussão de acolhimento em diferentes Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs⁶); formulação de cartilha de direito dos usuários;

¹ Implantação está escrito entre aspas para indicar que esse era o termo adotado por essa equipe para designar o trabalho com os dispositivos da PNH e também um termo que observamos ser frequentemente utilizado entre os gestores dessa Secretaria.

² O debate da ambiência, de acordo com a PNH (Brasil, 2004), é uma reflexão acerca do processo de trabalho a partir de uma discussão sobre o espaço físico no qual o trabalho se realiza.

³ Na PNH, a cogestão é uma diretriz que orienta a administração dos processos de trabalho em saúde a partir da qual se “inclui o pensar e o fazer coletivo” (Brasil, 2004)

⁴ O Acolhimento é descrito nos documentos da PNH como um posicionamento ético de “estar com” que envolve a formação de vínculo e resolutividade e deve perpassar todas as ações em saúde, não se restringindo a um momento inicial da assistência na porta de entrada do sistema. A classificação de um risco é uma ferramenta de organização da porta de entrada segundo graus de risco e vulnerabilidade a qual preconiza o que o atendimento deve se orientar pelo princípio da equidade (quem está em maior risco e/ou sofrimento é atendido primeiro) e não da ordem de chegada (Brasil, 2009).

⁵ Nas unidades nas quais estes trabalhos vinculados à PNH estavam se realizando, um trabalhador havia sido nomeado “gerente de acolhimento”, recebendo inclusive uma bonificação salarial para o desempenho dessa atividade.

⁶ As Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) são parte da rede de atenção às urgências e emergências e, em parceria com o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), respondem pelas urgências de média complexidade no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011). Criadas inicialmente pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro (gestão de 2007 a 2010) com o propósito de diminuir as filas nas portas de entradas dos Hospitais, hoje é um projeto adotado do governo federal. As UPAs ficam abertas diariamente, durante as 24 horas do dia.

discussão sobre Acolhimento com bombeiros recém-chegados às UPAs; reuniões com coordenação do projeto Doutores da Alegria⁷, entre outros.

Grande parte dessas ações era iniciada atendendo às urgências da administração estatal, de modo que mal uma ação era iniciada, em função de alguma urgência trazida ao grupo pela coordenação de direito, se fazia necessário deixar de lado o que estava sendo feito para iniciar outra ação. Do ponto de vista da coordenadora de fato e da equipe, o trabalho considerado prioritário era o realizado com base nos dispositivos da PNH dentro das Unidades Hospitalares. Porém, esse trabalho não só era interrompido sucessivamente, como tinha pouca visibilidade aos olhos da coordenação de direito e dos demais subsecretários com os quais se tentava pactuar ações conjuntas. Soma-se a isso a fragmentação dos projetos desenvolvidos dentro da secretaria, bem como a constante substituição dos projetos por outros. Por exemplo, em um hospital vínhamos tentando repensar o processo de trabalho junto à equipe de modo a pactuar o encaminhamento dos usuários com demandas de ortopedia para a UPA mais próxima – uma vez que no mês anterior a Superintendência da Rede Própria havia decidido que muitos Hospitais do Estado não teriam mais ortopedistas, pois todos seriam remanejados para as UPAs. Este mesmo Hospital, pouco tempo depois, foi escolhido para ser referência em ortopedia e para receber os ortopedistas que estavam pedindo para sair das UPAs – a partir de então (ano de 2008) as UPAs deixariam de ter ortopedistas. A gerência do hospital e os trabalhadores foram apenas informados dessa notícia e não tinham clareza quanto aos critérios para tal escolha. Outro exemplo que pode ser dado é relativo às discussões iniciadas nas UPAs sobre o Acolhimento e a Classificação de Risco (CR). A ambiência da UPA foi toda planejada de modo que ela pudesse facilitar a CR, mas como não havia equipe da UPA antes dela ser construída, era necessário discutir e pactuar com a equipe contratada para trabalhar lá qual seria o processo de trabalho, o funcionamento da porta de entrada e de saída. Porém, no curto período durante o qual esse trabalho foi realizado (cerca de 8 meses), a equipe da maior parte das UPAs mudou quase por completo 3 vezes: o primeiro grupo de trabalhadores era cooperativado, esse grupo foi substituído por bombeiros e, em seguida, com a desistência dos bombeiros (especialmente os médicos), foram alocados novos cooperativados.

Assim, embora a coordenação de fato da equipe de humanização tivesse “autonomia” para seguir adiante com os seus projetos – e tal era a mensagem transmitida à sua equipe –, na prática tudo que era planejado ou era deixado de lado para resolver alguma urgência, ou necessitava ser reformulado de acordo com as novas diretrizes de trabalho instituídas pelas subsecretarias estatais. Nessa cena, vários questionamentos poderiam ser feitos, porém, alguns nos interessam mais: É possível ampliar a autonomia de uma equipe sem intervir nesse cenário de fragmentação do trabalho e de gestão verticalizada tanto dentro das unidades, quanto na própria secretaria de saúde? Qual o sentido de autonomia conferido ao trabalho realizado por esse grupo?

⁷ Trata-se de uma Organização Não-Governamental que tem como propósito “levar alegria para crianças hospitalizadas, seus pais e profissionais de saúde, através da arte do palhaço” (Disponível em http://www.doutoresdaalegria.org.br/internas.asp?secao=osdoutores_quem, acessado em 21/07/2011)

Memória 2 – Autonomia, formação em saúde e experiência

Em um curso de especialização em uma instituição de ensino tradicionalmente vinculada à Saúde Pública brasileira havia um grande descontentamento da turma em relação ao modo como o curso estava sendo conduzido. A proposta desse curso específico era de ser um curso que pudesse ser construído com a participação dos alunos. Por esse motivo, o curso era planejado de modo que ao fim de cada módulo (o curso era composto por três módulos) houvesse uma plenária reunindo todos os alunos, tutores e coordenadores do curso para que aquilo que foi aprendido pudesse ser apresentado e para que juntos pudessem discutir o andamento do próprio curso. Além disso, a maior parte das aulas acontecia a partir de situações-problema que ou eram construídas pelos próprios alunos ou escolhidas por eles dentre as opções ofertadas pelas tutoras. Outra metodologia formulada com o propósito de tornar a participação dos alunos mais efetiva era utilizada na avaliação dos alunos: ao fim de cada módulo os alunos discutiam individualmente com as tutoras do curso sobre as competências adquiridas e as dificuldades que restavam e então os alunos sugeriam quais deviam ser as suas notas em cada um dos itens avaliados, posteriormente as tutoras discutiam em separado e decidiam a nota do aluno.

Porém, apesar desse planejamento com vistas à inclusão ativa dos alunos no processo ensino-aprendizagem, estes se queixavam entre si da dificuldade de participar da construção do curso, bem como de dificuldade de diálogo com as próprias tutoras no decorrer das discussões das situações problemas. As queixas se aglutinavam basicamente em torno de três questões: 1) Em função de todo o esforço de planejamento que havia sido feito para a realização do curso – o que foi ressaltado durante todo o curso pela coordenação e tutoria – os alunos relatavam sentir que era difícil questionar a metodologia proposta; 2) Muitos alunos eram trabalhadores da saúde que participavam de intervenções na área do entorno, local onde diversas pesquisas e projetos dessa instituição se realizavam. Durante as discussões em sala de aula, os alunos, ao apresentarem críticas aos trabalhos fomentados pela instituição em questão, ou se sentiam repreendidos, ou como se a experiência deles com relação aos projetos que questionavam fosse invalidada pelas tutoras – eles acreditavam que elas se colocavam em posição de defender a instituição; 3) Temor de serem repreendidos e prejudicados durante a avaliação individual caso decidissem conversar sobre o curso, seu funcionamento, suas impressões, com a coordenação e a tutoria.

O desconforto e descontentamento dos alunos em relação a esses problemas era tal que chegou a haver um debate entre eles sobre o que deveriam fazer em relação a tal situação. Alguns acreditavam que era preciso tentar pautar tais discussões em plenária, a maioria, porém acreditava que se o fizessem, haveria perseguição e que o melhor a fazer era silenciar até a última plenária – quando todas as avaliações já teriam sido feitas e eles não teriam mais nada a perder. Em uma plenária, ao serem perguntados sobre o que estavam achando do curso e sobre que avaliação eles faziam do processo até aquele momento, não houve aluno que se dispusesse a responder. Diante do silêncio no auditório, foi dito por uma tutora: “Como

é que é pessoal? Vocês já não estão empoderados?!” Alguns alunos se pronunciaram, todos fizeram elogios ao curso e à metodologia de ensino.

O *empowerment* era uma das categorias conceituais caras à abordagem teórica ensinada no curso e o uso de metodologias participativas estava claramente ligado ao que se pretendia ensinar. Poderíamos dizer que a proposta de formação, em linhas gerais, visava ao empoderamento dos alunos para que eles, como trabalhadores da saúde, contribuíssem para o empoderamento das comunidades onde trabalham. O que nos chama a atenção, nessa cena, é o fato de que embora dispositivos e estratégias tenham sido pensados com o claro propósito de empoderar os alunos, o que, nessa perspectiva teórica, significa dizer torná-los mais autônomos, o que se produzia durante as aulas e, principalmente, durante as plenárias, era o silenciamento dos alunos. O silêncio manifestado pelos alunos na plenária era uma fala sobre a experiência deles com o curso. A provocação da tutora “Vocês já não estão empoderados?!” gera silenciamento, pois impede que os alunos falem das suas experiências. Outros questionamentos surgem aqui: Qual a relação entre autonomia e experiência? Que condições podem favorecer ao surgimento de sujeitos mais autônomos? Que abordagens participativas podem ser mais ou menos favoráveis ao surgimento da autonomia?

Memória 3 – Autonomia e o Cuidado em Saúde

Uma equipe de saúde da família acompanhava uma família muito religiosa em uma região pobre no interior do Estado do Rio de Janeiro. Moravam juntas a mãe, o pai e uma filha. A filha, de 17 anos de idade engravidou de um rapaz que morava na vizinhança. A equipe acompanhou a gravidez e garantiu que ela fizesse todos os exames e fosse a todas as consultas necessárias. A criança nasceu com saúde, porém após o parto, ela voltou para casa sentindo dores na região abdominal. No fim do primeiro dia em casa, a puérpera tinha febre e sua mãe decidiu que deveria orar por ela. No segundo dia em casa, vizinhos e amigos insistiram em levar a moça ao hospital próximo, mas ela se recusava a ir, pois acreditava que Deus a curaria, que ficaria tudo bem. Sua mãe insistia que não era necessário levá-la ao médico, preparou chás e rezou. Ao fim do terceiro dia em casa, a puérpera já estava muito doente e após muita insistência dos vizinhos e amigos, sua família a levou ao Pronto-Socorro. A moça faleceu nesse mesmo dia.

A agente comunitária de saúde responsável pelo cuidado daquela família ficou sabendo do ocorrido. Ao ser questionada sobre o assunto, sobre o que ela pensava e sobre o que poderia ser feito, lamentou o fato, mas disse que nada poderia ser feito, pois a família tinha “autonomia” para tomar as suas próprias decisões. Completou a sentença afirmando que esse era o preço pago pela ignorância.

Nessa concepção a “autonomia” do paciente aparece como um limite à “autonomia” do profissional na realização do seu trabalho. Novamente pergunta-se: A autonomia é uma propriedade individual? Que sentidos podem ser conferidos ao conceito de autonomia de

modo tal que ela surja como fruto de um compartilhamento de experiências entre trabalhador de saúde e usuário, produzindo desvios na trajetória de ambos?

As memórias 1, 2 e 3 acima apresentadas são relatos de experiências pessoais, contadas a partir de memórias de distintas experiências relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro que tem em comum o tema da autonomia. Em diferentes contextos de relação com a saúde pública brasileira (tanto gestão, quanto formação e atenção, como ilustram as memórias descritas) questionamentos sobre o sentido do conceito de autonomia se fizeram presentes.

Estas memórias descrevem um modo de fazer emergir o conceito de autonomia que o põe em relação com noções de independência e autossuficiência, restringindo-o a uma dimensão privada da experiência. Trata-se da autonomia como um atributo individual, vinculada à noção de um eu constituído e separado do mundo. Não negamos a possibilidade de experimentar a autonomia nesse âmbito. Porém, iremos demonstrar ao longo desse trabalho quais são os efeitos de tal circunscrição para a produção de saúde. Não retornaremos à discussão destas memórias no decorrer deste trabalho, pois, dialogando com o campo da saúde, apresentaremos a experiência de realização do dispositivo GAM, a qual nos permitiu acessar alguns sentidos que nos parecem mais interessantes à produção de saúde. Entretanto, os questionamentos e o estranhamento relativos às experiências apresentadas servem como um pano de fundo em relação ao qual este trabalho foi desenvolvido.

À medida que tal temática envolvendo o SUS e a autonomia foi se tornando uma problemática que me despertava o interesse investigar, fui percebendo também a importância que o tema já assumia no campo da saúde. Acompanhando os princípios estabelecidos no SUS, a noção de autonomia atualmente se encontra presente⁸ em uma série de políticas de saúde e é fundamental às discussões em Saúde Mental a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica (Oliveira e Passos, 2007). Dentre essas políticas, podemos destacar a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Promoção da Saúde, pois são aquelas com as quais tivemos maior contato.

⁸ Como exemplo desta afirmação, podem ser mencionados a Política Nacional de Humanização (MS, 2003), a Política Nacional de Promoção da Saúde (MS, 2006), o Projeto Vidas Paralelas (MS, 2010), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002).

Não obstante ao fato de ser um conceito utilizado com relativa frequência, não há uma univocidade acerca do seu significado. Veremos no capítulo 1, que a noção de autonomia surge como um conceito no século XVIII, vinculada aos ideais da Revolução Burguesa e ao racionalismo da filosofia kantiana. Ao longo dos anos, o conceito foi assumindo nuances distintas e variando em sentido. Atualmente, no Brasil, podemos observar sua utilização em diferentes contextos relacionados ao campo da saúde (como ilustram as memórias acima), mas também na área da educação e da assistência social, entre outras (Pezzi, 2010).

Em relação ao campo da saúde, discutimos algumas noções de autonomia relacionadas principalmente à gestão do SUS e à produção de movimentos sociais. Procuramos evidenciar a dispersão no modo através do qual o conceito de autonomia é tomado na relação entre os níveis de gestão do SUS, enfocando principalmente os princípios de regionalização e descentralização do sistema. Tal dispersão, associada ao entendimento mais frequente de autonomia como independência, favorece tanto a produção de movimentos em prol da construção do SUS como uma política pública, mas também permite a instauração de movimentos neoliberais na saúde e a adesão a modelos de saúde degradados.

Ainda no capítulo 1, discutimos a relação entre autonomia e tutela, problematizando a relação entre os movimentos sociais e o Estado. Discutimos o momento político no qual se deu a Reforma Sanitária Brasileira, relacionado ao enfrentamento da ditadura instaurada após o golpe de 1964, e as modulações ocorridas no modo como o conceito de autonomia foi entendido após a Constituição de 1988. Nesse contexto, no qual se tornou importante ocupar o Estado para, por dentro dele, disparar processos de autonomização, o sentido de autonomia sofreu modulações estando cada vez menos vinculado à autogestão e mais à ideia de cogestão.

No campo da saúde mental, utilizamos o trabalho de Leal (2001) para problematizar as concepções acerca da relação entre sujeito e mundo implícitas nos discursos que relacionam autonomia e loucura. Ressaltamos a força que a ideia de independência do sujeito em relação ao mundo assume no campo. Destacamos uma das abordagens analisadas pela autora, na qual sujeito e mundo mantêm relação de codependência e utilizamos o trabalho de Kinoshita (2010) para afirmar a ampliação da autonomia como aumento das redes de dependência.

A proposta do capítulo 1 foi, então, empreender um mapeamento dos diferentes âmbitos e debates que atravessam a discussão acerca da utilização do conceito de autonomia no SUS. Nesse percurso, consideramos importante a relação entre autonomia e criação de redes de dependência. Assim, no segundo capítulo, a partir do trabalho dos autores da

biologia do conhecimento, Maturana e Varela, ampliamos a compreensão acerca do que significa ampliar tais redes de dependência discutindo o conceito de coemergência e enação. Com a contribuição de tais autores afirmamos que o sentido de autonomia com o qual nos afinamos para pensarmos políticas públicas de saúde relaciona a ampliação da autonomia a uma competência ética.

No terceiro capítulo, nos dedicamos a analisar o percurso de realização do dispositivo GAM com familiares de usuários de um CAPS, durante o período de maio a dezembro de 2011. À luz das discussões formuladas ao longo dos capítulos anteriores, acompanhamos quais sentidos estão relacionados à autonomia no campo da saúde pública a partir da experiência com a GAM. Apostamos que essa investigação contribuiu para aprofundar o conceito de autonomia e formular alguns sentidos interessantes para o mesmo, correlacionando-o aos temas da experiência e dos direitos dos usuários.

Desde o ano de 2009, vem sendo desenvolvida no Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense uma pesquisa chamada “Autonomia e Direitos Humanos na experiência de primeira pessoa de técnicos e usuários em serviços de saúde mental: a experiência da Gestão Autônoma de Medicação (GAM)”, sob a orientação do professor Eduardo Passos. A referida pesquisa tem como objetivo geral a investigação da experiência em primeira pessoa dos usuários, familiares, psiquiatras e residentes envolvidos no projeto GAM na cidade do Rio de Janeiro, enfocando o problema da autonomia e dos direitos humanos. A filiação a esse grupo de pesquisa surgiu como uma oportunidade para investigar a autonomia no campo da saúde em uma perspectiva que privilegia o estudo da experiência.

Uma experiência no campo da saúde mental: a aposta GAM

A Gestão Autônoma de Medicação é uma proposta na gestão do uso de psicotrópicos empreendida no Canadá, mais especificamente em Quebec, desde 1999, que emerge a partir da problematização realizada por movimentos sociais acerca do uso de psicofármacos. O foco são os seguintes questionamentos: (1) a falta de informação sobre os remédios prescritos; (2) os efeitos indesejáveis decorrentes do uso de medicação; (3) a persistência do sofrimento apesar do tratamento medicamentoso; (4) dificuldade em retornar ao mercado de trabalho e (5) o desejo dos usuários de viver sem os remédios (Rodriguez & Perron, 2008).

O projeto GAM foi formulado com apoio dos movimentos de pessoas que têm ou tiveram problemas de saúde mental, pelo conjunto de serviços alternativos em saúde mental do Quebec (RRASMQ) e pelo movimento de defesa dos direitos em saúde mental do Quebec (AGIDD-SMQ). Na ocasião de sua formulação, uma centena de serviços do RRASMQ comprometeu-se a apoiá-lo e, posteriormente, obteve reconhecimento em documento do Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Quebec. O propósito de tal dispositivo é evitar a interrupção não assistida e repentina da medicação, através da criação de espaços nos quais se possa falar sobre a medicação e refletir sobre seu uso com vistas ao alcance de uma qualidade de vida mais satisfatória (Rodriguez, Perron & Ouellette, 2008).

Ainda em 1999 foi criado no Quebec, com o apoio do AGIDD-SMQ, um projeto piloto para a implantação do GAM, englobando dez serviços alternativos. A partir desse projeto piloto foi realizada uma avaliação do GAM, que levou à criação de uma ferramenta denominada “Meu Guia Pessoal”, que é utilizada pelos usuários de serviços alternativos canadenses que desejam repensar o uso da medicação.

Em 2009, uma pesquisa multicêntrica envolvendo UNICAMP, UFF, UFRJ e UFRGS designada “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” foi realizada nos municípios de Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Novo Hamburgo (RS). Esta pesquisa, coordenada pela professora doutora Rosana Onocko Campos (UNICAMP), teve como objetivos (1) traduzir, adaptar e testar o Guia de canadense em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos referidos municípios e, (2) posteriormente avaliar o impacto desse instrumento na formação de profissionais de saúde mental. Nesse âmbito se inseria a pesquisa realizada no

Departamento de Psicologia da UFF, como um desdobramento para a investigação da experiência em primeira pessoa de usuários e técnicos em saúde mental.

A pesquisa desenvolvida pelo grupo da UFF realizou uma investigação sobre o tema dos direitos humanos e da autonomia em uma perspectiva que considera que a produção de sujeito e mundo é coetânea. Considera-se que sujeito e mundo não são instâncias dadas, tampouco separadas, são antes possibilidades existenciais que se coengendram, distinguindo-se, mas não se separando (Eirado e Passos, 2009). Tratar o tema da autonomia e dos direitos humanos nesse referencial implica em discuti-los em relação à dimensão da experiência a partir da qual sujeitos e mundos se produzem. Esta perspectiva, segundo a qual a discussão do tema dos direitos humanos e da autonomia se dá em relação à dimensão da experiência é central neste trabalho. Isto, pois, não nos interessa pensar o tema dos direitos em uma perspectiva abstrata, restrito ao plano legal. Tampouco nos interessa o tema da autonomia como uma característica de um sujeito que se supõe independente do mundo. Consideramos, concordando com o trabalho produzido por esse grupo de pesquisa, que é preciso pensar o acesso aos direitos e a ampliação da autonomia em sua relação com a experiência, ou seja, enquanto possibilidades existenciais.

O acesso a tal plano no qual a produção deste par – sujeito e mundo – acontece vem sendo chamado de acesso à experiência em primeira pessoa ou dissolução do ponto de vista do observador (Eirado e Passos, 2009). Esta experiência em primeira pessoa não se refere a um “eu” ou ao vivido de alguém, refere-se antes a uma dimensão prerrefletida e ontológica da experiência (Eirado *et al.*, 2010) a qual possibilita o surgimento de um “eu”. Tratar a experiência de tal modo permitiu investigar a questão da autonomia partindo da suposição de que esta não é uma condição inerente a um sujeito, mas sim a condição de possibilidade do surgimento de sujeitos e mundos. Nessa perspectiva, afirmaremos no segundo capítulo que o que há são formas de subjetivação, formas de sujeito-mundo, mais ou menos autônomas em relação a tal dimensão impessoal da experiência.

Durante o ano de 2011, o grupo de pesquisa da UFF vem desenvolvendo o projeto chamado “Autonomia e Direitos Humanos: validação do guia de Gestão Autônoma da Medicação” (apoio APQ1 FAPERJ) e em parceria com a UFRGS e UNICAMP promoveram a validação do Guia que foi construído na primeira fase da pesquisa multicêntrica, o Guia GAM-BR. No estado do Rio, sob a responsabilidade da UFF, a validação do Guia GAM-BR foi realizada através de grupos de intervenção GAM com usuários (GIU) e grupos de

intervenção com familiares (GIF). Ambos os dispositivos foram realizados em um CAPS II situado em São Pedro d’Aldeia, cidade na Região dos Lagos do Estado do Rio de Janeiro.

Os grupos de intervenção GAM são grupos que utilizam o GUIA GAM-BR para disparar processos de cogestão da medicação psiquiátrica utilizada pelos usuários da rede de saúde mental. Do grupo, participam lado a lado pesquisadores, trabalhadores e usuários ou familiares. Os grupos têm encontros semanais, com duração de cerca de duas horas e neles o Guia é utilizado como um disparador de trocas de conversa. A leitura do Guia é acompanhada de intervenções do moderador do grupo, as quais visam disparar processos cogestivos. Nesse sentido, o uso do Guia não é pensado individualmente, mas em grupos, pois a partir da experiência da cogestão no grupo, usuários, familiares e trabalhadores criam-se condições para o exercício da cogestão da medicação.

A validação do Guia GAM-BR

O Guia de Gestão Autônoma da Medicação brasileiro foi construído a partir da adaptação do instrumento canadense “Guia Crítico de Remédios da Alma” realizada pela pesquisa multicêntrica envolvendo as Universidades mencionadas acima. O Guia GAM canadense é composto de cinco passos. Ao longo da leitura de tais passos, o usuário canadense é levado a fazer uma reflexão acerca do modo como o medicamento psiquiátrico passou a fazer parte de sua vida, sobre seus direitos como usuário da rede de saúde mental, sobre a sua experiência com a medicação, sobre sua rede de apoio e sobre as possibilidades de tratamentos alternativos aos quais ele pode vir a ter acesso. O fio condutor ao longo da discussão em todos esses temas está relacionado a uma valorização da experiência do usuário com a medicação e ao aumento do controle do usuário sobre o uso da mesma, contando para isto com o apoio dos profissionais de saúde e da rede de apoio. Ao fim deste processo, no quinto e último passo, de nome “Facilitando o Caminho”, há uma revisão dos temas propostos de modo a, com base no caminho percorrido através do Guia, facilitar a tomada de uma “Decisão” por parte do usuário acerca de uma maior participação no uso da medicação.

Em relação à discussão do Guia, de início há uma diferença marcante entre Brasil e Canadá. No Canadá, o processo disparado pelo Guia se faz em paralelo aos equipamentos do Estado, nos chamados “serviços alternativos” e nos grupos de defesa dos direitos dos

usuários, diferentemente do Brasil, onde a discussão é iniciada dentro dos CAPS, equipamentos de saúde mental do SUS. Em face disto, no Brasil, a aposta feita pelo grupo de pesquisadores envolvidos com a discussão da GAM é a de discussão grupal do Guia, notadamente uma diferença em relação à perspectiva canadense, na qual o Guia também foi feito para ser lido individualmente. Ressalta-se então outra diferença marcante em relação à utilização do Guia no Brasil: aqui, o Guia torna-se parte de um dispositivo que tem como pretensão disparar processos de cogestão da medicação entre seus participantes. Desta feita, dizemos que a ampliação da autonomia pretendida com a leitura do Guia no dispositivo é relativa ao grupo, não aos seus participantes individualmente.

A diferença entre a discussão canadense e brasileira pode ser melhor compreendida se considerarmos as diferenças entre os movimentos de Reforma Psiquiátrica em curso nos dois países. As críticas à eficácia do modelo asilar para o tratamento destinado à loucura tomaram expressão em diversos países após a Segunda Guerra Mundial e, associadas aos modelos sanitários adotados em cada um destes países, subsidiaram a reconfiguração da assistência à saúde mental, com ênfase em serviços substitutivos aos manicômios psiquiátricos (Desviat, 2008). No Canadá, em especial no Quebec, a reforma dos serviços de saúde mental esteve associada a uma “Revolução Tranqüila” (Desviat, 2008, p. 64), orientada por valores associados à democracia, liberdade e direitos dos indivíduos. Lá, evita-se o uso da expressão “saúde pública” para designar o sistema de saúde do país, pois embora haja financiamento governamental para a maior parte das ações em saúde, a maior parte dos profissionais é independente em relação ao Estado: os honorários são pagos diretamente ao profissional por cada ação executada. Uma crítica feita ao sistema canadense reside na precária articulação entre os serviços, o que resulta em altos custos e baixa resolutividade do sistema na atenção integral à população.

No Brasil, os CAPS foram pensados como parte de uma rede de dispositivos de saúde que se articulariam (em tese, pelo menos) para a produção de um cuidado integral. Essa rede estaria organizada em graus de complexidade e privilegiaria o cuidado feito por equipes multiprofissionais. Nesse sentido, os CAPS funcionariam em uma lógica preocupada com a articulação no território de redes de apoio associadas às políticas de saúde para a promoção da reinserção social dos usuários nessa rede. É por uma aposta ético-política na formação de redes que as ações previstas no CAPS privilegiam trabalhos em grupo e é endossando essa aposta que a discussão da GAM se insere no Brasil.

Outra diferença importante entre o contexto canadense e o brasileiro diz respeito ao acesso à medicação psiquiátrica. No Canadá, o acesso à medicação é um direito garantido pelo Estado. Partindo de uma realidade na qual ter acesso às variadas medicações não é um problema, o questionamento acerca do uso desta tem um estatuto completamente diferente nos movimentos de discussão da GAM nesse país. Para os canadenses uma questão que se coloca fortemente é: “como reduzir a medicação?” No Brasil, diferentemente, o acesso à medicação ainda não se faz universal na realidade vivida pelos usuários e seus familiares. Então, o que aparece predominantemente como um problema aqui é: “como obter a medicação?”.

Considerando essas diferenças entre os países, o Guia GAM-BR manteve boa parte dos conteúdos abordados pela versão canadense, mas sofreu uma alteração fundamental. A versão brasileira do Guia é pensada de maneira inseparável da realização de um dispositivo grupal no qual o Guia é lido coletivamente. Nesse sentido, há uma aposta contida na versão brasileira que é a de que o aumento de autonomia dos usuários não se dá em separado de um aumento da autonomia dos familiares e dos trabalhadores da saúde mental. O Guia, aqui, então, tornou-se parte de um dispositivo. Ele é um instrumento que auxilia a disparar um processo de compartilhamento de experiências, de mapeamento da rede de apoio e de reflexão sobre o uso de remédios. Estas conversas, disparadas pelo instrumento, estão a serviço de um dispositivo no qual o que se pretende é construir outros modos de estar com o outro (o familiar, o trabalhador, o usuário) nos quais, pouco a pouco, há um descentramento das perspectivas individuais e aumentam-se as possibilidades de construir modos de gerir coletivamente a medicação. Assim, a tônica dada na abordagem brasileira à Gestão Autônoma da Medicação está na possibilidade de gestão compartilhada desta. Aqui a autonomia tem sido entendida como cogestão.

Em termos de estruturação do Guia, a versão BR divide-se em duas partes. A primeira parte, dividida em quatro passos, é a mais parecida com a versão canadense. Nesta seção, os temas propostos envolvem um mapeamento de aspectos do cotidiano do usuário: seu dia-a-dia, as coisas que gosta de fazer, a rede de apoio, o modo como começou a usar a medicação, quais os efeitos da medicação na vida e os direitos dos usuários. A segunda parte contém dois passos. O primeiro é uma recapitulação do processo de discussão do Guia; no segundo o grupo é levado a levantar em conjunto quais foram as dificuldades que permaneceram ou que se fizeram mais importantes ao longo do processo de discussão e a propor um plano de ação para enfrentamento destas. É nessa última parte que se reafirma a peculiaridade da aposta

brasileira: o fim do Guia enseja a construção de uma proposta coletiva de resolução dos problemas traçados pelo próprio grupo.

A validação do Guia GAM com o Grupo de Intervenção com os Familiares

A proposta de validação do Guia com os familiares surgiu a partir da análise da participação destes no próprio percurso de construção do Guia. Durante a primeira etapa da pesquisa no ano de 2009, uma versão traduzida do Guia canadense foi lida nos grupos formados nos CAPS nas três cidades envolvidas. Desses grupos participaram usuários, trabalhadores e pesquisadores. Nesse momento havia uma expectativa de que a realização do dispositivo GAM nesses serviços possibilitaria uma ampliação da experiência de autonomia o que, naturalmente, teria efeitos nas relações entre os usuários e seus familiares. Esperávamos acompanhar esses efeitos em grupos focais realizados com os usuários e também com os familiares. Na análise dos dados colhidos com os usuários, evidenciou-se que o dispositivo GAM foi potente na produção de mudanças em relação principalmente ao modo como os usuários passaram a cuidar uns dos outros e na maneira como passaram a se relacionar com o tema dos direitos⁹. Porém, na análise dos dados obtidos a partir dos grupos focais realizados com os familiares, notamos que, do ponto de vista desse grupo de interesse, pouca mudança havia se produzido. Nos campos onde os grupos focais puderam ser realizados, permaneceu, por exemplo, uma queixa dos familiares em relação às dificuldades de serem ouvidos pelas equipes nos serviços. Em relação à gestão da medicação, especificamente, percebemos que a discussão da GAM pouco havia repercutido para esse grupo: houve uma série de relatos que indicavam maneiras de gerir a medicação de maneira isolada realizadas pelos familiares, tanto no início quanto no fim da realização do dispositivo. Os familiares relataram tanto no primeiro grupo focal, quanto no último, uma série de experiências nas quais decidiram aumentar ou diminuir a medicação de seus parentes, sem consultá-los e sem conversar com algum profissional da saúde a respeito. Tais mudanças na dosagem da medicação seguiam apenas a experiência que eles, os familiares, tem em relação ao cuidado de seus parentes.

⁹ Para conhecer essa experiência, conferir: ONOCKO CAMPOS, R., PALOMBINI, A., SILVA, A. E., PASSOS, E., LEAL, E., SERPA, O., MARQUES, C. C., GONÇALVES, L.L.M., SANTOS, D. V.D., SURJUS, L. T. L., ARANTES, R. L., EMERICH, B., MIKE, T. C., STEFANELLO, S. Adaptação multicêntrica de um Guia para a Gestão Autônoma da medicação. (Submetido à revista de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011)

Houve ainda relatos indicando outras decisões que os familiares acabavam tomando sozinhos em relação ao cuidado dos seus parentes. Nos momentos de crise, os familiares indicaram ter que decidir sozinhos quanto à internação ou não de seus parentes, sem estarem certos de qual a melhor opção e sem sentirem-se apoiados nessa decisão. Estas constatações não invalidaram a realização do dispositivo, mas evidenciaram a necessidade de efetivamente incluir a participação dos familiares no dispositivo GAM.

Assim, a partir do ano de 2011, durante a etapa de validação do Guia produzido no ano anterior, decidimos convidar os familiares a participarem deste processo. A partir de então, realizamos no CAPS do município de São Pedro d'Aldeia um grupo de intervenção composto por familiares e trabalhadores com a finalidade de ler e discutir o Guia GAM-BR. Esse processo aconteceu concomitantemente à realização dos grupos de intervenção com usuários. Cabe nesse ponto uma explicação acerca dos motivos pelos quais optamos por realizar os grupos com os familiares em paralelo aos grupos com usuários. Apesar de apostarmos que o processo de gestão da medicação possibilita aumento de autonomia a partir de seu compartilhamento com os grupos envolvidos no processo (usuários, trabalhadores e usuários), entendemos que em um primeiro momento seria importante propiciar aos usuários um espaço no qual eles poderiam falar de suas experiências sem a interferência dos seus familiares. Imaginamos que a presença dos familiares, além da dos trabalhadores, logo no início do trabalho com os usuários, tornaria mais difícil o trabalho de manejo do grupo.

O Grupo de Intervenção com os Familiares (GIF) foi então realizado com a proposta de provocar uma discussão acerca da experiência com a medicação dos usuários e da experiência de acompanhar este processo. Queríamos provocar este grupo a se questionar: “como deve ser a experiência de tomar os remédios?” e “como é a experiência de lidar diariamente com o uso dos remédios que é feito pelos usuários?” Havia a hipótese de que este processo nos levaria a uma problematização do próprio processo de cuidado em saúde mental e dos direitos dos usuários. Nesse sentido, apostamos que o fim do processo de leitura do Guia e da montagem do plano de ação, ensejaria uma oportunidade de criação de uma Associação de Usuários e Familiares na qual os dois grupos se uniriam para a discussão/experimentação da cogestão.

A validação do Guia GAM-BR no projeto desenvolvido pela UFF se deu através de dois procedimentos. O primeiro refere-se à realização de Grupos de Intervenção nos quais o GUIA GAM-BR era lido em conjunto pelos pesquisadores, usuários e trabalhadores do CAPS

de São Pedro d'Aldeia. Estes grupos, chamados de GIU, foram realizados semanalmente durante o período de seis meses. O segundo refere-se aos GIF, os grupos de intervenção realizados com os familiares. Nesses grupos, dos quais participei como operadora junto com outra pesquisadora do grupo da UFF e também aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da referida Universidade (doutorado), participavam, além das pesquisadoras, familiares de usuários participantes do GIU e também familiares de outros usuários do CAPS, bem como duas trabalhadoras da rede de saúde mental do município (uma assistente social e uma psicóloga).

Nos grupos GIF, assim como nos GIU, o guia GAM-BR foi utilizado. Ao longo dos encontros esse material era lido com o propósito de disparar a conversa no grupo. Porém, por se tratar o Guia GAM-BR de um material produzido em conjunto com os usuários e com a finalidade de ser lido por eles, nos GIF foi necessário trabalhar com os familiares ressaltando as seguintes chaves de leitura: “Como vocês acham que seus parentes responderiam a essas perguntas?”, “O que você acha desse tipo de pergunta ser feita para o seu familiar?” “Como você próprio a responderia?”. Outra especificidade do GIF em relação ao grupo realizado com usuários relaciona-se à expectativa de que terminado o processo de leitura e discussão do Guia, o grupo de intervenção com familiares disparasse um movimento de formação de uma Associação de Usuários e Familiares. Por esse motivo, seu tempo previsto para a realização foi mais extenso, e os encontros do GIF continuam acontecendo.

Todos os encontros do GIF foram audiogravados e após cada um dos encontros, foi escrita uma memória acerca da realização do grupo. As memórias foram escritas em parceria por ambas pesquisadoras, tendo como estratégia de escrita a redação das impressões de ambas e a manutenção das discordâncias quando aconteciam. Além disso, semanalmente também aconteceram encontros de supervisão do trabalho de campo nos quais se discutiu em conjunto os GIU e GIF e dos quais participavam o todo o grupo de pesquisa da UFF. As discussões em supervisão eram posteriormente incluídas nas memórias do grupo. O material dessas memórias foi tomado como material de análise no terceiro capítulo desse trabalho.

Capítulo 1 – A autonomia como um problema

A Constituição Federal de 1988 instituiu pela primeira vez no Brasil um Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a população brasileira. Nossa constituição estabelece que o direito à saúde é um direito fundamental do ser humano que deve ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas. A lei orgânica da saúde (Lei 8.080, Brasil, 1990), a qual dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS, expressa em sua formulação as principais reivindicações presentes nos movimentos sociais de então: 1) a descentralização do sistema, 2) a universalidade do acesso, 3) a integralidade da atenção, 4) o direito à informação, 5) a participação popular e 6) a preservação da autonomia das pessoas.

Visando acompanhar os princípios estabelecidos pelo SUS, a noção de autonomia atualmente se encontra implícita ou explicitamente em uma série de políticas de saúde. Ainda que haja convergência de algumas políticas e programas em direção à afirmação da importância da garantia do exercício da autonomia, nota-se que o entendimento deste conceito subjacente a cada uma delas não é o mesmo. Observa-se uma pluralidade de sentidos concernentes à noção de autonomia que variam desde o âmbito do financiamento do SUS (MARQUES, 2002; MARQUES & MENDES, 2003; FAVERET, 2003), passando pela instância administrativa e de gestão do sistema (GAWRYSZEWSKI, 1993; MERHY E BUENO; 1997 e BARBOSA & ELIAS, 2010), ao campo da clínica (MERHY, 1998; CAMPOS, 1994; PIRES, 2009; LACERDA, 2010; OLIVEIRA, 2011). Na prática, tal pluralidade se expressa em estratégias e projetos que fazem uso desse conceito a partir de engajamentos políticos bastante distintos. Por exemplo, o conceito de autonomia tanto é usado por Merhy e Bueno (2011) para indicar, no âmbito clínico, uma certa dimensão do trabalho em saúde que não se restringe ao que é prescrito na tarefa e que faz com as diretrizes do cuidado sejam a formação de vínculo e o acolhimento, quanto é usado, no âmbito político-administrativo do SUS, para defender a proposta do modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS)¹⁰ (Barbosa e Elias, 2010) como forma de garantir os interesses públicos e o bom funcionamento dos serviços.

¹⁰ Organização da Sociedade Civil de Interesse Público é uma organização privada, dita de interesse público e sem fins lucrativos, que receberia verba pública para gerir o sistema de saúde cumprindo metas pactuadas (contrato de gestão) com o estado ou município que a contrataria. As OSS já se encontram implantadas no estado de São Paulo desde 1998.

Assim, compreendendo que sob o uso dos conceitos expressos na legislação do SUS brasileiro há engajamentos políticos distintos, entendemos que para a construção do SUS como política pública de saúde brasileira não basta que se proliferem políticas, programas e projetos que se refiram aos princípios constitucionais. Embora a afirmação dos princípios do SUS seja importante, é necessário problematizar o modo como o exercício de tais princípios é proposto e que efeitos se produzem em cada uma das intervenções realizadas. Destarte, o problema central dessa investigação acerca do sentido da autonomia visa contribuir para os debates travados no campo da saúde pública acerca deste conceito.

Assim, o propósito deste capítulo é discutir alguns dos sentidos atribuídos à noção de autonomia, bem como alguns dos efeitos da apropriação desses sentidos no campo da saúde. Porém, cabe destacar que a pluralidade de sentidos relacionados à noção de autonomia no campo da saúde não é tomada por nós como fruto de imprecisão conceitual ou ausência de discussões sobre o assunto. Igualmente, não entendemos se tratar de um estado de elaboração conceitual que ainda não avançou suficientemente e para o qual o trabalho que realizamos representaria um avanço ou uma formulação final. Com efeito, a investigação que propomos não visa descobrir um sentido para a noção de autonomia que seria mais preciso ou que colaboraria para a promoção de uma unificação do campo.

A dispersão apontada no sentido de autonomia não se deve ao fato de não haver na referida legislação uma definição precisa acerca do que se toma por autonomia no contexto do SUS brasileiro. Ainda que a Lei 8.080 realizasse esta indicação, o problema acerca do sentido de autonomia nas políticas seguintes permaneceria, pois esta noção surge como um efeito das práticas de saúde que a atualizam. Ou seja, a ausência de univocidade acerca do conceito de autonomia não é característica de uma carência conceitual que seria suprida após algum esforço de elaboração teórica que se possa imprimir a uma legislação. Entendemos que as práticas de saúde que se referem à autonomia são construídas por aproximações e distanciamentos com outros conceitos e políticas, atualizando de modo singular um determinado sentido. Afirmamos com Nietzsche (2007) e Foucault (2003) que o sentido de autonomia está em jogo em cada aliança que é feita com ele e que esta é uma característica própria ao domínio da produção de verdades.

Uma primeira consequência que podemos extrair da crítica às noções essencialistas feita por esses autores é que o sentido de autonomia não é evidente em si. Ou seja, não há um sentido unívoco na formulação da autonomia como princípio do SUS na Lei Orgânica de 1990 e na referência ao conceito de autonomia feita nas políticas e programas formuladas

após tal legislação. Embora haja uma relação entre a legislação do SUS e as legislações seguintes, ela se caracteriza mais por dessemelhança, que por continuidade. Se há uma herança deixada pela Constituição de 1988 para as políticas seguintes, tal herança não é um bloco homogêneo que se perpetua, ela é apenas uma das articulações possíveis com o conceito e faz parte de plano de produção de sentidos complexo.

1.1 – Uma breve história do conceito de autonomia

É sabido que a palavra autonomia pertence ao vocabulário grego, unindo os radicais ‘auto’, que significa ‘para si próprio’ e nomia, que significa lei, regra. Do ponto de vista do vocabulário grego a noção de autonomia remete à capacidade de criar para si suas próprias leis.

Pezzi (2010) atribui à obra kantiana as primeiras formulações acerca da autonomia enquanto um conceito inserido no bojo de uma teoria filosófica. A autora afirma que este conceito é um dos princípios fundadores do movimento iluminista. A aposta do movimento iluminista foi a da necessidade de superar a fundação do conhecimento no argumento de autoridade e fundá-lo em novas bases a partir do uso da razão. O significado de autonomia no contexto iluminista está intimamente relacionado ao de maioridade, conceito apresentado por Kant em seu texto-resposta à pergunta “O que é o esclarecimento?” (Kant, 2011). Para Kant, “Esclarecimento [*Aufklärung*] é a saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é culpado” (Kant, ano, p.1) . A menoridade é o estado em que se encontram os indivíduos quando aceitam preceitos, fórmulas, dogmas, discursos de autoridades em geral, como se fossem verdades, sem submetê-los à crítica da razão. Ao contrário, a maioridade, é, então, o estado no qual um homem e/ou um povo se tornam esclarecidos e formulam para si próprios suas leis. Assim, a maioridade é um estado atingido por meio de um uso privado da razão e com empenho da vontade individual – “Ouse saber!”¹¹ é o lema kantiano – que permite ao indivíduo ou a um povo servir-se a si mesmo para a aquisição de um entendimento próprio acerca de alguma situação. Para Kant, o esclarecimento, a maioridade, depende de um uso da razão vinculado à vontade e por esse motivo, o homem é culpado quando se encontra em estado de menoridade.

De acordo com Kant, os seres determinados pela razão são considerados autônomos porque se orientam por leis que são produzidas pela própria razão e não pelo mundo sensível,

¹¹ Tradução de “Sapere Aude!” (Kant, 2011, p.1)

diferentemente dos seres irracionais, os quais têm como causalidade de suas ações necessidades naturais definidas por causas estranhas (provenientes do mundo sensível). Já o desejo tem uma natureza completamente diferente em relação à vontade. A causa dos desejos consistiria na consciência dos objetos e no estabelecimento de uma relação de prazer e/ou pena que se pode atribuir a eles (Pezzi, 2010).

Os desejos estão, portanto, ligados a representações de objetos do mundo sensível e seriam segundos em relação à razão. Porém, a vontade em si não estaria submetida a causas estranhas a si própria, às leis da natureza, ao mundo sensível. A vontade estaria relacionada a um puro querer que prescinde dos objetos do querer. Trata-se de uma expressão da razão, um discernimento puro, desprendida do mundo sensível. As leis, entendidas como mandamentos que se originam na razão e que são válidas universalmente, não agem como um constrangimento da vontade, mas estabelecem com ela uma relação de co-extensão. Graças a isso, o princípio de autonomia é, portanto, constitutivo da vontade, pois a vontade "é para si mesma sua lei" (Kant, 2005 apud Pezzi, 2010) e tem na razão a sua fonte. Nesse sentido, seria uma primeira tarefa da vontade a de ordenar os nossos desejos, aceitando-os ou não, julgando tais desejos não pela representação dos meios e fins, pelos objetos, portanto, mas por um puro querer que é fruto da razão.

Cabe, porém, retomar uma observação feita por Foucault (1984) ao comentar o referido texto kantiano "O que é esclarecimento?", quanto a uma peculiar relação descrita entre a vontade privada e a vontade pública. Foucault observa que o estado de minoridade pode ser descrito de maneira resumida através da palavra de ordem corrente em sua época "Obedeçam, não raciocinem" (Kant, 2011, p. 3). Kant, por outro lado, também diz que a maioria pode ser bem compreendida através da frase "obedeçam e vocês poderão raciocinar tanto quanto quiserem". Aparentemente, como observa Foucault, haveria uma contradição no pensamento kantiano, pois poder-se-ia pensar que a saída da minoridade dependeria de uma liberdade de consciência – a qual permitiria o uso da razão – que é contrária à obediência.

Na verdade, esta aparente contradição é resolvida através da distinção feita pelo próprio Kant entre a vontade pública e a privada. A liberdade em que consistiria a saída da minoridade é garantida do ponto de vista da vontade pública. Enquanto espécie, como parte de um coletivo, o homem deve usar a razão livremente para criticar os regimes de verdade vigentes. Entretanto, do ponto de vista individual, por ser parte de uma espécie racional, o

homem deve se submeter às normas sociais vigentes. Assim, o verdadeiro estado de maioria seria atingido quando houvesse uma coincidência entre a vontade individual e a pública, pois caso as normas sociais fossem frutos do uso público da razão, a vontade privada, independente dos desejos vinculados ao mundo sensível, concordaria naturalmente com a vontade pública.

A autonomia atribuída à vontade em Kant ganha outro sentido no contexto da Revolução Burguesa. Em oposição ao Estado absolutista, o princípio jurídico de autonomia da vontade é adotado no estabelecimento de contratos. O discurso burguês preconizava a igualdade, a liberdade e a fraternidade como lemas da revolução. Seguindo tais princípios, o estabelecimento de um contrato entre dois homens tendo como cerne um objeto considerado justo tinha força de lei, pois os homens seriam iguais e livres para decidir como e com quem estabelecer contratos (Araújo, 2006). A autonomia nesse contexto era relativa ao domínio privado, íntimo e significava independência, autossuficiência. Assim, um artesão, por exemplo, era considerado autônomo para estabelecer um contrato de trabalho com seu empregador.

Porém, diante das profundas desigualdades sociais, começou a haver questionamentos acerca do princípio da autonomia da vontade como referência para estabelecer a validade de um contrato, pois o quão autônomo/independente/livre poderia ser considerado um trabalhador pobre que de fato dependia de um emprego para garantir sua sobrevivência? É nesse contexto que ganha força a noção de que o Estado deve intermediar as relações entre os homens. A autonomia individual então passa a ser assegurada (regulada) pelo Estado.

Na história da filosofia, outros autores contribuíram para a discussão acerca do conceito de autonomia. Não é propósito desse trabalho realizar um levantamento exaustivo acerca do tema. Porém, interessou-nos retomar o problema da autonomia em Kant a partir das contribuições de Foucault acerca dessa problemática no trabalho kantiano. Isto, pois, Foucault (1984) dá visibilidade na obra de Kant (2011) ao fato de que os processos de autonomização individual e coletivo não se dissociam. Essa é uma pista que nos parece profícua em relação ao debate que propusemos com o nosso problema de pesquisa, que está relacionado à discussão do conceito de autonomia no âmbito da saúde pública. Como teremos a oportunidade de discutir aprofundadamente no segundo capítulo, a inseparabilidade entre a dimensão individual e coletiva é um tema que tem pertinência para a discussão acerca da

autonomia. Além disso, ainda nesse capítulo, veremos nesse capítulo o quanto a relação entre os movimentos sociais e o Estado no Brasil ocasionará mudanças no sentido deste conceito.

1.2 – Autonomia e o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS)

Gostaríamos de propor nessa seção um levantamento de alguns dos sentidos que a noção de autonomia vem assumindo no campo da saúde pública brasileira. Este levantamento, longe de pretender realizar um mapeamento exaustivo ou conclusivo, tem por pretensão delinear alguns dos sentidos frequentemente presentes no debate sobre esse assunto. Para efeito de organização do trabalho, distinguimos três eixos de discussão no qual o debate acerca da autonomia tem aparecido de maneira mais evidente no SUS. São eles: 1) autonomia e gestão do sistema; 2) autonomia e movimentos coletivos e 3) autonomia nas práticas de cuidado.

1.2.1 – Autonomia e Gestão do SUS

O conceito de autonomia ao aparecer como um dos princípios do SUS na legislação brasileira imprime no texto constitucional a própria experiência do movimento sanitário de então. Não é sem importância ou mero acaso a sua presença entre os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro. Os movimentos sociais populares iniciados ao longo da década de 1970 (Sader, 1988), dentre eles aqueles relacionados às questões de saúde, foram ganhando visibilidade nas discussões políticas do país. Ao longo da década de 1980, artistas, intelectuais, trabalhadores da saúde, ativistas e organizações estatais se agregaram ao movimento sanitarista. Foi este coletivo que exerceu maior influência sobre o modo de pensar a saúde naquele período e que exerceu forte protagonismo na formulação da Constituição de 1988 e do próprio SUS (Campos, 2007). Este movimento, cuja base teórica teve influência de diversos autores associados aos movimentos de esquerda, inclusive o marxismo, se fez não só em prol de uma reforma sanitária, mas também como meio de fazer política durante o período de ditadura militar (Campos, 2007). Entre os militantes deste movimento, vários eram os que acreditavam no trabalho sanitário como uma preparação para uma reforma política e social.

Percebemos então um dos sentidos que a noção de autonomia assume ao ser estabelecida como um dos princípios da Lei Orgânica da Saúde: há um sentido de enfrentamento à verticalidade do poder exercido pelo Estado a partir do golpe de 64. Diante de um Estado que institucionalizou a violência (Coimbra, 2002) como forma de relação com aqueles que dele discordavam, poder afirmar a autonomia como um princípio tinha o sentido de enfrentamento ao autoritarismo de Estado. Do ponto de vista individual, ser autônomo significava poder dizer não ao Estado, poder tomar decisões independentemente dele.

Este enfrentamento esteve presente não só através do princípio de preservação da autonomia das pessoas, mas também daqueles que se referem à descentralização e à regionalização como orientações para a organização dos serviços. Organizar os serviços de saúde de maneira descentralizada e regionalizada significa ir progressivamente transferindo a gestão dos serviços para os municípios e incentivar a formação de colegiados de gestão com a responsabilidade de organizar as ações e a rede de serviços em uma região. Essas são diretrizes de distribuição de responsabilidade sanitária diametralmente opostas ao modelo adotado durante o período de ditadura, no qual havia uma forte concentração do poder na esfera federal.

O sentido de enfrentamento ao “poder concentracionário” (Guattari, 2004) estava presente no conceito de autonomia na ocasião da formulação do SUS. Porém, este vetor de resistência ao autoritarismo não pode ser tomado como sendo o único presente no contexto histórico de definição desse princípio. Na formulação da Constituição brasileira em 1988, compunham o cenário brasileiro pelo menos duas concepções de saúde distintas as quais propunham modos diversos de relação do Estado com a população (Campos, 2007). Estavam em jogo o projeto sanitário neoliberal em avanço em boa parte do mundo e também a tradição dos sistemas nacionais de saúde. De acordo com Campos (2007), a distinção entre esses dois projetos sanitários é uma abstração que serve para entender os valores e interesses em voga durante a formulação da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde. Na realidade, porém, esses dois projetos se combinam, fazendo com que o SUS seja “quase um híbrido” (2007, p. 1870) dessas duas perspectivas. Os princípios e diretrizes susistas são também expressão do arranjo que foi possível ser feito entre essas políticas vigentes.

A tensão entre o modelo denominado liberal-privatista e o dos sistemas nacionais de saúde, o modelo público, colabora para a construção de um cenário complexo no campo da saúde nos dias de hoje. Em relação ao princípio da universalidade do acesso, por exemplo, Campos ressalta a diferença do sistema de saúde brasileiro e dos de outros países. Canadá e Inglaterra, por exemplo, têm em seus sistemas de saúde a garantia do acesso universal; porém,

como forma de compor com a categoria médica – muitas vezes, mais defensora dos interesses de seus consultórios privados – nesses países não se optou por construir uma rede de serviços públicos, mas por credenciar médicos da iniciativa privada. No Brasil, a porta de entrada preferencial do sistema de saúde é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual tem entre seus princípios a adscrição da população¹² e a busca ativa¹³, diferenças marcantes em relação aos modelos inglês e canadense.

A princípio, em uma determinada conjuntura, pode-se considerar que houve em relação à ESF uma maior aposta na gestão pública do sistema, com menor prevalência do modelo liberal. Não obstante a isso, percebe-se na atualidade que em muitos municípios a ESF não é de fato a porta de entrada no sistema de saúde para o conjunto da população, estando mais próxima das áreas mais pobres, pois, nesses lugares, a política que orienta sua expansão é a de cobertura da população que reside em bolsões de pobreza. Em que pese a necessidade de priorizar, na implantação das unidades de saúde da família, as áreas de concentração de população mais vulnerável, estabelecer a ESF como estratégia exclusivamente voltada para essa população é uma subversão do princípio da universalidade do acesso, pois faz da ESF a estratégia de atenção à saúde para a população pobre e não ao conjunto da população (Paim, 2009). Esse tipo de política adotada por alguns municípios constitui um modo de exercer políticas liberalistas dentro do SUS, pois reduz o papel do Estado em seu dever para com a saúde da população como um todo, fazendo parecer que a responsabilidade estatal é necessária apenas em relação à saúde da população pobre.

Campos (2007) aponta que em relação à formulação do princípio de descentralização, não houve reflexões suficientes sobre o quanto ele poderia resultar em um aumento da fragmentação da rede de saúde. Uma concepção de autonomia como independência, com cada município ficando livre para decidir o quanto e como quer se integrar ao SUS (Campos, 2007, p. 1872) pode levar ao perigo da fragmentação do sistema. Essa situação vem permitindo a criação de experiências filiadas a perspectivas éticas muito distintas.

Entendida em sua face liberal, ou seja, como independência, como atribuição por si de suas próprias regras, a noção de autonomia aparece como uma propriedade inerente aos serviços e aos *clientes* que os procuram. Os serviços têm funcionamento independente e cabe ao indivíduo a responsabilidade de buscar a integralidade do seu cuidado. Essa concepção

¹² Adscrição da população: trata-se de um procedimento de cadastro da população de uma determinada área administrativa através do qual a Unidade de Saúde da Família torna-se responsável pela população cadastrada.

¹³ Busca ativa: estratégia por meio da qual as equipes de saúde da família detectam possíveis riscos e agravos à saúde através da realização de visitas domiciliares.

também está presente no modo como a descentralização do sistema de saúde vem acontecendo no Brasil, pois em função do entendimento de que municípios e estados têm autonomia para implantar “inovações” no sistema, muitos têm aderido a propostas de modelos de atenção degradados. Como exemplo, podemos mencionar a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) “(...) seguindo a tendência populista de vários municípios, inventaram uma atenção primária degradada para os pobres: Unidades de Pronto-Atendimento, um dos espaços sociais de que nos envergonharemos no futuro, signo da perversidade humana” (CAMPOS, 2008). Outro exemplo que vem sendo motivo de muita discussão no campo é a proposta de terceirização da gestão do sistema através de OSCIPs, Fundações Estatais e OSS’s¹⁴.

Por outro lado, há trabalhos em municípios e regiões muito alinhados com a perspectiva pública dos sistemas nacionais de saúde através da organização da assistência em uma perspectiva que toma atenção e gestão como inseparáveis, com montagem de equipes de referência e com adoção do princípio do acolhimento como estratégia para repensar o funcionamento das redes de saúde municipais (Carvalho e Campos, 2000; Franco, 2004), por exemplo.

1.2.2 – Produção de autonomia, políticas públicas e movimentos coletivos.

A partir da constatação de que a massa de excluídos no mundo estaria ultrapassando a marca de um bilhão, Merhy (1998) afirma a necessidade de um exercício de “tutela do estado sobre os indivíduos” (Merhy, 1998, p.1). Refletindo então sobre as políticas estatais voltadas aos agrupamentos populacionais que não têm acesso a benefícios mínimos em relação ao conjunto de bens básicos (os tais “excluídos”), o autor distingue tipos de ação que podem ser realizadas pelo Estado em relação à população: de “tutela outorgada” ou de “tutela conquistada”. A caracterização desses dois tipos de tutela auxilia na compreensão do problema da autonomia no SUS e dos distintos engajamentos políticos das práticas que se propõem a incentivá-la. O autor estabelece uma analogia entre os tipos de tutela exercidos pelo Estado e a dimensão de tensão permanente entre os atos tutelares e os “autonomizadores” nas práticas de cuidado. Por ato autonomizador, o autor compreende os atos que ampliam as

¹⁴ Fundação Estatal de Direito Privado e Organizações da Sociedade Civil de Direito Público, assim como as Organizações Sociais de Saúde, são organizações privadas, ditas de interesse público e sem fins lucrativos, que se apresentam com o propósito de gerir o Sistema Único de Saúde.

possibilidades dos indivíduos e coletivos de inventarem a si e ao mundo em seus modos de caminhar. Os atos de tutela são aqueles que, contrariamente, castram, privam, reduzem essas possibilidades.

De acordo com Merhy, há, entre as políticas estatais, dois tipos de relação que podem ser estabelecidas com a população. Há políticas que se exercem sobremaneira de modo unidirecional, ou seja, partem do Estado em direção à população. Há outras, porém, que são formuladas a partir das pressões exercidas pelos movimentos sociais e que surgem como expressões de tais movimentos. O primeiro tipo de ação é designado de tutela outorgada, pois se trata de uma concessão de um direito por parte do Estado à população. O segundo tipo de ação é chamado de tutela conquistada, pois está relacionado às pressões históricas e coletivas pela garantia de um direito.

A distinção entre a face outorgada e conquistada de uma ação tutelar não é suficiente, entretanto, para especificar em que medida tais ações tutelares são promotoras de processos de autonomização ou não. A tutela outorgada que se verifica em políticas assistencialistas promove, sem dúvida, redução das possibilidades de invenção de si e mundo dos coletivos e indivíduos aos quais se dirige. Porém, por outro lado, a tutela outorgada também pode promover autonomização, como, por exemplo, “quando os bens outorgados são encarados “como uma vara para produzir uma pesca”” (Merhy, 1998, p.2). De maneira semelhante, a tutela conquistada pode ser autonomizadora se “a conquista é entendida como base para a contratualidade entre todos nós e os outros” (Merhy, 1998, p.2), assim como também pode ser castradora caso enseje processos autoritários. Na verdade, o vínculo que estas políticas estabelecem com a questão da autonomia depende da relação que instituem com as possibilidades de invenção de caminhos próprios aos sujeitos aos quais se dirigem, não de seu caráter de conquista ou outorga.

Merhy afirma que a tutela outorgada pode ser “castradora” do desejo, caso o centro de onde parte a ação se coloque em posição de exercício de caridade e tome o outro a quem se dirige como uma vítima. Nesse ponto, faz-se necessário observar a diferença do conceito de desejo em Kant e em Deleuze. Para Kant, o desejo está relacionado ao mundo sensível com o qual em foro privado se estabelecem relações de prazer ou insatisfação. E é justamente ele que deve ser subordinado ao uso público da razão. Para Deleuze, o desejo é exatamente o oposto. Ele não é privado, íntimo, pois se refere ao plano de conexões anterior à produção de um “eu”. Deleuze e Guattari (2004) apontam que a revolução crítica kantiana ao propor que

os objetos do desejo são produto das representações das quais esses mesmos objetos são parte, ou seja, que os objetos do desejo são produções da realidade psíquica, não é tão revolucionária assim, pois, na verdade, perpetua a idéia de desejo como falta – noção consagrada na psicanálise. A questão é que o desejo para Deleuze e Guattari não tem a ver com falta, pois a falta aparece quando de algum modo se reifica a instância a quem o desejo se reporta: o eu, o inconsciente, o Édipo, o sujeito. Porém, para esses autores o desejo é “produção de produção” (2004, p.11), sujeito e objeto estão ambos inseridos em um mesmo processo de produção desejante, de modo que nada falta a eles. Quando Merhy se refere a uma castração do desejo, o autor se reporta a um tipo de relação na qual se inviabilizam ou se dificultam a criação de novas possibilidades existenciais, outros modos de produzir sujeito e mundo.

A tutela outorgada, quando castradora, expressa, predominantemente, um modelo de atenção do tipo privatista-liberal. Esse tipo de política se dirige, de um modo geral, à população considerada carente, sendo excludente em relação ao conjunto populacional. Por outro lado, a tutela outorgada pode aumentar os graus de autonomia dos sujeitos a quem se dirige caso aquilo que se pretende doar sejam ferramentas que auxiliem o outro a aumentar sua governabilidade. Em relação à tutela conquistada, a mesma ambivalência pode ser constatada, pois o fato de uma política emergir como fruto de pressões populares não necessariamente é índice de que ela potencializará o exercício da autonomia. A tutela conquistada pode ser castradora caso haja um recrudescimento autoritário em torno daquilo que se conquistou. Esse é um risco sempre presente nos movimentos de esquerda: o de se transformar as reivindicações que são feitas em um movimento em pontos finais do próprio movimento. Nisto consiste a crítica feita por Deleuze (2004) à burocratização dos movimentos de esquerda na França. O autor aponta a presença em alguns movimentos de esquerda de uma pretensão de unificação da causa operária em torno de certo conjunto de enunciados. Tal esforço de unificação, de representação das massas, de organização do proletariado, faz surgir o estabelecimento de hierarquias e é produtor de exclusões.

Deleuze indica ainda que uma compreensão de tal problema pode ser feita na discussão proposta por Guattari (2004) sobre a diferença entre grupos sujeitos e grupos-sujeitados. Os grupos sujeitos são aqueles que têm em seu funcionamento uma subserviência a mecanismos de autoconservação, os quais operam invariavelmente por unificação, centralização e exclusão de outros grupos. Nesses grupos afirmam-se enunciados que pretendem uma totalização tanto do real quanto da subjetividade, o plano da produção de

sujeitos e mundos fica invisibilizado. Os grupos sujeitos, diferentemente, rompem com as totalizações e hierarquias, interrogando e recriando incessantemente seus próprios limites. Os enunciados dos grupos sujeitos são expressão de uma multiplicidade, neles aparecendo novas conexões do desejo.

O grupo-sujeitado é definido como aquele que recebe sua lei de um plano exterior ao das produções desejantes (podemos chamá-lo, nesse sentido, de heterônimo). Os grupos sujeitos se definem pela possibilidade de se fundarem a partir de leis que são criadas no próprio ato em que eles se fundam (podemos chamá-lo de autônomo) – há uma simultaneidade entre a criação do grupo e o surgimento de suas leis. A distinção entre esses grupos, porém, não pretende descrever dois tipos de grupo, mas movimentos presentes nas instituições. Um grupo-sujeitado pode a qualquer instante tornar-se um grupo sujeito e vice-versa. Estes movimentos em um grupo são análogos aos graus de autonomização que compõem as práticas tutelares, sejam outorgadas ou conquistadas, em relação a um determinado grupo. O que interessa para a análise da prática de tutela é saber acerca de sua articulação com a produção de novas possibilidades existenciais. Assim, deve-se perguntar o quanto tais práticas podem ser refratárias ao movimento contínuo de criação de grupos e suas leis, ou, ao contrário, o quanto permite a reinvenção de si e mundo nesse processo (Merhy, 1998, p. 1-2).

Notemos nesse ponto que Merhy ressignifica o sentido que usualmente se atribui à tutela. O autor propõe dizer que toda ação do Estado em relação à população é sempre, em alguma medida, tutelar. Há diferentes relações que podem ser estabelecidas com os movimentos coletivos a partir das ações estatais, mas a todas elas o autor denomina tutela. Como entender a escolha pela palavra tutela para designar as ações que ampliam a autonomia de sujeitos e coletivos? Tradicionalmente, dir-se-ia que tais ações seriam exatamente contrárias à tutela. Consideramos que uma pista importante para entender tal ampliação do sentido de tutela é a aproximação que o autor faz da tutela com os atos de cuidado. Vejamos.

Para Merhy (1998), todo ato de cuidado é fruto do encontro de um agente munido de suas ferramentas (tecnologias de um modo geral: equipamentos, conhecimentos, etc.) com um agente que, em geral, demanda por uma tutela do tipo outorgada. Porém, esse alguém que demanda sempre leva consigo uma série de expectativas, conhecimentos e representações, o que faz com que ele resista a ser completamente objetificado. Esse encontro, de acordo com Merhy, é intercessor, no sentido utilizado por Deleuze (1985)¹⁵. Para o autor, o encontro com

¹⁵ Conferir Deleuze, G. Os intercessores. In: Conversações. São Paulo: Editora 34, 1985.

o profissional de saúde tem como seu principal produto processos intercessores, processos nos quais se produzem sujeitos que não existiam previamente ao encontro. O autor indica que o encontro entre profissional e usuário acontece em um espaço intercessor no qual há uma disputa de forças instituintes que podem contribuir ou não para a ampliação da autonomia dos usuários.

(...) a presença de uma linha de força médico hegemônica, que venha positivamente, através de um determinado (e não de qualquer um) trabalho médico, atua como instituinte pela ação efetiva de um determinado agente que é seu constituidor no processo de trabalho, em ato. Do mesmo modo, uma outra linha de força que venha pelo consumidor, como uma busca de um ato que lhe permita restituir sua “autonomia” no seu modo de andar a vida, atua também como instituinte pela ação positiva do usuário no espaço intercessor partilhável. (Merhy, 1998, p.7)

A partir dessas reflexões, o autor conclui então que todos os atos cuidadores são “centralmente atos de tutela outorgada” que podem ou não “serem castradores” (Merhy, 1998, p. 8). Entendemos que o autor insiste em chamar tanto os atos de cuidado quanto as ações do Estado de tutela (seja outorgada ou conquistada) para indicar que há um trabalho, um movimento tanto do profissional de saúde quanto do Estado, de voltar-se para essas populações. Merhy, médico sanitário que participou do movimento da Reforma Sanitária e que esteve envolvido na gestão da saúde de algumas prefeituras, está pensando as ações de saúde de dentro do SUS, internamente ao Estado.

É interessante notar a inflexão presente nos trabalhos de autores importantes da Reforma Sanitária brasileira em seus textos posteriores à formulação do SUS. Como entender a aproximação feita por Merhy dos termos políticas de Estado, tutela, cuidado e espaço intercessor?

Como dito anteriormente, a história da Reforma Sanitária no Brasil se confunde com a história de luta contra a ditadura instaurada após o golpe de 1964. Durante esse período, reivindicar autonomia tinha uma série de sentidos entre os quais se incluía aquele de luta contra o Estado. O Estado historicamente foi identificado pelos movimentos de esquerda como sendo fonte de tutela. No movimento anarquista, em especial, toda discussão se dava em torno da defesa de uma sociedade sem Estado. O Estado, a escola, a igreja eram identificados como centros de tutela, os quais precisavam ser combatidos. O sentido de autonomia nesse contexto está relacionado a autogoverno, autogestão, ou seja, combate à tutela.

Porém, uma vez tendo sido estabelecido na Constituição de 1988 que “saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988), autores e militantes do movimento sanitário de então, como Merhy, por exemplo, passaram a estar ligados ao Estado e a se preocupar com a produção de saúde a partir do SUS, uma política de Saúde de Estado. Percebe-se então uma inflexão na obra desses autores que está relacionada ao problema que se coloca para eles nessa ocasião: como produzir autonomia a partir de uma máquina de produção de tutela?

O sentido de autonomia na obra de Campos e Merhy que se apresentava relacionado à liberdade/independência do profissional em relação aos modelos neoliberais de gestão (Campos, 1994) ou à noção de autogoverno (Merhy, 2006) – noções relacionadas à autogestão – começa a ser formulado como cogestão (Passos et al, no prelo). É necessário observar novamente o contexto político no qual a obra desses sanitaristas sofre esta modulação em relação ao sentido de autonomia. No Brasil, em período de ditadura, o Estado exercia seu poder de maneira verticalizada e tratava com violência aqueles que ousavam contestá-lo. Porém, nos países de primeiro mundo avançavam os ideais neoliberalistas e assistia-se ao enxugamento do papel do Estado em suas funções sociais. O que era percebido pelos militantes do movimento sanitário brasileiro de então era, por um lado, a necessidade de combater o autoritarismo de Estado, por outro, a necessidade conter os avanços do chamado Estado mínimo. A saída encontrada então foi: combater o Estado, não para aboli-lo, mas para invadi-lo.

A cogestão e os sistemas cogestivos foram propostos por Campos (2007) como modos de gerir mais democráticos que se disponham a lidar com os interesses e desejos dos trabalhadores e que permitem a produção de subjetividades mais autônomas. A partir de tal formulação, o sentido de autonomia passa a estar estrategicamente cada vez menos ligado à noção de autogestão e progressivamente mais ligado ao de cogestão.

O entendimento que perpassa tais trabalhos é o de que se faz necessário “conceder ao Estado, para forçar o Estado a conceder” (Passos et al, no prelo). Passos et al (no prelo) nos ajudam a compreender que não se trata de uma mudança na agenda política, mas de uma mudança no modo de fazer política: a luta por ampliação da autonomia não se faz do exterior do Estado, mas por dentro dele. Entendemos que tal é o sentido da aproximação que Merhy opera entre tutela e autonomia no texto mencionado parágrafos acima. A questão que se coloca é ocupar o Estado para, por dentro dele, criar espaços intercessores.

De acordo com a distinção feita por Merhy, o SUS, pela sua relação com o movimento sanitário da década de 1980, pode ser entendido como um tipo de tutela exercida pelo Estado

em relação à população e que deve sua formulação a uma conquista popular. Tal conquista teve uma dimensão de enfrentamento às políticas liberais hegemônicas ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado. A afirmação do SUS como política pública depende, a partir das contribuições de Campos (1997) e Merhy (1998), da possibilidade de se permanecer fazendo nele enfrentamentos às políticas privatistas-liberais que potencializem, ao mesmo tempo, a produção de sujeitos e mundos com maiores graus de autonomia. Entendemos que, do ponto de vista de Merhy, manter o uso da palavra tutela para designar as ações de cuidado e a formulação das políticas de saúde foi um modo de, primeira e estrategicamente, afirmar o SUS como dever do Estado, para, em seguida, poder discuti-lo em sua dimensão de política pública, ao falar de espaços intercessores que permitem a produção de sujeitos.

O que significa “afirmar o SUS como política pública”? Concordamos com Campos ao defender já em 1994 (logo após a formulação do SUS) a necessidade de se empreender uma reforma da reforma (Campos, 1994): o SUS, fruto do movimento de reforma sanitária no país, necessita ser reformado. Nesta ocasião o autor defendia a necessidade de repensar os princípios do SUS tomando como referencial o quanto tais princípios serviam a uma expansão “dos modos de andar a vida” dos indivíduos. Ou seja, se os serviços passaram a estar referenciados ao atendimento de um território específico, por exemplo, este princípio de organização não pode servir como um critério de exclusão daqueles que não serão atendidos. A regionalização e a hierarquização do sistema devem estar a serviço da lógica do vínculo entre a equipe multiprofissional e o usuário, pois são as relações de vínculo entre equipe e usuário que constituem o espaço privilegiado no qual tanto trabalhador quanto usuário assumem uma posição de protagonismo em relação ao processo de cuidado (Campos, 1994). É nessa relação que trabalhador e usuário podem resistir às “objetificações” dos saberes e disciplinas que compõem as formações em saúde e o próprio cuidado.

Duas consequências podem ser extraídas das reflexões desse autor. A primeira e mais evidente é a de que o processo de discussão pública que culminou com a constituição do SUS no plano legal no fim da década de 1988 não encerra o processo de construção do SUS como política pública. Nesse sentido, Passos e Barros (2005) contribuem com a discussão apresentada afirmando que o que faz uma política, de fato, pública é a sua sintonia em relação a transformações do coletivo, ou seja, sua possibilidade de manter-se em movimento de contínua reinvenção.

A segunda consequência sustentada pela tese desse autor é a impossibilidade de realizar uma verdadeira reforma na saúde sem que esta seja acompanhada por uma transformação dos modos de relação entre os atores envolvidos no processo de cuidado. Essa transformação do ponto de vista da gestão dos serviços passa pela ideia de “autogoverno da instituição” (Campos, 1994). Porém, trata-se de um “autogoverno” a ser exercido conjuntamente por gestores, trabalhadores e usuários. O que se afirma então é que é o processo de compartilhamento de perspectivas, saberes e valores que permite produzir normas de funcionamento que ampliam a autonomia dos envolvidos. Ou seja, é a cogestão, enquanto um processo no qual os diferentes atores envolvidos são convocados a exercer protagonismo e a criarem possibilidades de escuta e de estabelecer pactuações, a estratégia privilegiada para ampliação da autonomia e para a construção do SUS como política pública de saúde.

1.2.3 – Autonomia nas práticas de cuidado: reflexões sobre a noção de empowerment e sobre as práticas no campo da saúde mental.

Nessa seção, gostaríamos de realizar uma discussão acerca do conceito de autonomia em dois campos da saúde pública, o campo da promoção da saúde e o da saúde mental. Novamente, gostaríamos de enfatizar que o levantamento que será realizado a seguir não tem a pretensão de um mapeamento exaustivo ou conclusivo do tema. Interessa-nos uma aproximação com os principais conceitos utilizados nesses dois campos, realizando um recorte de algumas das discussões presentes nos campos. Em primeiro lugar, escolhemos analisar alguns pressupostos presentes no movimento da promoção da saúde, pois nesse campo percebemos vir sendo utilizada com muita força uma noção também presente em outros campos da saúde pública e associada a um aumento de autonomia. Trata-se da noção de *empowerment*.

Em segundo lugar, cremos que é importante discutir alguns dos sentidos do conceito de autonomia na saúde mental, por se tratar o GAM de um dispositivo que, a princípio, vem sendo utilizado nesse campo. Nessa discussão especificamente, será de grande contribuição o trabalho de Leal (2001), autora que se dedicou a fazer um mapeamento do sentido de autonomia na área da saúde mental.

1.2.3.1 O movimento da Promoção da Saúde e a noção de *empowerment*

Com o propósito de discutir e explicitar uma apropriação teórico-política da noção de autonomia atualizada com frequência no campo da saúde, gostaríamos de destacar e problematizar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2006). Cabe ressaltar, contudo, que discutiremos dentro do movimento da Promoção da Saúde (PS) apenas uma das linhas de composição deste movimento. A Promoção da Saúde é composta por movimentos heterogêneos que vêm pautando discussões desde uma perspectiva mais individualista – com enfoque na transformação de estilos de vida – até uma perspectiva mais coletiva – com enfoque no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Interessa-nos apresentar uma discussão sobre uma das formas de apropriação do conceito de autonomia no movimento da PS, em sua articulação com outras noções muito frequentemente presentes nos debates de saúde pública brasileira, tais como a de *empowerment*¹⁶.

No movimento da PS, o conceito de *empowerment* é com frequência associado ao de autonomia. Este conceito tem duas vertentes, o *empowerment* comunitário ou social e o individual ou psicológico. De acordo com Buss, analisando a Carta de Otawa (1986), a vertente comunitária refere-se a uma “aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol da sua saúde” (Buss, 2008, p.27); a individual refere-se a um resgate da educação em saúde, um “processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de consciência política propriamente dita” (Buss, 2008, p. 27). Assim, o *empowerment* é entendido como reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades (Buss, 2008) e é considerado um dos campos centrais do movimento da promoção a partir da publicação da Carta de Otawa (1986).

De acordo com Carvalho (2004a), a compreensão corrente acerca de *empowerment*, do ponto de vista psicológico, supõe a imagem de um indivíduo “comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com os abstratos princípios de justiça e equilíbrio” (Carvalho, 2004a, p. 675). Este autor afirma que essa é uma visão que limita as possibilidades de transformação

¹⁶ Utilizaremos o termo *empowerment*, em inglês, a cada vez que nos referirmos ao termo como um conceito. Os termos “empoderados”, “empoderamento”, aparecerão quando estivermos nos referindo ao modo como ele é apropriado pelos discursos que dele se utilizam.

social e a própria produção de saúde, contribuindo para uma “autonomia regulada”, “uma espécie de *Cogito empowerment, ergo sum empowered*” (Carvalho, 2004a, p. 675).

Compreendida do ponto de vista comunitário, a categoria de *empowerment* sugere a elaboração de estratégias nas quais as pessoas e os coletivos sejam apoiados nos processos de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade desenvolvendo uma consciência crítica para a transformação da realidade (Carvalho, 2004a, p.676). De acordo com essa tradição de pensamento, afirma-se que há uma distribuição desigual do poder e do controle sobre os recursos na sociedade. Assim, estratégias de transformação do *status quo* brasileiro passariam por uma redistribuição do poder, a qual implicaria em acúmulo de poder de uns e desacúmulo de outros – “disempowerment” (Carvalho, 2004b, p.1092).

Vemos então que, em linhas gerais, a principal diferença entre as duas abordagens se caracteriza pelo tipo de relação com a política que propõem. Na vertente individual não há proposta de intervenção política; trata-se de conscientizar e capacitar os indivíduos para que cuidem de si mesmos. Na vertente comunitária o propósito é conscientizar e capacitar os indivíduos para que juntos eles se organizem para enfrentar os problemas sociais que se relacionam com a saúde de um grupo/comunidade específica. É nessa última abordagem que se fala em enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (DSS), ou seja, das causas sociais relacionadas ao processo saúde-doença. Importa ressaltar que o discurso da determinação social da saúde está associado a uma crítica dos modelos de atenção à saúde nos quais a doença é entendida em uma perspectiva exclusivamente biomédica e a relação saúde e doença é dicotomizada (saúde seria exclusivamente a ausência de doença). É nesse sentido que se fala em DSS, enfatizando que o processo saúde doença é complexo e está relacionado não só a critérios biomédicos, mas também a “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss e Pelegrino, 2007).

Em ambas vertentes do conceito de *empowerment* está implícito o entendimento de que um indivíduo ou comunidade se torna tanto mais autônomo quanto mais ele se tornar consciente, seja de cuidados com a própria saúde, seja dos determinantes sociais da saúde. A pretendida conscientização se atingiria através ou da aquisição de conhecimentos por parte dos indivíduos ou por uma “redistribuição do poder” na comunidade. Ter a capacidade de identificar – seja individual ou coletivamente – os aspectos envolvidos com a saúde e poder controlá-los e realizar escolhas mais saudáveis é parte dos objetivos aspirados pelo movimento da promoção da saúde através do processo de *empowerment*.

No artigo “Grupos de promoção da saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde” (Santos et al, 2006) há uma definição do que é designado como desenvolvimento da autonomia:

(...) processo em que os sujeitos ou grupos humanos ampliam suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida dos seus próprios desígnios, com a condição de não causar dano ou malefício a outrem ou à sociedade (Santos et al, 2006, p. 347).

Gostaríamos de nos deter nas noções até aqui evocadas pelo conceito de *empowerment*. Na citação acima notemos o uso da expressão “escolha livre e esclarecida” e em Buss a recorrência ao termo “conscientização” para descrever tanto a vertente comunitária quanto a psicológica do referido conceito. Também observamos em Carvalho o uso da expressão “consciência crítica”. Aguiar (2007) faz uma crítica muito interessante às intervenções cujos alvos de transformação são a consciência e cujos caminhos privilegiados para tal transformação são orientados pela aquisição de conhecimento. Segundo a autora, intervenções desse tipo pressupõem uma cisão interior/exterior e uma relação dicotomizada entre sujeito e mundo. Para essa perspectiva o mundo é uma instância separada do sujeito a qual se encontra dada previamente em relação à experiência, cabendo ao sujeito desvelar suas verdades. O que se evidencia como um perigo oferecido por essa concepção de autonomia que visa à emancipação intelectual é o estabelecimento de uma só forma de conhecer a realidade o que pode resultar em intervenções que incidam em práticas de controle (Aguiar, 2007, p. 652).

Ademais, a pretensão de transformar as relações sociais através de uma redistribuição do poder presente no *empowerment* comunitário também é complicada, pois afirmar que há sujeitos que acumulam mais poder que outros implica em pensar o poder como sendo uma substância, uma propriedade de algo ou alguém e supõe a existência de quem não o tem. Foucault nos ensina que o poder não é uma substância, mas um exercício, algo que se atualiza em uma relação. Para o autor, não há “uma substância da resistência face a uma substância do poder. (...) a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder (...)”(Foucault, 1995, p241). Falar em termos de detenção ou distribuição de poder implica em supor haver aquele que estaria fora das relações de poder, ou que nelas se definiria como pólo negativo, como expressão da ausência de poder, tal como uma vítima. Entretanto, entendemos com Foucault que as relações de poder não são totalmente aniquiladoras das forças do outro, pois “eu” e “outro”

emergem em uma relação de poder, de tal modo que o surgimento de ambos os termos implica imediatamente em dominação e resistência. Não há vítimas do poder, posto que há sempre a possibilidade dessas relações se invertermem, se tornarem outra coisa.

Carvalho e Gastaldo em texto intitulado “Promoção da Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós estruturalista” (2008) avaliam que, embora com suas limitações, a estratégia de *empowerment* social pode contribuir para as práticas de saúde. Nos interessa a crítica feita pelos próprios autores aos limites dessa estratégia. Os autores se questionam até que ponto as estratégias vinculadas à perspectiva do *empowerment* não estão a serviço de uma política de controle das populações, uma biopolítica? Consideramos muito pertinente a questão colocada pelos autores:

por que são os pobres os alvos de tantos programas de empoderamento, sobretudo as mulheres nesta condição? Por sua condição de social e economicamente excluídos ou para que adquiram estas mesmas tecnologias do eu que permitem certos modos de governo da população? (Carvalho e Gastaldo, 2008, p. 2035)

Os autores se referem ao trabalho de Foucault (2002) para indicar um modo de exercício de poder predominante nos dias de hoje que não se dedica apenas à produção de corpos, mas que se conecta à própria produção da vida. Trata-se da tese do biopoder. À título de compreensão da crítica empreendida pelos autores, apresentaremos brevemente esta tese, por contraste com os regimes soberano e disciplinar. A máxima do regime de poder soberano se traduzia pela frase “fazer morrer deixar viver”. O suplício é o modelo punitivo que melhor expressa os pressupostos em jogo no regime de saber-poder soberano (Foucault, 2003). O suplício consiste em um ritual meticulosamente calculado de aplicação de sofrimentos ao corpo dos criminosos em função de certos elementos do crime, visando à expiação do crime através do corpo. Nesse regime, a aplicação de uma punição que reproduzisse, em excesso, a atrocidade de um crime cometido é o que permitia anular o erro. Os espetáculos públicos de aplicação de castigos aos corpos eram, portanto, uma demonstração da desmesura do poder soberano e uma advertência aos demais que, porventura, tornassem a incorrer nele.

Nos regimes disciplinares, o exercício do poder tem como exemplos emblemáticos a escola, a fábrica, o quartel. A padronização de tarefas, o controle do tempo e a homogeneização de classes (de alunos, de operários, de militares) constituem um modo de produzir corpos que incide sobre os detalhes. Há um dos corpos e seus comportamentos, de modo a submetê-los e extrair deles maior utilidade.

A disciplina tinha como ponto de incidência o homem como corpo, o biopoder volta-se para o homem como espécie, como ser vivo. Nesse exercício de poder, a questão que se apresenta consiste na invenção de modos de controlar a vida para expandi-la. Porém, como Foucault deixa claro, tal expansão da vida é acompanhada de um racismo: não é qualquer forma de vida que é interessante expandir. Trata-se de modular certas vidas e de “deixar morrer” aquelas que não se conectam a essa modulação (Foucault, 2002). As fórmulas “fazer morrer e deixar viver” e “fazer viver e deixar morrer”, relativas à soberania e ao biopoder, respectivamente, caracterizam o que é cunhado de Racismo de Estado, tecnologia do poder fundamental à manutenção dos regimes de biopoder. A morte na soberania e no biopoder se diferenciam, pois para o Soberano, poder matar é um efeito do poder. É na medida em que ele pode exercer o direito de matar que ele tem poder sobre a vida e a morte. No regime de biopoder, a morte não é entendida como algo que abate a vida abruptamente, mas como um fenômeno inerente ao vivo, que o enfraquece. Assim, importa valorizar determinados modos de viver e deixar morrer os demais.

O discurso que defende o empoderamento das populações para que estas possam fazer escolhas mais saudáveis e enfrentar as determinações sociais relacionadas à saúde nos textos relativos ao movimento da promoção da saúde nos parece fazer pouco enfrentamento a estas formas de controle da vida. Afirma-se a importância de aumentar o poder da população para atuar em prol da saúde, tomando como evidente o que se entende como saúde. Os critérios acerca do que é ou não saudável para um sujeito são definidos de acordo com parâmetros biomédicos e não levam em conta a experiência. As escolhas saudáveis são definidas de acordo com parâmetros gerais para uma população definidas e não segundo a experiência daquele que vive. E no biopoder, a questão que se coloca relaciona-se justamente ao controle da população, ao controle do homem não como indivíduo, mas como parte de uma espécie. Assim, tais parâmetros dados de antemão contribuem para o prolongamento da vida humana e para a legitimação de um determinado modo de viver ao qual a população, de diferentes modos, é convocada a se conectar. O apelo feito à classe média, dizem Carvalho e Gastaldo (2008), está relacionado a ser saudável e belo (leia-se jovem e magro). Porém, da população pobre espera-se que ela esteja “empoderada” o suficiente para reivindicar seu direito à saúde.

A outra face dessa moeda consiste em tomar como “pouco empoderados” aqueles que não lutam pelo que é reconhecido socialmente como sendo saudável. O que é entendido como comportamento de risco para uma população é visto como algo a ser combatido, não como

condição de possibilidade de uma existência. E nesse sentido, ora a população é vista como vítima de um processo que independe dela, ora como culpada pelos seus comportamentos.

Cabe ressaltar que tanto do ponto de vista psicológico quanto do ponto de vista comunitário, a estratégia de *empowerment* parte de uma concepção de indivíduo independente do mundo. O sujeito e a comunidade devem se capazes de mudar ou lutar pela mudança do que os torna menos saudáveis e que é tido como exterior e separado do que é constitutivo dos próprios sujeitos. O processo de produção de saúde aparece descolado do processo de produção de subjetividade, pois esta última é tomada como sendo uma instância já dada e independente do que a faz mais ou menos saudável. Assim, a autonomia pretendida através do *empowerment*, mais se assemelharia a uma heteronomia, pois o que se almeja ao se incentivar uma maior apropriação do processo de produção de saúde é uma adequação a um modelo de saúde que se encontra implícito. Ou seja, aquilo que é considerado como sendo um maior grau de autonomia dos sujeitos é o que corresponde em maior ou menor grau ao que já está definido de antemão como saudável e serve como modelo do que o sujeito deve ser.

Por fim, cabe apontar que as considerações feitas até aqui indicam perigos possíveis que podem estar presentes entre as práticas que utilizam a noção de *empowerment* como estratégia de promoção de autonomia. Entretanto, esse conceito, assim como o de autonomia, é polissêmico e tem influências de muito distintas correntes teóricas e práticas políticas (Vasconcelos, 2003). Por ser hoje uma noção muito utilizada no campo da saúde e também por muitos movimentos sociais, consideramos importante promover este recorte acerca de alguns de seus modos de uso, esperando dialogar e contribuir com os debates travados no campo. Entre os próprios movimentos de usuários e familiares há a defesa da necessidade de que seus participantes sejam empoderados, bem como também observamos tal apontamento entre profissionais da saúde engajados na luta antimanicomial e na construção do SUS como política pública de saúde. Inclusive, é importante destacar que há práticas que se apropriam do conceito de *empowerment* e trazem experiências interessantes, contribuindo para o desenvolvimento de protagonismo entre segmentos sociais que vivem experiências de exclusão e opressão social, como, por exemplo, os usuários dos serviços de saúde mental. Entendemos a reivindicação desses companheiros como algo que aponta para a necessidade de transformação das relações sociais que fazem com que, por um lado, usuários da saúde (mental e geral) sintam-se excluídos e, por outro, com que profissionais da saúde e sociedade como um todo tenham dificuldade de acolher e escutar as experiências desses segmentos. Reconhecemos a necessidade de promover e ampliar tais possibilidades de transformação das

relações como muito pertinentes e legítimas. Não obstante a isso, pelos perigos expostos acima, não acreditamos que a noção de *empowerment* seja a melhor designação para a consecução de tais objetivos.

Perguntamos: fomentar autonomia, reconhecer o protagonismo dos diferentes sujeitos e alterar o padrão de responsabilidades de maneira a permitir um comprometimento distribuído do processo de produção de saúde, implica necessariamente na necessidade de efetivar estratégias de empoderamento de alguns atores e no desempoderamento de outros, conforme a estratégia de *empowerment* parece sugerir? A estratégia de *empowerment* indica a necessidade de fortalecer grupos sociais oprimidos para que estes possam fazer valer seus direitos frente a grupos competidores. Nesse sentido, definir as práticas de produção de saúde com a noção de *empowerment* supõe uma espécie de “calibragem” das relações de poder, de forma tal que ao estarem lado a lado com os usuários dos serviços de saúde, os profissionais necessitam diminuir seu poder, fortalecendo o poder do usuário.

Nossa aposta, concordando com o debate realizado na seção anterior com Campos e Merhy, é a de que a promoção de autonomia e o incentivo ao protagonismo dos usuários e familiares encontra uma ocasião oportuna nas práticas da cogestão. Essa aposta, nos parece, contrasta com a noção de *empowerment*, na medida em que o empoderamento de grupos identitários (como o grupo de usuários frente ao de profissionais) pressupõe o fortalecimento de coletivos autogestionários. A proposta de autogestão parte da constatação de que há dissimetrias entre as relações de poder entre usuários, familiares e trabalhadores e de que é preciso fortalecer os grupos oprimidos (nesse caso, dos usuários) para que estes possam enfrentar os demais grupos sociais e fazer valer suas aspirações e direitos. Concordamos que há dissimetrias entre as relações de poder que atravessam os grupos e que são importantes as experiências de grupos autogestivos. Porém, apostamos que a lateralização desses distintos atores na cogestão do cuidado instaura processos que transformam as relações de poder instituídas e amplia as possibilidades de participação no processo de produção de saúde dos grupos envolvidos. Assim, apostamos na diretriz da cogestão e da corresponsabilização dos diferentes atores, como modo de ampliação da autonomia do coletivo.

1.2.3.2 - Autonomia e Saúde Mental

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte do SUS e compartilha seus princípios, inclusive o de autonomia. Entretanto, no campo da saúde mental, em especial a partir do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, o conceito de autonomia ganha especial relevo. Isto acontece, pois, a partir da discussão sobre a desinstitucionalização da loucura e do movimento de luta antimanicomial, há uma mudança de objetivos para o cuidado em saúde mental. A produção de autonomia e o direito à cidadania em todos os seus aspectos passam a constituir os princípios centrais do cuidado em lugar da noção de “cura” (Oliveira & Passos, 2007).

A partir da Reforma, as intervenções em saúde mental tem como orientação geral o princípio ético de cuidar sem segregar, entendendo que a exclusão do indivíduo portador de sofrimento mental da sociedade é iatrogênica. Trata-se de uma posição compartilhada atualmente por uma série de autores no campo da Reforma Psiquiátrica, a despeito da pluralidade de práticas e saberes que atravessam esse campo. Nesse contexto, o aumento da autonomia passa a assumir grande importância, sendo inclusive considerado por alguns como sendo o propósito mesmo da intervenção terapêutica (Leal, 2001).

A partir dessa compreensão, Leal (2001) propõe uma investigação acerca das práticas de cuidado em saúde mental analisando o significado de autonomia nas experiências selecionadas no material bibliográfico pesquisado por ela (relatos de experiência em periódicos e em congressos). Interessa-nos apresentar o trabalho realizado pela autora, pois nele evidenciam-se quatro posicionamentos teórico-práticos importantes no trabalho em saúde mental que podem ser distintos a partir da análise dos pressupostos implícitos ao conceito de autonomia.

A autora indica que tal importância atribuída à noção de autonomia contemporaneamente não é fortuita, uma vez que esta é considerada um atributo fundamental do indivíduo moderno e articula-se diretamente com outra noção também muito valorizada e nossos dias: a de liberdade. Porém, não obstante à crescente valorização dessa noção, em raras oportunidades seus significados e suas implicações são tematizados, como defendido ao longo desse trabalho.

A análise realizada por Leal (2001) distingue quatro modelos de concepção de autonomia os quais colocam de diferentes modos o problema da articulação entre sujeito e mundo. Entre as concepções descritas pela autora, há uma que nos interessa mais, pois coloca em cena o tema da experiência. A fim de nos aproximarmos dessa discussão, gostaríamos de apresentar os modelos propostos pela autora.

A primeira concepção situa o problema da autonomia como sendo de ordem individual. A autonomia é descrita como sendo sinônimo de autossuficiência, livre arbítrio e independência. A autora demarca duas variações dentro desse modelo de autonomia. Na primeira, a autonomia aparece como fruto do desvelamento da natureza profunda do sujeito. Na segunda, a possibilidade de ser livre e autogovernar-se depende do sujeito se libertar da parte oculta de sua interioridade que o constrange a ser sempre o mesmo (impossibilitando a descoberta de outras formas de viver). Em ambas as variações, a sociedade é pouco tematizada e aparece apenas como aquilo que o sujeito pode apreender dela. Leal ressalta que a sociedade fora do campo daquilo que é apreensível por um determinado sujeito não é alvo de intervenção e que, nessa concepção, o trabalho terapêutico consiste em possibilitar aos indivíduos o exercício de suas vontades. De acordo com esse modelo de autonomia, percebemos que o projeto de articulação de indivíduo e sociedade se realiza através da redução do que se toma como sociedade àquilo que o indivíduo pode perceber dela.

No segundo modelo, o sujeito encontra-se dividido internamente entre três instâncias. Há uma primeira divisão que concerne a uma cisão no sujeito daquilo que ele toma como sendo seu “eu” e uma outra instância, que o influencia em suas ações, mas a qual ele não tem acesso, um outro em relação a si próprio, uma instância inconsciente¹⁷ por direito. O exercício da autonomia tem nessa divisão seu primeiro cerceamento, pois a distância entre o eu e ao inconsciente é intransponível, fazendo com que o exercício pleno da autonomia (ou seja, da vontade do eu) seja irrealizável pela impossibilidade do eu de apropriar-se desse outro que também é constitutivo do sujeito. Além disso, há ainda uma impossibilidade de conciliação dessas duas instâncias com uma terceira, que corresponde à dimensão social introjetada pelo sujeito. Nesse modelo a autonomia aparece como algo inatingível e o tema do social também é abordado a partir da perspectiva do sujeito.

Notemos que tanto no primeiro quanto no segundo, há uma separação entre sujeito e mundo, na qual o mundo comparece como subsumido ao domínio do sujeito. O sujeito

¹⁷ Entre as discussões relativas ao campo da psicologia, sabemos que a utilização do termo “inconsciente” remete imediatamente ao trabalho Freudiano, e à psicanálise, por conseguinte. O referencial psicanalítico é bastante presente no campo da saúde mental e, portanto, a análise empreendida por Leal acerca do uso do conceito de autonomia nesse campo recai também em uma avaliação acerca do sentido de autonomia nesse saber. Porém, não é pretensão da autora no trabalho citado empreender uma análise profunda desse conceito no âmbito do discurso psicanalítico. Parece-nos que sua proposta é a de mapear os principais sentidos relacionados à autonomia no campo da saúde mental, no qual a influência do discurso psicanalítico figura importância. Porém, o campo da psicanálise é composto por autores distintos, os quais fazem uso das noções inconsciente e sujeito de maneira igualmente distintas, sendo muito provável que uma análise cuidadosa das diferentes teorias psicanalíticas e seus entendimentos acerca do que significa autonomia evidencie diferenças conceituais substanciais. Porém, não é pretensão do presente trabalho entrar no mérito dessa questão.

aparece como sendo a instância prévia que funda a relação com o mundo e a autonomia é concebida como uma propriedade do indivíduo. Nesses modelos observamos um risco de exclusão da experiência pela reificação dos sujeitos. Em ambos desconsidera-se a dimensão de produção dos sujeitos, toma-se a subjetividade como separada das produções sociais e, portanto, do campo de relações que possibilitam a emergência de outros modos de existência.

Nesse sentido, dizemos que na base desses dois modelos há uma política cognitiva representacional. Ou seja, adota-se uma política de conhecimento na qual a representação é tomada como base para a concepção da relação entre sujeito e mundo. Nessa política supõe-se a existência de um sujeito e de um mundo que são independentes. No primeiro modelo, o dito “mundo lá fora” existe como uma representação dos indivíduos. Poderiam argumentar que o mundo nessa concepção não é tão independente do sujeito assim, pois ele surge de acordo com a perspectiva do sujeito que o concebe. Entretanto, exatamente na medida em que ele (o mundo) é privado, ou seja, depende do modo como os indivíduos o concebem, é que dizemos que ele é separado do sujeito, pois pouco pode afetá-los. Como consequência disto, a questão da autonomia fica referida à “natureza” dos sujeitos: ou se é, por natureza, autônomo, ou não.

No segundo modelo, a estratégia representacional se faz presente igualmente pela separação sujeito e mundo. Embora o social seja percebido nesse modelo como sendo parte da vida subjetiva dos indivíduos, como um fora incluído, este fora se inclui em uma relação de triangulação com o domínio do “eu” e do inconsciente apenas na medida em que tal relação possa ser sustentada. Nesse sentido, a potência deste fora, o mundo, de afetar e de provocar outros modos de relação também fica diminuída. E, pela mesma relação de triangulação, a autonomia é inatingível, pois pertencente ao domínio do eu, o qual é cerceado pelos outros dois domínios.

Outro modelo é aquele que concebe a autonomia como uma potencialidade do sujeito. Nessa concepção o sujeito nasce livre e autossuficiente; são as pressões sociais que o impedem de exercer plenamente estas potencialidades. Esse terceiro modelo difere principalmente dos dois anteriores pelo entendimento que tem acerca do social: o social existe de maneira totalmente independente dos sujeitos.

Há algo diverso do próprio indivíduo, de fora, que realiza esse papel. O sujeito era o sujeito da vontade, mas cabia a ele ter controle sobre ela a partir da consideração das regras sociais. Essa definição justifica, por exemplo, ações que estabeleçam o cerceamento àqueles que descumprem as regras sociais. (Leal, 2001, p. 76)

Notemos que junto a essa concepção de autonomia há também uma noção de direito. O sujeito é autônomo, ou seja, pode gerir plenamente suas vontades, desde que a realização de suas vontades não transgrida as convenções sociais. Por sua vez, o direito ao exercício pleno da autonomia (característica inerente aos sujeitos) encontra seu limite ao encontrar-se com a esfera pública. Passos, Barros e Coimbra (2002) analisam historicamente o quanto essa noção de direito relaciona-se à noção de propriedade privada e às lutas burguesas travadas contra o absolutismo no séc. XVIII. Esses autores apontam que a noção de direito nascida nesse contexto tinha como fundamento o direito inalienável à propriedade privada. A partir desse direito fundamental, todos os outros derivavam. Mesmo o direito público era entendido como sendo fruto de concessões dos direitos privados. Os autores vão além e afirmam ainda que os princípios defendidos pela revolução burguesa eram considerados naturais, uma vez que espelhavam a essência do que é humano. Essa definição de direitos que parte de uma suposição de homem não histórica permite a distinção de dois grupos: aqueles que têm direitos e aqueles que não os têm. Aos grupos que de algum modo comprometem o ideal de humano que se adota como parâmetro, os direitos são negados:

(...) sempre estiveram de fora desses direitos à vida e à dignidade os segmentos pauperizados e percebidos como marginais: os deficientes de todos os tipos, os desviantes, os miseráveis. A estes, efetivamente, os direitos humanos sempre foram – e continuam sendo – negados, uma vez que são definidos como segmentos subhumanos. (Passos, Barros e Coimbra, 2002, p. 16)

Partindo dessa noção de direito e de autonomia, percebemos que o direito a viver de acordo com as normas geradas por um sujeito está garantido desde que tais regras estejam em concordância com os parâmetros de humanidade estabelecidos socialmente. Há um sentido de exclusão fortemente marcado nesse modelo. Na saúde mental, há conseqüências sérias para o cuidado a partir da adoção de tal modelo, pois a autonomia que se pretende conceder à figura do louco é adaptativa. Ou seja, o exercício de direitos dos usuários da rede de saúde mental passa pela obrigação de adequar-se a um ideal de humano. Pode-se dizer que, em última instância, o louco, mantendo sua posição de louco, não tem direitos.

O mundo, entendido como o coletivo social, assume o papel de agente de coerção dos sujeitos. Assumindo uma perspectiva diametralmente oposta aos dois modelos de autonomia anteriores, na terceira descrição o problema da autonomia é entendido de modo tal que, para além da experiência dos indivíduos, há um mundo comum (no sentido de idêntico para todos) no qual experiências individuais acontecem. Os sujeitos, por sua vez, também nascem com

potencialidades e vontades já dadas, devendo adequá-las aos acordos estabelecidos socialmente. Entretanto, em comum com os outros dois modelos precedentes, também há na base do terceiro modelo uma política cognitiva representacional que se verifica através da separação radical entre sujeito e mundo. A autonomia aqui tem caráter de adaptação: o sujeito é tanto mais autônomo quanto melhor adaptado às regras sociais, o que na saúde mental assume um sentido de exclusão ainda mais forte.

Por fim, o quarto modelo descrito por Leal coloca o problema da autonomia como sendo da ordem da possibilidade do indivíduo gerar normas para si através da ampliação de seus laços sociais. Nessa concepção considera-se que o sujeito é ele próprio produto de relações sociais. Compreende-se, portanto, que o indivíduo é tanto mais autônomo quanto maior forem as suas possibilidades de estabelecer relações em sociedade. Leal destaca que a ideia de independência – presente em todos os outros modelos de autonomia – é abandonada.

Esse modelo de autonomia nos interessa justamente pelo modo como concebe a relação entre indivíduo e sociedade. Em vez do princípio da independência, o valor que se torna crucial é extremo oposto, concerne à ideia de dependência:

Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser. (Kinoshita, 2010, p. 57)

De acordo com esse ponto de vista, a relação entre sujeito e mundo não é algo que precisa ser construído artificialmente, como se houvesse a possibilidade de que ela não ocorresse. Sujeito e mundo são ambos frutos de um mesmo processo de produção.

Com frequência, ao pensarmos a relação entre sujeito e mundo costuma-se pensar em duas instâncias separadas, que por meio de algum processo interagem e se modificam. A descrição de tal processo de interação entre as duas instâncias envolve ora a prevalência do mundo sobre o sujeito – o sujeito é fruto de um processo de adaptação –, ora a prevalência dos sujeitos sobre o mundo – o mundo que observamos reflete categorias prévias de apreensão da realidade –, ora um processo de troca no qual ambas se modificam mutuamente. De todo modo, apesar das possibilidades de trocas, a ideia de que há um mundo independente daquele que o observa – e vice-versa – permanece nas três perspectivas.

Dentre os modelos apresentados, notamos nos três primeiros uma forma de conceber a relação sujeito e mundo que promove uma reificação de ambos. Ainda que, em casa um dos três modelos descritos, sujeito e mundo sejam concebidos de maneiras diferentes e

relacionem-se de distintamente, subjaz a cada um deles uma concepção de sujeito e mundo que desconsidera o processo no qual estes são produzidos.

Esse entendimento de que sujeito e mundo existem de maneira independente carrega em si o forte risco de produzir ações de exclusão, como visto no sentido de autonomia presente nos três primeiros modelos descritos por Leal na Saúde Mental e também no movimento de Promoção da Saúde apresentado. Se aceitarmos a explicação de que o sujeito é anterior ao mundo, tomamos o sujeito como fundamento da experiência e teremos como consequência desta assunção poucas possibilidades de transformação deste. Além disso, há ainda nessa abordagem o risco do abandono da problematização das instituições, organizações e da política em geral. Não é à toa que Leal nota que nos dois primeiros modelos de autonomia analisados, nos quais a ênfase no sujeito era maior, poucas intervenções propunham tematizar a instituição na qual se realizavam e o território e a comunidade foram tomados de maneira meramente instrumental.

Se, pelo contrário, tomamos o mundo como primeiro, de maneira diferente também se incorre no risco de anular a experiência do sujeito. A assunção do primado do mundo resulta em intervenções de cunho adaptacionistas que negligenciam a experiência e também os direitos dos usuários. Se aceitarmos a noção de autonomia como proposta por Campos, a qual está relacionada a um aumento dos modos de andar a vida, podemos entender que o adotar o primado ambientalista consiste em reduzir o grau de autonomia, pois se promove uma adequação dos sujeitos a um modo de vida hegemônico.

A solução dada por aqueles que admitem que sujeito e mundo se influenciam mutuamente é insuficiente para dar conta desse problema, pois ambos permanecem independentes um do outro e admite-se a adoção de critérios teleológicos para o cuidado em saúde. Esta parece ser a posição do movimento da PS discutido acima: intervir para que uma determinada população seja capacitada para gerir sua vida de modo mais saudável (leia-se: alimentando-se bem, praticando exercícios e etc.) e possa lutar por políticas públicas que assegurem esses direitos. Porém, o que significa vida saudável? Como essa ideia foi produzida? Qual o sentido dos modos de viver saudavelmente de uma determinada comunidade? Que relação tal comunidade tem com seus direitos? Estas são algumas das perguntas que poderiam ser feitas e que demandam por respostas que colocam de pronto o problema da produção de sujeitos e mundos inseparavelmente. O risco de entender de maneira independente cada um desses polos é o de excluir a própria experiência que os dota de sentido.

Pudemos ver, nas abordagens em saúde mental descritas por Leal, políticas cognitivas distintas na relação com a loucura. Nas três primeiras, de diferentes modos articulam-se noções sobre sujeito e mundo reificadas, as quais colocam o problema da autonomia como sendo ora pertinente a uma natureza imutável, ora inatingível, ora uma questão de adaptação. De todo modo, todas elas são atravessadas por uma política cognitiva representacional a qual faz a experiência do louco surgir em desacordo com o que é reconhecido socialmente como sendo legítimo. Em uma política na qual ele está separado do mundo, ele não surge como alguém com direito à fala. Legalmente, seu direito à fala está garantido. Na experiência, entretanto, o que é dito pelo louco não tem reconhecimento social: ou ele fala de um mundo que é interior a ele (e não tem pertinência para os demais) ou ele deve adaptar sua fala ao mundo que existe fora dele e é o mesmo para todos.

A inclusão da dimensão de produção de sujeito e mundo depende de um movimento de suspensão da atitude natural que toma por base juízos acerca do mundo e dos sujeitos – e os objetifica – e do acolhimento da experiência na qual sujeito e mundo co-emergem. É a partir da noção de co-emergência, ou seja, da afirmação de um processo de criação que não tem como referência prévia nenhum fundamento (seja ele sujeito ou mundo), que a noção de autonomia parece contribuir para as discussões sobre o SUS como política pública no campo da Saúde Mental.

Considerando a importância da temática da co-emergência, pretendemos discuti-la em sua relação com o problema da autonomia no capítulo que segue.

Capítulo 2 - Coemergência e competência ética: a ampliação da autonomia como emergência de um coletivo.

No capítulo anterior, interessou-nos apresentar a noção de autonomia, tão comumente naturalizada nos discursos e políticas e portarias oficiais – como se seu sentido fosse evidente. Nesse sentido, toma-se autonomia, muitas vezes, como uma noção adotada sem reflexão, especialmente no campo da saúde pública. Buscávamos problematizar algumas práticas que fazem uso do conceito, desde o âmbito da organização do SUS e dos serviços de saúde entre as distintas esferas de governo (Federal, Estadual, Municipal), ao da dimensão relacional entre usuários dos serviços e trabalhadores da saúde – o âmbito da prática de produção de saúde propriamente dita. Nessa problematização, pareceu-nos especialmente importante marcar como algumas apropriações do sentido de autonomia – aquelas que em alguma medida a tomam como sinônimo de independência e autossuficiência – podem excluir a dimensão da experiência de autonomia.

Ao longo dessa discussão, relacionamos autonomia às possibilidades de inclusão da experiência que as práticas de saúde permitem em maior ou menor grau. Assim, utilizamos o trabalho de Leal (2001) para afirmar que as políticas cognitivas que permeiam o trabalho em saúde e as concepções de autonomia, pelo modo como estabelecem a relação entre sujeito e mundo, permitem uma maior ou menor inclusão da experiência. Concluimos o capítulo afirmando que determinadas políticas, na medida em que tomam o sujeito e o mundo como pólos independentes e que se sobredeterminam em alguma medida (seja atribuindo prevalência do mundo sobre o sujeito ou o contrário) são pouco favoráveis à inclusão da experiência e que, nesse sentido, é preciso pensar na relação entre esses domínios em termos de interdependência e coemergência.

Chegamos então a um dos propósitos desse capítulo, que é pensar autonomia a partir do conceito de coemergência. Sabemos que esse é um ponto delicado nesse trabalho, pois após realizar uma crítica à univocidade atribuída ao sentido de autonomia e afirmar que o conceito é construído em meio às práticas de saúde que o atualizam, propor a discussão de um determinado sentido pode parecer um retrocesso, uma invalidação do que foi afirmado anteriormente, pois se poderia supor que enfim formularíamos o sentido mais apropriado para o conceito.

Na verdade, o propósito aqui não é o de estabelecer uma conceitualização última acerca do que significa ou não autonomia no campo da saúde, como já dito no início desse trabalho. Sabemos, como nos mostrou Sader (1988) analisando os movimentos sociais da década de 70 relacionados às questões de saúde de então, que esse campo é eminentemente político, atravessado por lutas, interesses, estratégias, epistemologias, disciplinas díspares que estão em constante tensionamento. Em meio a essa pluralidade de forças que se aliam e se repelem, há movimentos que se pretendem hegemônicos e que se arrogam maior legitimidade que a outros, por vezes, (des) qualificando os demais posicionamentos.

A aposta que fazemos na escrita desse trabalho é a de que há complementaridade entre as diferentes políticas cognitivas¹⁸ que permeiam a elaboração de práticas e projetos que façam uso da noção de autonomia. Nesse sentido, importa menos definir qual é a definição de autonomia mais legítima – ou menos ideológica, diriam alguns pareceristas de periódicos nacionais – e mais entender quais são os pressupostos que orientam nossas práticas e quais são seus efeitos. Desse modo, as formulações que apresentaremos aqui, são apenas mais algumas entre as possíveis. Porém, com elas nos inserimos em um movimento composto por diversos atores e nos aliamos com um coletivo que tem em comum uma aposta na defesa do SUS como política de saúde nacional e afirma o processo de produção de saúde como inseparável de um processo de produção de subjetividade.

Vejamos então como a noção de coemergência nos auxilia com o problema da autonomia e, mais adiante, em que medida ela contribui para pensarmos o trabalho realizado com os Grupos de Intervenção GAM com os familiares.

2.1 – Uma contribuição da biologia do conhecimento para pensarmos o sentido de autonomia no campo da saúde pública: a noção de coemergência

Humberto Maturana e Francisco Varela são biólogos, autores que inauguraram o campo que foi designado por “biologia do conhecimento”. Na década de 60, no bojo das discussões acerca do que significa ser vivo, Maturana considerou que o que distingue o ser

¹⁸ Para saber mais a respeito, conferir: KASTRUP, V., TEDESCO, S., PASSOS, E. Políticas da cognição. Porto Alegre: Sulina, 2008 p.295.

vivente dos demais é a sua capacidade de autoproduzir-se e que tal capacidade está relacionada a um processo no qual o organismo vivo se cria junto com o seu ambiente.

Posteriormente, trabalhando com Varela, os autores desenvolvem esta ideia e afirmam que o mundo em que vivemos não é pré-dado e depende de nossas experiências. Ou seja, o mundo que se supõe existir “lá fora” e que seria idêntico para todos os seres vivos surge a partir da relação que se estabelece com ele em uma experiência específica. Desse modo, ser vivo implica em uma atividade de construção do mundo que se habita. A proposta dos autores não deve ser vista, entretanto, como solipsismo idealista, ou seja, como uma tentativa explicar a realidade a partir de uma instância fundadora prévia, como o eu, o pensamento ou o sujeito. Isto, pois, tal instância designada por eu, pensamento ou sujeito, também é fruto da relação com o mundo, ela surge também surge em uma experiência.

Assim, entendendo que não há anterioridade de um sujeito ou de um mundo, uma vez que ambos surgem juntos em uma experiência, há uma inseparabilidade entre uma maneira particular de ser e o modo como o mundo parece ser. Ser vivo, portanto, implica em um processo de construção de si e de mundo, é um fazer surgir sujeito e objeto. Uma vez que surgem juntos, sujeito e objeto distinguem-se, mas não se separam, estão continuamente implicados em uma relação. A esta relação na qual ambos se co-engendram, Maturana e Varela chamaram de conhecer. Para os autores, então, ser vivo significa estar implicado em um processo de conhecimento no qual um sujeito e mundo surgem. Sendo assim, na descrição do que é vida, os verbos ser, fazer e conhecer, aparecem em uma relação de sinonímia (Maturana e Varela, 2005).

Na história da biologia, um dos problemas com os quais diversos autores já se depararam consiste em definir o que é a vida e encontrar uma descrição que seja comum a todos os seres vivos. Essa empreitada é bastante complicada ao se tentar definir um conjunto de propriedades que seriam comuns a todos os seres vivos, entendendo que a diversidade estrutural entre eles é enorme. Basta pensar em todo debate acerca dos vírus considerados seja como seres vivos ou não, pois além de serem constituídos de apenas um filamento genético (DNA ou RNA) envolto por uma cápsula de proteína, sequer tem metabolismo próprio (dependendo de uma célula para se reproduzirem).

A resposta que Maturana e Varela dão à pergunta “o que é vida?” escapa à tentativa de elencar um conjunto de características que delimitariam o que é vivo do que não é. Para os autores, vivo é todo ser dotado de um modo de organização autopoietica (Maturana e Varela, 2005, p. 52). Vejamos.

O que é uma organização? Organização, para os autores é o conjunto de *relações* que permite discernir algo como sendo alguma coisa. Por exemplo, “que seja feita de madeira, com pregos, ou de plástico e parafusos, é inteiramente irrelevante para que eu a qualifique ou classifique como cadeira.” (Maturana e Varela, 2005, p. 50) Assim, uma cadeira pode ser reconhecida como uma cadeira, ainda que lhe falte uma parte, independentemente de qual material é feita. Isso não significa dizer, contudo, que há uma essência “cadeira” em relação à qual todas as cadeiras que existem são variações, pois o mesmo conjunto pode ser facilmente identificado como “lenha” se for visto a partir de outro contexto, como por exemplo, em uma fogueira. Assim, o que importa é o conjunto de relações em meio às quais algo pode ser especificado.

O que seria então uma organização autopoietica? Um conjunto de relações que produzem as próprias condições que lhe permitem manter-se em um movimento de produção. No âmbito dessa dinâmica celular, a descrição do vivo é feita em termos de “redes e interações moleculares, que produzem a si mesmas especificando seus próprios limites.” (Maturana e Varela, 2005, p. 46). Uma compreensão desta ideia tem destaque na discussão sobre o papel da membrana para o funcionamento da célula. É graças à existência da membrana que há uma clivagem entre a célula e seu meio, sem a qual a própria célula deixaria de existir, pois é a seletividade da membrana em relação ao meio que garante a permeabilidade em relação a componentes importantes para a dinâmica celular. Eis o paradoxo da vida: é a própria dinâmica celular que permite o surgimento de uma membrana que segrega a célula como uma unidade. A relação entre a dinâmica celular e sua membrana é circular, na medida em que uma depende da outra para existir e não há primazia entre elas: seus surgimentos são simultâneos. Assim, os autores afirmam que “a característica mais peculiar de um sistema autopoietico é que ele se levanta por seus próprios cordões, e se constitui diferente do meio por sua própria dinâmica, de tal maneira que ambas as coisas são inseparáveis” (Maturana e Varela, 2005, p. 55). Essa organização autopoietica, presente desde o nível celular, ao de organismos pluricelulares, constitui a base da autonomia dos seres vivos.

O problema da autonomia dos seres vivos é um dos problemas centrais na obra dos autores desde seus primeiros trabalhos. Maturana começa a desenvolvê-lo quando, inicialmente, se coloca o problema acerca do que significa ver. Interessado em estudar o fenômeno da percepção, o pesquisador vai na contramão de seus contemporâneos ao implicar a experiência do observador naquilo que é observado.

O campo de pesquisas sobre o funcionamento da percepção quando Maturana iniciou seus trabalhos pode ser sucintamente descrito a partir de duas premissas básicas: 1) existe um

meio independente daquele que observa e 2) este meio pode ser captado através das estruturas óticas, porém ele é inatingível em absoluto, pois o processo de percepção consistiria em uma redução dos estímulos presentes no meio. A representação do meio, portanto, variaria em acurácia conforme as estruturas fisiológicas de cada organismo e conforme os estímulos que se lhes fosse apresentados.

Note-se aqui que o modelo de entendimento acerca do funcionamento cognitivo tem como paradigma o processamento de informação, o qual tem como representante emblemático a figura do computador. Nessa perspectiva, o funcionamento mental seria determinado por certas normas que orientariam o modo através do qual o mundo é percebido pelo sujeito. O meio externo independeria do sujeito e seria acessado por ele através de representações. Em outras palavras, a cognição nesta concepção seria a representação mental de um mundo prévio à experiência. O funcionamento da mente consistiria em uma operação de computação, ou seja, uma manipulação de símbolos que representam uma dada realidade (Varela, Thompson & Rosch, 2001). Este modelo de compreensão da cognição é dito *top-down*, pois as regras que regeriam o processamento simbólico estariam prontas e funcionariam como matrizes de interpretação/decodificação do mundo. Os autores que fazem parte do campo chamado de cognitivismo computacional tomam a cognição como processamento de informações. A cognição então consistiria na capacidade de discernir propriedades e equacioná-las de acordo com certas regras, hipótese que vem sendo testada por esses autores através do desenvolvimento de sistemas artificiais capazes de captar os estímulos do meio externo e processá-los conforme uma determinada lógica que seria inserida pelo programador. Esse modelo tem sido aplicado com sucesso em *softwares* de resolução de problemas simples, nos quais o conjunto de todas as soluções possíveis é mais discernível. Temos, como exemplo de tal tipo de programa, o *software* de jogos de xadrez. No xadrez as variáveis envolvidas são facilmente discerníveis, bem como todas as relações possíveis entre elas. Não é sem razão o sucesso de tais programas, uma vez que todas as jogadas possíveis estão de antemão pré-determinadas.

Cabe ainda destacar que, nesta abordagem, o processamento cognitivo não pode ser analisado diretamente, porque é por direito inacessível à consciência, restando ao cientista cognitivo inferi-lo a partir do comportamento que o organismo manifestaria diante da manipulação de estímulos¹⁹.

¹⁹ Nesse ponto cabe uma ressalva. As estratégias adotadas pelo comportamentalismo e pelo cognitivismo são similares na medida em que adotam a observação do comportamento como base fenomênica de seus objetos de estudo. Porém, enquanto no comportamentalismo importa correlacionar a manipulação de ambientes com a

Este funcionamento pode ser descrito conforme esquema abaixo:

Estímulo → Organismo → Comportamento

Porém, no que diz respeito à percepção, Maturana observou que não existe correspondência entre comprimentos de onda distintos e a experiência de visualização de cores. A partir dos relatos de pesquisas realizadas com pombos foi possível observar que não havia correspondência entre os tipos de célula da retina e a configuração visual dos objetos observados pelos animais (Maturana, 2001). Situação semelhante foi descrita por Varela e Maturana (2005) ao relatarem a experiência de observar a sombra de qualquer objeto (por exemplo, seu próprio polegar) em uma posição específica de dois focos de luz, um vermelho e um branco. A sombra da figura projetada é da cor azul-esverdeada (e não vermelha, branca ou rosa, como seria o esperado).

Dito de outro modo, supondo a existência de um mundo pré-dado, deveria ser possível estabelecer uma correspondência entre comprimentos de onda (estímulos sensoriais) e a percepção de determinadas cores (o funcionamento cognitivo). Porém, o que se observa é a inexistência de tal correlação. Os exemplos acima colocam em questão a correspondência entre estímulos visuais e percepção, pois neles pode-se compreender que tanto é possível ter a mesma experiência cromática com diferentes comprimentos de onda, como o inverso, o mesmo comprimento de onda provocar experiências cromáticas distintas.

Não obstante a isso, embora não fosse possível observar correspondência entre estímulo-cognição, os autores notaram que havia correlação entre os estados da célula ganglionar e as cores percebidas. A partir destas constatações, os autores colocam entre parênteses a hipótese de um mundo externo determinante da percepção e passaram a correlacionar a atividade da retina com a experiência de visão de cores do sujeito. Ou seja, os autores começaram a compreender o fenômeno da percepção através da correspondência entre um estado do sistema nervoso (a configuração dos gânglios da retina) e outro estado do sistema nervoso (a experiência de visão de cores). A percepção passa a ser compreendida, portanto, em um sistema fechado em si, não referido a algo que lhe seja externo. Notemos

manifestação de comportamentos, no cognitivismo trata-se de analisar as propriedades dos *inputs* sensoriais para inferir o funcionamento cognitivo a partir da observação do comportamento. O comportamento, para o comportamentalista é, assim, o próprio objeto de estudo, enquanto que para o cognitivista ele é índice da cognição. Nesse trabalho, não faremos distinções entre as duas estratégias, pois consideramos que ambas adotam uma perspectiva representacional em relação à experiência (Eirado et al, 2010).

destarte no fenômeno da percepção uma circularidade entre aquele que vê e aquilo que é visto, de modo tal que o que promove a alteração de um estado nervoso é distinto, porém não separado do estado nervoso promovido.

É essa organização circular que Maturana e Varela (2005) designam como sendo a organização fundamental que distingue o ser vivo da matéria inerte. Vivo é todo ser cuja operação de seus componentes teria como produto os próprios componentes que permitem sua operação. Nessa abordagem, diz-se que os sistemas cognitivos são estruturalmente fechados, isto é, se caracterizam pela “clausura operacional” (Maturana e Varela, 2005, p.101).

Retomemos o modelo do cognitivismo computacional para, por contraste, nos aproximarmos mais da noção de clausura operacional. Como já visto, no cognitivismo computacional, também chamado cognitivismo *top-down*, o meio serve de *input* para o sistema cognitivo, ou seja, como fonte de informação a partir do qual o processamento mental produz representações. Diz-se então que o sistema cognitivo é espacialmente aberto, pois se encontra captando informações do meio – o organismo está inserido em um mundo e é constantemente acometido pelas informações que lhe chegam do seu entorno. Porém, temporalmente, diz-se que o sistema é fechado, pois as estruturas de decodificação utilizadas para interpretação do meio são imutáveis, ou seja, o processamento simbólico das informações externas ao sistema obedece a uma sintaxe já dada.

Uma analogia frequentemente utilizada por Maturana e Varela para a compreensão da ideia de clausura operacional é a descrição de um piloto de submarino imaginário que teria passado a vida toda no submarino, sem nunca ter saído dele, sendo visto por um observador externo, situado em uma praia. Vendo o operar do piloto em meio aos recifes, o observador poderia felicitá-lo através do rádio pela sua destreza em desviar dos obstáculos. Porém, do ponto de vista do piloto, não há recifes, sequer submarino, há apenas botões, alavancas e relações entre indicadores que devem ser mantidas. As ações do piloto não são orientadas por representações de um mundo exterior, mas sim são guiadas pela própria dinâmica dos estados do submarino (Maturana e Varela, 2005).

Nessa metáfora, do ponto de vista do cognitivismo computacional, a praia é o mundo externo, o organismo corresponde ao piloto e ações desenvolvidas pelo piloto na condução do submarino seriam análogas ao processamento cognitivo. Há, portanto, um mundo externo que é acessado pelo organismo através dos estímulos (dados) fornecidos pelo meio. Por sua vez, o organismo é capaz de interpretar este conjunto de dados para a adoção de comportamentos adequados (nesse caso, desviar-se dos obstáculos). Ou seja, supõe-se entre a cognição e o meio uma relação de correspondência a partir da qual é possível extrair sentido dos dados

captados no mundo. O meio externo e o processamento mental obedecem a uma lógica semelhante, pois se assim não fosse, seria impossível ao organismo interpretar o mundo e a ele adaptar-se. A tarefa do cientista cognitivo consistiria então em depreender tal lógica de funcionamento da cognição a partir da observação do comportamento dos organismos diante de determinada programação de estímulos. Por exemplo, nos estudos sobre o fenômeno das falsas lembranças ²⁰(Loftus, 1997), o tempo entre a exposição do evento a ser lembrado e a evocação da lembrança é uma variável manipulada nos experimentos com o propósito de identificar qual a influência do tempo na formação de memórias falsas. Dito de outro modo, o importante é determinar qual é o intervalo de tempo com o qual o processamento mnemônico funciona de modo a registrar mais fidedignamente os eventos ocorridos no mundo. Note-se que a questão nesses estudos está relacionada à obtenção de memórias acuradas, ou seja, a estabelecer quais fatores contribuem para um funcionamento cognitivo com maior grau de correspondência com os eventos que se passam no mundo, qual é a lógica que determina uma representação mais fiel.

Para Maturana e Varela, na metáfora do submarino, a cognição não capta um meio, pois o ato de conhecer não implica em uma extração/decodificação de informações do mundo. A praia externa ao submarino, do ponto de vista do piloto, é uma abstração ou suposição. O pilotar faz surgir relações a partir das quais o piloto se orienta e segue pilotando. Assim, diz-se que o sistema é espacialmente fechado – pois não há *inputs* de informações que lhe são externas e que comandariam o sistema –, mas é temporalmente aberto – porque as estruturas cognitivas não pré-existem ao mundo, elas e o mundo coemergem simultaneamente.

Assim, temos que o meio que surge para um determinado sujeito depende do surgimento do próprio sujeito. Novamente, enfatizamos que se trata de uma dinâmica circular na qual um mundo se dá a ver como mundo perante os olhos de um sujeito; o sujeito, por sua vez, emerge em relação a um mundo diante de si. Esta relação pode ser representada no esquema abaixo, no qual pretendemos destacar que não há anterioridade ou primazia entre os termos, a criação precede a existência de criador e criatura.



²⁰ O fenômeno das falsas lembranças consiste na lembrança de eventos que socialmente não se reconhece como tendo acontecido, mas cuja velocidade de acesso e a certeza subjetiva do ponto de vista daquele que se recorda é idêntica a de qualquer outra lembrança (Loftus, 1997).

Dado que as estruturas de sujeito e mundo são coemergentes, é correto dizer que nessa abordagem as estruturas cognitivas são variáveis ao longo da história de vida dos organismos, pois emergem em cada contexto específico. Porém, embora as estruturas sejam variáveis, a organização que lhes serve de base (a dinâmica autopoietica) permanece. Diz-se que enquanto houver possibilidade de surgimentos de si e mundo diante das perturbações que se oferecem aos sistemas cognitivos, há acoplamento estrutural entre o organismo e o meio e/ou entre os demais organismos. A dinâmica de acoplamento estrutural consiste em um processo de produção de relações que permite aos organismos permanecerem nesta dinâmica de produção. Quando as relações são tais que não é mais possível um acoplamento estrutural, há desintegração do organismo.

É interessante notar que este conceito é diferente da ideia mais comumente atribuída à relação entre sujeito e mundo, pautada na noção de adaptação. O acoplamento estrutural não é um modo de adaptação ao meio, pois não se atinge um ponto ótimo, um equilíbrio, entre os termos. Na verdade, na história de acoplamentos de um sujeito, o mundo permanece como fonte de perturbação do estado do sujeito e vice-versa.

Para afirmar que o meio é fonte de perturbação para o sujeito, pensando em termos de coemergência, é necessário fornecer mais elementos acerca da relação meio-sujeito. Como já dito, um meio surge para um determinado sujeito, de tal modo que não seria possível descrever essa relação como informação, comando ou influência (pois haveria a pressuposição de algo pré-existente). Ainda assim é necessário apontar para algo que surge na própria experiência e que persiste na forma de perturbação para as estruturas cognitivas de um sujeito.

A história de acoplamentos estruturais realizados pelo sujeito/organismo constitui um *background* que o orienta em suas ações. O *background* permite, na maior parte de suas ações cotidianas, uma “presteza para a ação” (Varela, 1992):

Imaginemo-nos a caminhar pela rua, talvez para irmos a um encontro marcado. É o fim do dia, e nada de particular se encontra na nossa mente. Estamos relaxados e simplesmente com o estado de ânimo de quem anda a passear. Levamos a mão à bolsa e, de súbito, descobrimos que o porta-moedas não está onde habitualmente se encontra. Atrapalhação: paramos, a nossa mente está confusa, a nossa tonalidade emotiva se altera. Antes de nos darmos conta, um novo mundo emerge: lembramo-nos de ter deixado o porta-moedas no estabelecimento onde há pouco compramos cigarros. O nosso estado de espírito torna-se o de quem perdeu dinheiro e os documentos, a nossa presteza para a ação é agora a de voltar rapidamente ao estabelecimento. Ligamos pouco ao que nos rodeia, às árvores, os transeuntes, toda a nossa atenção visa evitar perdas de tempo. (Varela, 1992, p. 19)

No exemplo acima, três acoplamentos sujeito/mundo emergem sem que haja qualquer consciência por parte do sujeito do processo de vir à tona de cada um deles: há 1) um sujeito que caminha tranquilamente observando a paisagem que não o oferece nada de novo, 2) um sujeito confuso, para quem o mundo aparece sem sentido e 3) um sujeito apressado, para quem o mundo surge como algo aquilo que o faz perder tempo. Ao longo do viver dos organismos, em cada situação, surge uma série de micro-mundos e, com eles, micro-identidades (utilizando o vocabulário empregado pelo Varela) que são acessados de maneira imediata, sem reflexão ou esforço por parte do sujeito. Assim, historicamente, pelo caráter de recorrência com o qual se apresentam, micro-mundos e micro-identidades constituídos orientam a vida cotidiana. Cada situação específica vivida suscita a aparição de modos de relação para com elas previamente estabelecidos, o que permite classificar uma boa parte das ações como sendo apropriadas.

Esta disponibilidade com que cada uma das micro-identidades e micro-mundos aparece permite que as ações do vivo sejam “perceptivamente guiadas” (Varela, 1992, Maturana & Varela, 2005, Varela, Thompson & Rosch, 2001). A experiência do vivo, suas ações, permite a criação de sujeitos-mundos que, em certo sentido, servem de patrimônio, recurso, para o surgimento de outros sujeitos-mundos.

Um exemplo frequentemente utilizado pelos autores para ilustrar essa ideia é o do experimento feito com dois grupos de filhotes de gatos criados em ambientes totalmente escuros (Held & Hein apud Varela, 1992) expostos em condições controladas à luz do sol. Ao primeiro grupo de gatos foi permitido percorrer livremente um ambiente, porém amarrado a eles havia um cesto no qual estava o segundo grupo de gatos. A diferença fundamental entre os dois grupos, portanto era a de que o primeiro grupo se movia livremente no ambiente, enquanto o segundo permaneceu durante todo o tempo passivo em relação ao ambiente. Da perspectiva da cognição como processamento de informação, seria possível dizer que ambos grupos compartilharam a mesma experiência visual, pois os estímulos advindos do ambiente seriam os mesmos (como a suposta praia em relação ao submarino). Porém, após algumas semanas, quando ambos foram postos em liberdade, o comportamento deles diferiu radicalmente. Enquanto o primeiro grupo circulou pelo local normalmente, o segundo grupo caía e se chocava contra os objetos. Varela defende que esse estudo é a favor do ponto de vista segundo o qual a percepção surge a partir da ação do organismo. Ressalta-se a importância conferida às ações do vivo, pois a cognição não é abstrata, descontextualizada,

ela é encarnada no ato. As ações possibilitam a emergência de sujeitos-mundos, os quais, por sua vez, guiam a ação do vivo (novamente, em uma dinâmica circular).

Cada um dos modos de relação sujeito-mundo emergido é constantemente interrompido por perturbações que afetam o sujeito, ensejando a recorrência a outros modos de relação com o mundo. Assim, no exemplo anteriormente mencionado de perda do porta-moedas, nota-se a mudança de uma disposição à outra, variando do andar pela rua relaxado, passando pela confusão ao não encontrar o porta-moedas, à pressa por retornar a um determinado lugar. Ocasionalmente, há perturbações que desorganizam/equivocam os repertórios habitualmente evocados (trata-se de um *breakdown*), diante de situações que forcem os limites do habitual, obrigando à criação de um novo arranjo existencial.

Importante observar que estas perturbações não são externas à experiência do sujeito, mas surgem a partir dela. Assim, elas não condicionam externamente a ação que o sujeito terá diante delas, tampouco o sujeito planeja o que fará com elas. As perturbações coemergem junto com sujeito e mundo, sendo inseparáveis destes. Desse modo, temos que, em uma dinâmica circular, surgem micro-identidades e micro-mundos, os quais são sempre acompanhados de perturbações que fogem aos modos de ser sujeito e mundo constituídos ao longo da história de acoplamentos estruturais. Para Varela, estas perturbações são “os eixos que articulam os micromundos, que constituem o lado autônomo e criativo da cognição viva” (1992, p. 21).

Acrescenta-se com isto um ponto a mais para compreender o que é proposto como autonomia na abordagem enativa da cognição. Para Varela a autonomia consiste em uma dinâmica circular na qual sujeitos e mundos coemergem, com a desestabilização das formas criadas. Micro-identidades e micro-mundos são evocados ou criados a partir de perturbações. E tais perturbações não são externas aos sujeitos-mundos. A noção de autonomia utilizada pelos autores implica em dizer que os sistemas não são informados por nenhum elemento que lhe é externo, a estrutura do sistema determina o que poder ser percebido pelo organismo.

Diante da desestabilização das formas criadas, de início e na maior parte das vezes, são evocados micro-sujeitos e micro-identidades já constituídos para lidar com este processo. Chamaremos a essa recorrência às formas já existentes de automatismo, pela presteza com a qual tais formas se oferecem à ação. Automatismo consiste na incorporação de modos de relação com o mundo já previamente estabelecidos. Fazendo referência novamente ao exemplo da perda do porta-moedas mencionado acima, podemos observar que no instante em que se constata o esquecimento do objeto em um determinado local, toda a disposição do corpo e do pensamento se altera e assume uma nova identidade, a de alguém que perdeu algo.

Esta mudança de um estado a outro, em geral, não é percebida pelo sujeito, pois a identidade emergida é assumida prontamente. Dizemos então que a assunção de tal identidade é automática.

Pelo fato de que, em geral, não percebemos a transição e a adoção de uma identidade em relação à outra, há uma sensação de continuidade entre elas, como se houvesse a existência de algo que permanecesse para além das transformações ocorridas. A ideia de um “eu” que permanece inalterado é fruto do automatismo com o qual identidades e mundos são tomados como pré-existentes.

Um outro modo de lidar com as perturbações às formas estabelecidas (*breakdowns*), consiste na criação de outros arranjos existenciais, o que envolve o surgimento de novos sujeitos e mundos. Não se trata, porém, de uma escolha que pode ser feita pelos sujeitos, trata-se de outro modo de surgimento dos sujeitos e mundos na experiência. Entendendo que a autonomia não é de um indivíduo, mas é uma dinâmica que permite a emergência de indivíduos e mundos, nessas ocasiões em que há criação de novos modos de estar no mundo, dizemos que há ampliação da autonomia dos organismos, pois se ampliam suas possibilidades existenciais. Em última instância, dizemos que o aumento da autonomia está relacionado ao aumento da permeabilidade das formas que surgem à dinâmica circular que permite o surgimento de outras formas.

Diante de tal dinâmica de criação, a perspectiva de um “eu” é ressignificada, pois não há sentido em pensá-lo em termos de um si mesmo permanente e/ou independente. Na verdade, o argumento central nessa abordagem consiste na ideia de que não existe um si mesmo que permanece inalterado ao longo da história dos organismos. A noção de um si mesmo é admitida apenas enquanto vazio de uma identidade. Dizemos então que a ampliação da autonomia tem relação com uma maior permeabilidade dos si mesmos (das identidades) em relação a esta dimensão vazia de si.

2.2 – Um si vazio de si: a autonomia do coletivo e a competência ética

Em *A mente corpórea* (2001), Varela questiona a existência de um *self* separado e independente das experiências que o constituem. O autor defende que durante a observação de qualquer experiência é possível constatar que a experiência está em movimento de contínua modificação e que aquilo que consideramos “eu” aparece sempre dependente de uma situação particular. Por exemplo, se você se observar nesse momento, verá que aquilo que designa

como seu “eu” tem relação com a leitura desse texto. Talvez em seguida passe a pensar sobre o assunto. Após a conclusão da leitura, estará envolvido em alguma outra atividade. Olhando para a experiência, não é possível apontar a observação de um “eu puro”, fora da relação com algo. O que se designa como “eu” está continuamente em transformação e em relação com alguma situação particular. Entretanto, na vida cotidiana, tomamos como certa a existência de um “eu” independente. As experiências pertenceriam ou se passariam em um “eu”, não obstante ao fato de que tais situações particulares são totalmente transitórias e de que o que se designa como eu se transforme em cada uma dessas situações.

Dialogando com a tradição do budismo, Varela (2001) se pergunta: se o “eu”, o *self*, existe anteriormente e independente de qualquer experiência, então o que ele é e onde está?

É possível afirmar que o “eu” é o mesmo que nosso corpo? As células do nosso corpo têm ciclos de vida variáveis que não correspondem ao período de vida vivido por um determinado sujeito. Desse modo, ao longo da vida, pode-se dizer que as células de um sistema (como o imunológico, por exemplo) renovam-se completamente algumas vezes. O que há então em comum entre as células que compõem um corpo ao nascer e, posteriormente, aos 30 anos de vida? É a mesma questão presente ao identificarmos um barco como sendo o mesmo após todas as suas peças já terem sido trocadas. O que nos permite identificar um corpo como sendo o mesmo após suas células já não serem mais as mesmas? A crença mais difundida socialmente é a de que nós temos um corpo, mais do que somos um corpo, o que é indicativo de que o “eu” é tomado como algo que tem relação com o corpo, mas não se confunde com ele. Assim, reconhecemos o corpo como sendo o mesmo porque se supõe a existência de um padrão que é comum às diversas mudanças celulares e está para além do corpo.

Atualmente, há uma tendência a identificar o si, o eu, com o cérebro e uma vez que o cérebro tem funcionamento contínuo, identificamos a solidez do eu à continuidade das conexões neuronais. Ou seja, entendendo que o funcionamento cerebral é sempre o mesmo, então poderíamos supor que o que há de permanente e duradouro na experiência humana está localizado no cérebro. Varela (2001), dialogando com alguns experimentos realizados por neurocientistas, questiona tal permanência suposta na atividade cerebral. Um dos experimentos apresentados pelo autor apresenta evidências de que sequer o cérebro é permanente. Vejamos:

Ao se apresentar a um determinado observador dois focos de luz, é sabido que, de acordo com o intervalo de tempo entre a exposição dos focos, o observador tanto poderá ver o aparecimento das luzes como simultâneo (caso os dois focos sejam apresentados em um

intervalo inferior a 0,1- 0,2 segundos), como em movimento (caso haja um aumento do intervalo) ou como em sequência (em um intervalo ainda maior). Esse efeito em relação ao intervalo da exibição de luzes em relação à percepção que temos delas é explorados em *outdoors*, quando vemos, por exemplo, uma seta que se move apontando em uma determinada direção. Trata-se na verdade de focos de luz diferentes que são acesos e apagados em um intervalo de tempo que nos dá a sensação de ver um mesmo foco se movendo em certa direção.

O experimento realizado consistiu então em fixar eletrodos na cabeça de um observador, acompanhando assim o ritmo dominante da frequência cerebral do sujeito durante a exposição de dois focos de luz separados por um determinado intervalo. O ritmo cerebral tem duração média de 0,1 segundo e tem picos negativos e positivos. O propósito de tal experimento era averiguar se haveria diferenças entre o modo como o sujeito veria a aparição dos focos em momentos distintos de seu ritmo cerebral, mantendo-se o mesmo intervalo de exibição das luzes. Após a exposição, o sujeito seria interrogado acerca do modo como as luzes apareceriam para ele (se simultâneas ou em movimento aparente) em distintos momentos do seu ritmo cerebral. O que se verificou como resultado de tal experimento foi uma maior probabilidade de o sujeito ver as luzes aparecerem simultaneamente durante os picos negativos e, ao contrário, observar as luzes em movimento aparente durante os positivos. Ou seja, embora o intervalo entre os estímulos tenha permanecido o mesmo, de acordo com o momento cerebral a observação dos estímulos variava. Desse modo, questiona-se a suposição da continuidade do funcionamento cerebral, pois o próprio cérebro funcionaria de maneiras distintas conforme seu próprio ritmo. Diferentemente do que se pensava, hoje há uma corrente na neurociência que afirma que o cérebro não funciona como uma sequência de transmissão de dados da retina aos músculos, por exemplo, mas como uma rede na qual os neurônios são dotados eles próprios de distintas propriedades rítmicas.

Para além do corpo, então, seria possível identificar o *self* aos sentimentos? Isto também não seria possível, pois os sentimentos mudam continuamente, assim como nossas preferências e hábitos. Por fim, então, pergunta-se: o *self* é o mesmo que a consciência? Conforme já vínhamos argumentando anteriormente, se considerarmos que a consciência é sempre de um objeto, essa também está em contínua transformação, em uma relação contínua com diversos objetos.

Varela (2001) aponta que Kant viu problema semelhante ao discutir em que consistiria a possibilidade de percepção de um objeto. Kant (2012) observou que o fluxo da consciência é transitório e altera-se continuamente. Porém, segundo ele,

Este pensamento de que “estas representações dadas na intuição me pertencem todas”, é o mesmo que se dissesse: eu as reúno em uma consciência única, ou pelo menos posso reuni-las; e ainda que esse pensamento não seja ainda a consciência das sínteses das representações, pressupõe, não obstante, a sua possibilidade, quer dizer, que somente porque posso compreender a diversidade das representações em uma consciência única, denomino a todas minhas; pois se assim não fosse, seria meu eu tão diverso e extravagante como as representações cuja consciência tenho (Kant, 2012, p. 55).

O argumento kantiano é o de que os objetos apreendidos pela experiência são efêmeros e, portanto, não podem ser a fonte do conhecimento. A consciência é igualmente transitória e não pode também ser a fonte da regularidade. Através da consciência, que é um fluxo, a unidade e a regularidade não podem ser, portanto, conhecidas. Porém, o fato de que posso reconhecer que a pluralidade das experiências se passa em mim revela que há algo fixo e duradouro que permite tal reconhecimento. Seguindo este raciocínio, a consciência da pluralidade das experiências é garantida por uma instância fixa, imutável. Trata-se de uma consciência pura, ou transcendental, que precede qualquer experiência e é condição de possibilidade desta, mas cujo acesso através da consciência não é possível – pois esta é por direito fluída.

Varela (2001) objeta que a solução encontrada por Kant é reveladora do problema em que consiste a crença em um si mesmo. A resposta kantiana necessita supor tal ponto constante e imutável, o si, em uma instância inacessível à experiência, pois reconhece que na experiência mesma tal existência não pode ser confirmada. Varela dialoga com a tradição do budismo para uma compreensão deste problema, argumentando que do ponto de vista da experiência a continuidade de um “eu” não se verifica. A existência de tal instância, o si, é uma inferência, uma hipótese que não pode ser confirmada em nenhuma experiência. Isto equivale a dizer que para falar de um si mesmo, é preciso afirmá-lo vazio, pois não há nele nada de imperecível. Em todas as dimensões da experiência não é possível verificar algo imutável.

Esta não é, entretanto, uma perspectiva niilista. A ausência de uma substancialidade atribuída ao si é uma afirmação de que o si é vazio de um si mesmo (*selfless self*), porém, ele é repleto do mundo Vejamos:

2.3 - Autonomia como expressão de um coletivo

A afirmação de um si mesmo despojado de uma instância duradoura e permanente soa, à primeira vista, como uma perspectiva negativa sobre a subjetividade. De um modo geral, pela crença arraigada acerca da existência de tal instância, entendemos a afirmação da ausência de um eu em si, independente e separado das demais coisas, como uma perda. Porém, assumindo a perspectiva de que o eu não existe em si, mas é coemergente em relação ao mundo, entende-se que o que é mais fundamental às experiências não é a falta de um eu, mas o excesso de relações que são estabelecidas com o mundo. Há uma passagem em um texto de um monge tibetano, muito simples e também muito complexa, que aponta nesse sentido:

Se você for um poeta, verá claramente que há uma nuvem flutuando nessa folha de papel. Sem uma nuvem, não haverá chuva; sem chuva, as árvores não podem crescer e, sem árvores, não podemos fazer papel. (...) Se olharmos mais profundamente para dentro dessa folha de papel, nós poderemos ver os raios do sol nela. Se os raios do sol não estiverem lá, a floresta não pode crescer. (...) Poderemos ver o lenhador que cortou a árvore (...). E vemos o trigo. Nós sabemos que o lenhador não pode existir sem o seu pão (...) (Thich Nhat Hanh, 2000, p. 15)

O que se pretende ilustrar nessa passagem é a impossibilidade de existir de maneira separada, independente. A folha de papel para existir necessita da árvore, a qual por sua vez depende do sol, da terra e todos os micro-organismos presentes na terra. Depende também do lenhador, que depende da esposa, a qual não existiria sem seus pais e assim sucessivamente numa cadeia infinita que, em última instância faz com que a folha de papel em branco se conecte ao mundo todo com o qual ela tem co-nascimento. Assim como até mesmo uma folha de papel em branco depende de todo o resto para existir, também todos os demais seres dependem visceralmente do mundo todo. Ou seja, em um primeiro nível de análise, concluímos que a emergência de cada um dos seres está necessariamente relacionada com a emergência de todos os demais seres.

No capítulo anterior, apresentamos rapidamente a noção de autonomia, proposta por Kinoshita (2001), na qual o autor defendia que os sujeitos são tanto mais autônomos quanto maiores as redes de dependência nas quais eles se inserem. A noção de autonomia com a qual o autor trabalha é fruto de sua aproximação com os trabalhos de Maturana e Varela. Em seu trabalho de doutorado, ao analisar o que se toma por doença mental crônica, o autor constata que o problema da cronicidade está em separar aquele que é

considerado doente daquele que designa a este sujeito como sendo um doente mental. É de praxe atribuir a cronicidade da doença mental ao indivíduo doente, como se tal processo fosse concernente exclusivamente a ele. Porém, o que não ganha visibilidade nessa perspectiva é a relação na qual a cronicidade aparece, a qual inclui aquele que é responsável pela designação de um outro como sendo doente crônico, ou seja, a equipe de saúde e a própria sociedade como todo.

Falamos em termos de cronicidade, diz Kinoshita (2001), quando dizemos que não há resposta do paciente às tentativas de tratamento. Porém, ressalta o autor, o insucesso das abordagens terapêuticas não revela um problema que é exclusivamente individual, apenas aponta para o fracasso das nossas interações como profissionais. Assim, a cronicidade de uma situação de sofrimento mental diz respeito à cronicidade das relações nas quais o dito doente surge e à ineficiência das intervenções que se destinaram a transformar tal situação. Utilizando o vocabulário empregado por Varela, podemos dizer que na história de acoplamentos estruturais do sujeito que se apresenta como crônico, há um baixo grau de variação entre micro-identidades e micro-mundos. Diante das perturbações que surgem na experiência, é como se o processo de variação de identidades e mundos – assim como a criação de outros modos de ser – fosse freado e um determinado acoplamento sujeito-mundo tendesse à fixação. Para o sujeito que sofre por ouvir vozes que lhe ameaçam, por exemplo, o mundo surge como assustador e há muita dificuldade em ouvi-las de outro modo. A dinâmica das relações sociais (o mundo coemergente em relação àquele que ouve vozes), por sua vez, atribui a esta experiência o caráter de loucura e toma a experiência do louco como estando em desacordo com as experiências possíveis de mundo. Ou seja, tanto o louco tem uma experiência crônica, pois nela se torna incapaz de ter outras experiências, quanto a sociedade com a qual ele surge encontra-se em processo de cronificação pela dificuldade em olhar para o valor da experiência do louco no âmbito social. Para ambos, sujeito e mundo, o modo através do qual a experiência de loucura tem surgimento é empobrecida, pois há poucas possibilidades de outro surgimento. Diz-se, então, que a dinâmica de surgimento de identidades e mundos na qual a loucura ganha sentido é crônica.

No caso da cronicidade de uma situação de sofrimento mental, vemos uma excessiva dependência de uma determinada forma de relação, e a impossibilidade de construir outros modos de relação (tanto por parte do sujeito, quanto do mundo, é importante sempre ressaltar). É nesse sentido que se fala de ampliação das dependências, com a intenção de frisar que a ampliação da autonomia passa pela possibilidade de tornar possível outros modos de surgimento sujeito-mundo.

Observemos que inicialmente, com a passagem do texto extraído da literatura budista, afirmávamos que em última instância todos os seres têm surgimento simultâneo e participam da especificação uns dos outros. Falávamos, portanto, na emergência de um sujeito como sendo, na verdade, o surgimento de uma rede na qual todos os nós estão de algum modo relacionados e na qual a mudança em um dos pontos afeta aos demais. Concluímos que os seres são todos distintos, porém não separados. Concluímos, portanto, que o aumento da autonomia não pode ser restrito a um indivíduo, mas deve incluir toda a rede.

Em um nível mais profundo de análise podemos pensar que a ampliação da autonomia não passa apenas por uma ampliação da rede de relações nas quais um organismo emerge. Como nos foi mostrado pela discussão acerca da cronicidade construída por Kinoshita, a cronicidade tem relação com a dinâmica a partir da qual surgem indivíduos e as relações entre eles, não sendo um atributo individual. Em uma perspectiva complementar à anterior, a autonomia não consiste apenas na ampliação das redes de relações, mas também, e principalmente, consiste na ampliação da permeabilidade das formas emergidas e da dinâmica de produção de novas formas.

Entendemos com Maturana e Varela que a autonomia diz respeito ao processo de criação de micro-mundos e micro-identidades, ao processo singular no qual um ser, o mundo e suas leis surgem simultaneamente. Compreendendo então que sujeito e mundo são distintos, mas não separados, a ampliação da rede na qual o organismo se insere é uma parte do processo de promoção de autonomia. Porém, dizer isto é insuficiente para dar conta do complexo processo que envolve a ampliação da autonomia, pois esta ampliação da rede de relações deve vir acompanhada de uma permeabilidade crescente a outros modos de ser sujeito e mundo. As perturbações que certamente advirão da rede aos modos de relação já constituídos devem poder ensejar a criação de outros modos de relação. Ou, caso contrário, como visto com Kinoshita (2001), manter-se-á modos de relação tendendo à cronicidade. A ampliação das redes de dependências, sugeridas pelo autor como um modo de entender o sentido da autonomia tem na verdade o propósito de sugerir o aumento do tensionamento desta rede na qual os organismos todos se encontram, favorecendo a criação de outros modos de estar em rede.

Percebemos então a existência de duas dimensões da rede a qual no referimos, uma macro e outra micropolítica. Há uma dimensão da rede que nós identificamos como estando relacionada ao plano das formas, das identidades, dos produtos; é o plano macropolítico, aquele relativo às identidades e mundos emergidos. Os elementos que compõem esse plano, por serem frutos de um mesmo processo de produção, se correlacionam e são

interdependentes. A fim de ilustrarmos o que estamos querendo dizer, tomaremos como exemplo bem simples dessa rede, a rede de serviços de saúde. Em um determinado território, os serviços de saúde estão organizados segundo uma lógica hierarquizada (da atenção primária à terciária), na qual cabe a cada um a responsabilidade sanitária. Pensamos que a ampliação da autonomia de um determinado serviço consiste na ampliação de sua integração com os demais equipamentos da rede, no reconhecimento de que para a produção do cuidado de maneira integral, os serviços dependem uns dos outros mutuamente. Essa integração com os demais serviços pode ser pensada como um sistema de referência e contra-referência, no qual se encaminha com responsabilidade para os demais serviços o que não for da complexidade do serviço e se acolhe os usuários que forem encaminhados pelos demais. Porém, se identificarmos a ampliação da rede a esta dimensão na qual os serviços encaminham usuários uns aos outros segundo um perfil pré-definido na rede, o que fazer diante dos usuários que se recusam a ser atendidos no serviço para o qual se referenciou? Ou ainda, como lidar com os usuários que demandam serviços que extrapolam aqueles oferecidos pela rede?

Chamamos a atenção para o fato de que para além da rede instituída de referência e contra-referência entre os serviços, há também outra dimensão da rede que precisa ser ampliada no sentido de aumentar sua autonomia. Trata-se da dimensão processual e coletiva que permite à rede reinventar-se, sua dimensão micropolítica. É a partir dessa dimensão, na qual se dão as pactuações, as discordâncias, os tensionamentos, as alianças, que efetivamente podem ser construídas respostas às perguntas do parágrafo anterior. Essa é a dimensão viva da rede, na qual se fabricam respostas sempre provisórias às situações-problema que se apresentam diariamente no cotidiano de trabalho. Essas dimensões não se opõem. Pelo contrário, são domínios de um mesmo processo.

Há uma passagem na obra de Varela (2001) na qual o autor discute a ambição dos autores da inteligência artificial de criação de uma máquina autônoma, um robô. Porém, robôs projetados para desenvolverem tarefas simples do cotidiano são muito menos bem sucedidos que programas criados para jogar xadrez, como visto parágrafos acima. Varela (2001) toma como exemplo a construção de um robô com o propósito de dirigir um automóvel. A dificuldade de se obter um robô desse tipo reside na impossibilidade de reunir todo o conjunto de variáveis com os quais deve lidar tal máquina, bem como o modo de lidar com cada uma delas. Pergunta-se: um robô desse tipo, além das regras do trânsito e de saber reconhecer outros automóveis, semáforos e etc, bem como saber como agir diante de tais

elementos, não deveria considerar a relação com os pedestres? E quanto à meteorologia? Não seria igualmente importante considerar o modo de dirigir de uma determinada ou região?

O que se torna progressivamente explícito é a impossibilidade de definir previamente todo o conjunto de situações com as quais o pretense robô deveria lidar. Basicamente, não basta conhecer o conjunto de regras do trânsito, faz-se necessário um conjunto de competências motoras, bem como um conhecimento do ambiente que é adquirido com a experiência. A perícia, portanto, na realização de uma tarefa, não se resume ao conhecimento de regras, mas de um tipo de conhecimento enraizado na experiência. Esta conclusão abre um novo campo de pesquisas na área da IA, na busca da compreensão do que significa este conhecimento advindo da experiência e utilizado cotidianamente na realização das mais simples atividades.

A distinção entre esses dois modos de conhecer, um vinculado ao conjunto de regras pré-estabelecidas sobre algo (*Know-what*) e outro que advem a cada situação específica (*Know-how*), ajuda a compreender o que está em jogo quando defendemos a perspectiva de que a ampliação da autonomia é mais do que uma ampliação de redes de relações entre elementos/indivíduos/instituições.

Dizemos que um conhecimento é do tipo *know-what* quando ele é orientado por regras que prescindem da experiência. Trata-se de um saber desencarnado, o qual, em teoria, valeria para uma série de situações, a despeito das diferenças que possam existir em cada uma delas. Posso ser capaz de descrever perfeitamente como se anda de bicicleta, por exemplo, sem ser capaz de efetivamente andar nela.

Diante da pergunta “o que você comeu ontem no almoço?”, podemos responder “Comi arroz e feijão” porque sabemos que comemos tais alimentos todos os dias. Nesse caso, a pergunta realizada causa uma perturbação ao sistema que permite o surgimento de uma identidade e mundo já constituídos e conhecidos. A resposta proferida é fruto de um automatismo: “sei que isto se dá assim”.

Outro modo de responder a mesma pergunta pode fazer exigir um mergulho, um fazer vir à tona uma experiência. Continuemos com a pergunta acerca da experiência de almoço de ontem. Caso não se adote uma resposta automática baseada no que sei que faço diariamente, faz-se necessário voltar à experiência do almoço para, a partir dela, responder. Nesse caso, a resposta não é orientada por um “sei que”, mas por um tipo de lembrança que provoca um reviver (Vermersch, 2000) da situação a qual se refere. A própria experiência de almoçar ontem vem à tona, e com ela, vem não apenas o almoço propriamente dito, mas a disposição corporal, o ambiente no qual se almoçava, o cheiro da comida, etc. É de fato uma experiência

de almoçar que emerge. Então, nesse caso, não apenas se sabe qual a comida, mas pode ser possível degustá-la, inclusive.

Em geral, o primeiro modo de relação está mais vinculado aos saberes sobre os quais já temos consciência, concernentes a conceitualizações e reflexões sobre determinados assuntos. Podemos citar como exemplo de tal modo de conhecimento o discurso científico que se presta à utilização de fórmulas gerais, aplicáveis genericamente a um conjunto de circunstâncias díspares, reunidas sobre uma mesma lei.

O segundo modo de conhecimento é anterior à consciência e envolve aspectos que não necessariamente chegarão a se tornar conscientes. É possível que saibamos descrever tudo que é necessário para andar de bicicleta, mas não necessariamente saibamos como andar nela. O “como” andar de bicicleta envolve uma série de aspectos sobre os quais em geral não temos acesso consciente. Qual o conjunto de ações realizadas para manter o equilíbrio em cima da bicicleta? Este conjunto vai variar de acordo com uma gama de aspectos, não sendo possível descrevê-los de antemão e de maneira separada das condições do vento, da estrada, da bicicleta, do ciclista e etc, ou seja, de um conjunto de condições específicas de um determinado momento no qual se pedala.

Ambas as formas de acesso à experiência são modos possíveis de estabelecer relação com ela. Tais saberes são fruto da experiência, são modos de relação com a experiência gestados nela mesma. Porém, em uma relação do tipo *know-what* as possibilidades de invenção de outros modos de estar no mundo para além daqueles previamente conhecidos ficam diminuídas. No modo de relação *know-how*, a lembrança não se restringe apenas a um conteúdo previamente conhecido, mas é enriquecida pelos elementos que tornam uma experiência possível.

Do ponto de vista *know-what*, a diferença entre alguém que está aprendendo a andar de bicicleta e alguém que já sabe andar, pode ser muito pequena ou nenhuma, ambos terão descrições muito próximas do que é preciso fazer para executar a ação. Do ponto de vista do *know-how*, a diferença é radical, embora talvez não haja clareza do que efetivamente é feito para o desempenho da tarefa. Diz-se que há um conjunto de atividades cognitivas implícitas na ação que não passam necessariamente pelo domínio da consciência (Vermersch, 2000).

O que nos chama atenção na distinção entre um tipo de conhecimento e outro é que analisando o *know-how* envolvido na realização de uma tarefa, ganha relevo o fato de que há um domínio cognitivo que prescinde da consciência. Este domínio é anterior à produção de micro-identidades e micro-mundos e é por direito periférico à consciência. É a partir desse âmbito que pré-refletido e pré-formal que formas de sujeito e mundo são produzidas. Varela

(1992) refere-se a tal plano como um plano no qual há “uma rica dinâmica que implica agentes e sub-identidades concorrentes” (Varela, 1992,p.46). A partir de tal dinâmica, “um reagrupamento neuronal acaba por se impor e torna-se a modalidade comportamental do próximo momento cognitivo, um micromundo” (Varela, 1992, p.56).

Anteriormente, vínhamos argumentando com Kinoshita (2001), que o processo de ampliação de autonomia tinha relação com a ampliação das redes de dependência e que tais redes de dependência poderiam ser discernidas em dois níveis: um relativo ao das identidades e instituições, outro relativo à dinâmica de produção de identidades. Entendemos agora então que a ampliação da autonomia exige não apenas um aumento de interação entre as diversas formas sujeito-mundo, mas implica também em uma maior permeabilidade a este plano comum a partir do qual se tensionam as formas já conhecidas e são construídas outras configurações.

O aumento da autonomia tem relação, portanto com a possibilidade de instaurar processos de acolhimento aos *breakdowns* que acompanham o reencantamento do concreto da experiência. Este concreto diz respeito ao fato de que

o conhecimento é contextualizado, e a sua unicidade, a sua historicidade e contexto, não são “ruídos” que impedem a compreensão do fenômeno cognitivo na sua verdadeira essência, a de uma configuração abstrata. O concreto não é um degrau para algo de diverso: é como chegamos e onde estamos. (Varela, 1992, p.17)

A concretude da experiência implica na afirmação (radical) de que não há um si mesmo independente; o que há são si mesmos virtuais evocados circunstancialmente no presente imediato. No campo da neurociência, esta perspectiva tem sido corroborada por experimentos que demonstram que os aspectos da cognição se erguem e se dissolvem em frações mínimas de tempo, emergindo como propriedades de sub-redes concorrentes e paralelas, as quais embora possam ser fisicamente independentes, trabalham em conjunto e se correlacionam. Estas pesquisas contestam a perspectiva segundo a qual a cognição é linear e contínua, cuja metáfora é de um “homúnculo central” responsável pelo processamento de informação.

Nesse sentido, estamos afirmando que os processos de autonomização dos sujeitos dependem da construção de uma ética que permita acolher a instabilidade da experiência e que possa progressivamente deixar vir outras formas à consciência. O deixar-*vir* à consciência não é um estado de passividade mecânica ou de inatividade do sistema. Deixar-*vir* é um gesto de espera aberta, não focalizada, vazia de conteúdo, o qual supõe um

movimento de reversão da atenção, colocando-se à espera do que quer que possa se manifestar. Trata-se de um estado atencional paradoxal no qual se busca realizar algo que é involuntário (Varela, Vermersch e Depraz, 2006).

Essa ética, para Varela, é uma competência, ou seja, um aprendizado que pode ser progressivamente construído e ampliado na experiência sobre a virtualidade do si mesmo.

Este saber viver baseia-se numa pragmática de transformação, a qual nada mais requer do que uma consciência, momento a momento, da natureza virtual de nós próprios (Varela, 1992, p. 78).

Este conhecimento ético implica inicialmente em um reconhecimento da inconstância e da ausência de fundamento em mim e no outro. Comentando a tradição budista, Varela (1992) destaca outro aspecto de tal competência, que consiste em um sentido de “calor”, “inclusão” e “compaixão” (Varela, 1992, p. 71). O que tais termos nos indicam é que esta competência ética a ser exercitada é uma sabedoria que se adquire deixando-se afetar pelo outro. Um outro que não é apenas aquele que reconheço enquanto tal, mas que se relaciona com o próprio processo de produção no qual o “eu” e o “outro” se tornam continuamente outros.

Nos interessa afirmar que o sentido de autonomia com o qual nos afinamos para pensarmos políticas públicas de saúde relaciona a ampliação da autonomia a uma competência ética. No sentido de que a autonomia não é de um indivíduo, mas pertinente ao processo de criação de sujeitos e mundos. Dito de outro modo, afirmamos que o processo de ampliação de autonomia é um processo de crescente aproximação de um coletivo. Ou seja, de descentramento do funcionamento automático que sustenta a ilusão de um eu sólido e permanente e de acolhimento dos outros sujeitos e mundos que se criam incessantemente em nós.

Capítulo 3 – O sentido de autonomia na experiência de realização do dispositivo GAM

Nos capítulos anteriores, percorremos um caminho que nos levou a problematizar o sentido de autonomia no SUS e a nos aproximarmos de uma noção de autonomia atrelada às de coletivo e experiência. Nesse capítulo, nos interessa analisar uma experiência de promoção de autonomia específica, buscando articulá-la com o debate realizado até então. À luz, então, da problematização de tal noção feita no primeiro capítulo, das contribuições da perspectiva enativa aprendidas com Varela no segundo capítulo, e da experiência com a realização do GAM, pretendemos verificar que questões interessantes podem ser levantadas para pensar o sentido de autonomia no SUS.

A experiência a ser analisada, conforme anunciado na introdução deste trabalho é a de realização de um dispositivo de Gestão Autônoma da Medicação em um CAPS na Região dos Lagos, Estado do Rio de Janeiro. Como já dito anteriormente, a realização desse dispositivo é parte do trabalho de uma pesquisa desenvolvida multicentricamente pelas universidades UFF, UFRJ, URGs, UNICAMP e Université de Montréal. Um dos eixos de investigação acerca do dispositivo GAM relaciona o tema da autonomia ao dos direitos dos usuários e é desenvolvido pela UFF, no projeto “Autonomia e Direitos Humanos: validação do guia de Gestão Autônoma da Medicação”, projeto ao qual o presente trabalho se filia.

Tendo como propósito validar a versão brasileira do Guia de Gestão Autônoma da Medicação, construído no ano de 2010, o grupo de pesquisa da UFF propôs a realização do dispositivo GAM em um CAPS no Estado do Rio de Janeiro. Esta proposta foi feita à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC)²¹, no início no ano de 2011. Na ocasião desta apresentação, dissemos que tínhamos interesse em pactuar este trabalho com a Coordenação, visando não apenas contribuir com o trabalho em saúde mental em um determinado município, mas também contando com a experiência que a Coordenação tinha em relação aos municípios para nos ajudar na escolha de um no qual a intervenção proposta poderia mobilizar os trabalhadores e gestores locais.

²¹ Atualmente a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil não são mais o mesmo órgão.

Expusemos duas características que nos pareciam fundamentais na escolha de tal município. Primeiro, nos interessava realizar o dispositivo em um município no qual houvesse a possibilidade de o profissional diretamente responsável pela prescrição da medicação (o psiquiatra) se interessar em participar do dispositivo²². Segundo, tínhamos a intenção de trabalhar em um município onde a gestão local sinalizasse ser favorável à formação de uma Associação de Usuários e Familiares. Os motivos pelos quais essas características nos pareciam importantes estão relacionadas ao percurso de trabalho durante o ano de 2010, ocasião na qual traduzimos e adaptamos o Guia GAM a partir da realização do dispositivo em um CAPS na capital fluminense. Considerando a importância do aprendizado com o percurso de pesquisa no ano de 2010 e visando esclarecer alguns dos critérios que nos orientaram na escolha do campo de pesquisa em 2011, faremos uma breve incursão na experiência da pesquisa anterior.

3.1 – A aposta GAM e os Direitos dos Usuários

Em 2010, o Guia GAM foi traduzido e adaptado de maneira multicêntrica, envolvendo as Universidades acima citadas. Com o propósito de contar com a participação de trabalhadores e usuários nesse processo, uma versão preliminar do Guia GAM canadense, apenas traduzida da versão original, foi levada para a discussão em um CAPS na cidade do Rio de Janeiro, um em Novo Hamburgo e dois em Campinas. No CAPS situado no Rio, o processo de discussão do Guia assumiu características peculiares, diferindo bastante dos processos nos demais CAPS, o que ficou particularmente evidente em relação à questão dos direitos dos usuários.

O Guia GAM, em sua versão canadense, traz como proposta, em um de seus capítulos, a discussão dos direitos dos usuários em relação ao uso da medicação psiquiátrica e ao tratamento, de maneira geral. A realização do dispositivo no CAPS carioca exigiu o estabelecimento de um dispositivo paralelo ao grupo GAM propriamente dito, no qual os

²² Embora o projeto de pesquisa desenvolvido pela UFF tivesse interesse na participação do profissional prescritor nos grupos de intervenção, neste trabalho a participação não será explorada, pois nosso foco de discussão relaciona-se ao Grupo de Intervenção com Familiares e o profissional participou dos Grupos de Intervenção com os Usuários.

pesquisadores liam e discutiam previamente com a equipe gestora do CAPS os textos que seriam levados ao grupo GAM. Nesses encontros, os pontos de maior tensionamento entre a equipe de pesquisa e o grupo gestor envolviam a discussão dos direitos dos usuários, o que figurava bastante acentuado em relação especialmente ao tema direito à recusa ao uso de psicofármacos. A equipe gestora defendia a não discussão do tema, argumentando não ser clinicamente interessante para os usuários a discussão de tais direitos.

A garantia do direito à recusa da medicação e do tratamento é um ponto bastante sensível na discussão com as equipes de saúde mental. É também bastante delicado do ponto de vista dos familiares dos usuários da rede de saúde mental, como veremos adiante. Porém, a aposta no dispositivo GAM que vem sendo feita no Brasil sustenta a possibilidade de tal discussão. O dispositivo GAM propõe a cogestão da medicação psiquiátrica, incluindo lado a lado a experiência de trabalhadores, usuários e familiares. Nesse sentido, se partirmos da suposição de que o uso da medicação é inquestionável, não há efetivamente cogestão, mas só automatismo da prescrição psiquiátrica. Do ponto de vista da estratégia GAM, a adoção ou não de psicofármacos nas ações de cuidado em saúde mental não representa uma regra *a priori*, trata-se de uma opção que deve ser tomada em cogestão pelos envolvidos e que necessita estar sempre sendo revista, como parte do processo de cuidado.

A recusa da medicação diz respeito, portanto, a uma dupla dimensão dos direitos dos usuários. É relativa tanto à garantia do uso de outras terapêuticas que não apenas as psicofarmacológicas, mas também à inclusão da experiência do usuário que se recusa a tomá-los. A estratégia GAM afirma a necessidade de acolhimento por parte dos trabalhadores e familiares da experiência dos que não querem tomar uma determinada medicação ou medicações de um modo geral. O direito à recusa da medicação está pressuposto na carta de direitos dos usuários da saúde mental, mas seu exercício não depende apenas de sua dimensão formal – garantida por legislações e códigos prescritos.

No CAPS no qual a pesquisa de adaptação do Guia ocorreu, o exercício da recusa da medicação como um direito não era experimentado e cremos que a situação é semelhante a de diversos outros CAPS do país. O uso da medicação psiquiátrica é frequentemente entendido por trabalhadores, familiares e usuários como a via *sine qua non* de cuidado em saúde mental e as demais estratégias terapêuticas assumem um papel coadjuvante em relação ao uso dos fármacos.

Mesmo sendo defendida na legislação vigente, a recusa à medicação psiquiátrica não é uma opção para os usuários da rede de saúde mental. Do ponto de vista dos trabalhadores, essa recusa muitas vezes é entendida como um sinônimo de resistência ao tratamento, como obstáculo a ser superado em prol da melhoria de vida do usuário. Para os familiares, como discutiremos mais adiante, fazer o usuário tomar a medicação é um imperativo, pois a recusa da medicação é sinônimo de adoecimento e internação. Por esse motivo, mesmo que o usuário recuse a medicação, ou esta lhe é administrada sem que ele tome conhecimento, disfarçada em alimentos e bebidas ou é imposta, seja com uso de ameaças (“ou você toma ou será internado de novo...”), seja por convencimento de pessoas próximas a quem os usuários respeitam e/ou temem. Por sua vez, para os usuários, recusar a medicação muitas vezes implica em recusar toda e qualquer medicação, sem nenhuma ponderação sobre algum benefício que ela possa trazer. Com frequência, a interrupção da medicação é feita também em segredo em relação aos parentes e trabalhadores – o que é bastante compreensível, diante das sabidas dificuldades que enfrentariam caso decidissem contar sobre a decisão.

Essas posições em relação à recusa da medicação são atravessadas por automatismos nos modos de lidar com ela. Diante das dificuldades que surgem quando o usuário se recusa a tomar a medicação, profissionais, familiares e usuários recorrem a padrões de respostas já prontos. Dentre esses padrões, podemos identificar alguns. Por exemplo, pode haver imposição – disfarçada ou não –, sem escuta do que o usuário diz acerca da experiência do uso da medicação. Outro padrão comum envolve a individualização da questão: “fulano é resistente com o uso da medicação” ou “eu não dou certo com medicação”. Há também a generalização dos efeitos de um remédio para todos. Esses padrões de respostas são construídos coletivamente e permeiam os modos de relação dos grupos envolvidos – não sendo pertencentes a um ou outro grupo. Estão associados a eles a falta de informação sobre a medicação, a baixa inserção das categorias profissionais não médicas na discussão sobre fármacos, o estatuto do saber médico/psiquiátrico na sociedade, entre vários outros aspectos. Cabe ressaltar que são automatismos que de algum modo estão referendados a um automatismo primeiro que põe em equivalência o cuidado em saúde mental e o uso de fármacos, como se fossem sinônimos. Este automatismo, que estabelece como necessária a prescrição da medicação, não põe em questão a própria experiência de uso de psicofármacos.

Na perspectiva da GAM, nossa preocupação primeira em relação aos direitos dos usuários é a de garantia do direito à experiência, ou seja, à garantia da possibilidade de inclusão da produção de formas de sujeito e mundo diferentes daquelas reconhecidas

socialmente. Nesse sentido, o uso da medicação não nos parece uma regra *a priori*, pois as experiências com a medicação são diversas e algumas podem ser mais indesejáveis do que as experiências de sofrimento mental já enfrentadas pelos usuários. A medicação é vista como algo que pode ser parte de um projeto de cuidado e é preciso sustentar a hipótese de não usá-la. Negar a possibilidade de recusa da medicação é, em última instância, o mesmo que negar a legitimidade de experiências distintas (algumas até mesmo iatrogênicas) com a medicação.

É preciso ressaltar que os automatismos que permeiam as relações nas quais a medicação aparece como imprescindível não pertencem a usuário, profissional ou familiar. O automatismo da prescrição psiquiátrica não é do psiquiatra apenas. Ele é sustentado por diversas instituições e inclusive pelo grupo dos demais profissionais, familiares e também usuários. Esses grupos se coproduzem em meio a relações nas quais tais automatismos se reafirmam.

Para que o direito à recusa da medicação se efetive, não basta tê-lo prescrito em um código legal, é preciso construí-lo na experiência dos grupos envolvidos, fazendo-o emergir na experiência de nascimento de um sujeito e mundo. A decisão pela utilização ou não de fármacos vai se tornando cada vez mais autônoma à medida que usuários, familiares e trabalhadores partilham saberes e pontos de vista e constroem arranjos nos quais o uso ou não da medicação é sustentado. Assim, a autonomia do usuário em não utilizar uma determinada medicação aumenta à medida que se torna possível compartilhar tal experiência com outros grupos envolvidos, fazendo dessa decisão uma posição sustentada por uma rede. Notamos então que os direitos dos usuários são distintos, mas não separados da experiência de um coletivo.

Nesse sentido, a opção por realizar a validação do Guia em um CAPS cuja gestão fosse, a princípio, favorável à formação de uma Associação de Usuários e Familiares nos parecia mais propícia para a construção de tal coletivo, pois, em tese poderia haver abertura para tematizar tais questões.

Antes, porém, de passarmos à próxima seção e mergulharmos na experiência propriamente dita de realização do grupo GAM com familiares, como proposto no início deste trabalho, gostaríamos de elucidar um último ponto. De que estamos falando quando apontamos como aspiração para o trabalho com o grupo de familiares a construção de uma Associação de Usuários e Familiares?

Para a pesquisa GAM, a proposta de construção de uma Associação de Usuários e Familiares não significa apenas designar pessoas para exercer determinadas funções e estabelecer um estatuto jurídico. Evidente que reconhecemos a importância desse tipo de mobilização em determinados contextos. Porém, nos interessa, sobretudo produzir movimentos de compartilhamento de saberes, experiências, decisões visando intervir nos pontos de vista individuais e, gradativamente, ampliar a permeabilidade do grupo ao surgimento de micromundos e microidentidades inéditas. Desse modo, acreditamos, promovemos aumento dos graus de autonomia dos participantes e ampliamos os graus de responsabilização do grupo pelas questões coletivas.

O processo de autonomização, como dito por Varela (1992), é acompanhado por um “calor”, um sentido de concernimento em relação ao outro, pois o aumento da permeabilidade em relação ao processo de produção de si e mundo ou, em outras palavras, o acolhimento da virtualidade do si, permite a compreensão de que o mundo que surge não é separado de mim. O estatuto que passa a ser atribuído ao “problema do outro” é ressignificado, pois o que é dito como sendo “do outro” não se separa do meu próprio surgimento. Este “calor” em relação ao outro que acompanha os processos de autonomização se deve ao fato de que uma maior abertura ao coletivo promove modos de subjetivação que se deixam afetar pelo outro.

Nesse sentido, o que designamos por formação de Associação de Usuários e Familiares consiste na produção de um movimento de crescente coletivização dos problemas enfrentados por um determinado grupo, acompanhado de compartilhamento das tomadas de decisão e responsabilização pelas soluções encontradas. Trata-se de um processo dinâmico no qual a progressiva autonomização do grupo enseja a transformação dos modos de subjetivação instituídos.

3.2 – Grupo GAM com Familiares em São Pedro d’Aldeia – RJ

Na reunião com a Coordenação de Saúde Mental da SESDEC, os técnicos presentes nos indicaram o CAPS de São Pedro d’Aldeia para realizarmos o trabalho. Os técnicos indicaram que tinham interesse na realização deste trabalho em algum CAPS situado no interior do Estado do Rio de Janeiro, pois segundo eles, a maioria das pesquisas e dispositivos propostos por universidades acontecem na capital e região metropolitana. O CAPS em São

Pedro, na avaliação da SESDEC, seria interessante para a pesquisa, pois o técnico responsável pela prescrição teria interesse em participar do dispositivo e a gestão municipal vinha sinalizando interesse em organizar uma Associação de Usuários e Familiares. A realização da pesquisa poderia ajudar nos processos de mudanças em curso no município..

São Pedro d’Aldeia é um município situado na Região dos Lagos, a 135 km de distância em relação à capital do Estado. É um município de aproximadamente 88.000 habitantes (IBGE, 2012), próximo à praia e que ainda tem bastante atividade pesqueira. Ficou conhecida na região como uma Aldeia de pescadores. Em relação à rede de saúde municipal, todos os serviços disponíveis são municipais ou privados. Dos 33 serviços de saúde da rede, 23 são públicos (IBGE, 2012). A rede de saúde mental conta, além do CAPS, com um ambulatório de saúde mental (conhecido como “Casa Azul”), o qual disponibiliza não apenas consultas com psiquiatras e psicólogos para os usuários da saúde mental, mas também conta com fonoaudiólogos, fisioterapeutas e educadores físicos que estão mais diretamente voltados para o atendimento de reabilitação de crianças nascidas com alguma necessidade de acompanhamento neurológico/neuromotor. A equipe do CAPS contava com 1 fonoaudiólogo, 1 assistente social, 1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional e 3 psicólogos. Há ainda, como parte da rede, o Pronto-Socorro, como referência para as situações de crise e uma Residência Terapêutica²³. Recentemente, houve a implantação de um NASF²⁴, o qual estaria apoiando as ações de Saúde Mental pelas equipes de Saúde da Família do Município.

Após indicação da SESDEC, fizemos contato com a gestão da saúde mental do município tendo em vista o início da pactuação do trabalho com um grupo de usuários e um de familiares. Propusemos a realização de uma reunião para a apresentação da pesquisa, com a equipe gestora e de trabalhadores do CAPS e a gestão municipal. Na ocasião de tal reunião, estavam presentes a Coordenação Municipal de Saúde Mental, a gestão do CAPS e, entre os trabalhadores, havia psicólogos, terapeuta ocupacional, enfermeiro. Não estavam presentes o psiquiatra e a assistente social, que justificaram sua ausência para o grupo. Nesse encontro nos chamou a atenção a ausência dos usuários no CAPS. Apenas três estavam presentes, sem estarem, aparentemente, realizando alguma atividade.

²³ Implantada alguns meses após o início da pesquisa.

²⁴ Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Trata-se de uma equipe formada por profissionais da saúde de diversas áreas que atua no matriciamento e apoio à gestão do cuidado das Equipes de Saúde da Família.

Apresentamos a proposta para a equipe gestora e trabalhadores, os quais se mostraram interessados em ambos os dispositivos. Porém, em relação ao grupo de familiares, fomos informados nessa reunião que no CAPS já havia um grupo conduzido pela assistente social. A assistente social não estava presente, mas na opinião dos demais, possivelmente seria difícil realizar outro grupo com familiares, sendo talvez mais apropriado construir o dispositivo GAM por dentro desse grupo já existente. Essa solução não nos parecia interessante, pois receávamos acabar substituindo o grupo em andamento.

No decorrer do encontro, fomos percebendo que houve uma mobilização dos trabalhadores para estarem presentes naquele dia e que, devido à reunião, todas as atividades com os usuários haviam sido suspensas. A equipe parecia bastante satisfeita com a realização do trabalho. Nos encontros de supervisão do grupo de pesquisa posteriores a essa reunião, conversamos sobre a atmosfera de familiaridade com o qual fomos recebidos no CAPS. Parecia-nos que pelo fato de sermos parte de uma pesquisa, realizada pela UFF, todos já estivessem de acordo de antemão. Este aspecto não era um empecilho à realização da pesquisa, mas algo a que deveríamos estar atentos durante o trabalho.

Durante o percurso de pesquisa no ano anterior, entendemos que a pactuação da GAM é processual e se renova a cada encontro. A intervenção proposta no grupo GAM segue a diretriz da cogestão, visando à inclusão da experiência dos distintos participantes do grupo, convidando a cada um a, progressivamente, partilhar com os demais a gestão do próprio grupo. Note-se então que o modo de fazer a proposta do dispositivo no CAPS, o convite à participação com os trabalhadores e usuários, a contratação do grupo GAM é inseparável da própria proposta da GAM. De maneira circular, o início do processo coincide com sua própria finalidade: o grupo de intervenção pretende fazer acontecer a Gestão Autônoma da Medicação através do exercício da cogestão no grupo. À medida que a pesquisa se desenrolasse e a cogestão fosse posta em prática, apostávamos que automatismos como o de pronta-aceitação da pesquisa fossem sendo dissolvidos.

Também percebemos, ao longo daquela primeira reunião em São Pedro, que a equipe do CAPS, devido aos seus vínculos de trabalho (pouca estabilidade e baixa remuneração) organizava seu trabalho em um modo de funcionamento semelhante a um regime de plantão. Ou seja, boa parte dos profissionais atuavam no CAPS uma, no máximo duas, vezes por semana. Aquele conjunto de profissionais que nos recebeu não estaria lá diariamente. Para estar lá, a maior parte teve que faltar ou fazer algum tipo de permuta com outra instituição

onde trabalha – exceto aqueles que já trabalhavam no CAPS no dia da reunião. A assistente social do CAPS, profissional responsável pelo grupo de familiares, acumulava função no processo de desinstitucionalização dos usuários internados no Hospital Psiquiátrico em Rio Bonito²⁵ e implantação da Residência Terapêutica (RT), além de outro emprego em uma instituição de ensino. Por essas razões, ela atuava no CAPS em apenas um dia, desenvolvendo as funções do serviço social e também conduzindo o grupo de familiares. Eventualmente, nesse mesmo dia ela necessitava se ausentar para resolver assuntos pendentes em relação à RT. Essa situação, de precarização dos contratos de trabalho e déficit de profissionais, reforçava nossa preocupação relacionada ao grupo GAM acabar substituindo o grupo com os familiares no CAPS. Além disso, também nos sentíamos reticentes em relação a unir os dois grupos, pois não sabíamos quais eram as pautas de discussão e se a proposta da discussão da GAM era pertinente para aquele grupo.

Uma vez tendo a equipe gestora e de trabalhadores se interessado pelos dispositivos, começamos a frequentar o CAPS com o propósito de prosseguir a pactuação. A proposta do Grupo de Intervenção com os Usuários (GIU) foi apresentada na Assembleia e o convite aos usuários foi feito nessa ocasião. Embora tenhamos feito um convite aberto àqueles que porventura tivessem interesse em participar, a equipe do CAPS tinha se comprometido a indicar a participação de alguns usuários.

Em paralelo à pactuação do grupo com os usuários, fomos construindo o dispositivo com os familiares. Inicialmente, tivemos uma reunião com a Coordenação de Saúde mental do município, tendo como finalidade conversar um pouco mais sobre a proposta GAM, sobre a possibilidade de uma Associação de Usuários e Familiares a qual esperávamos ir aos poucos construindo com os familiares e também ouvir sobre as expectativas da gestora. Nesse encontro, a gestora manifestou ter muito interesse na formação de uma Associação no município e acrescentou que, visando tal objetivo, estava em contato com um usuário do município, o qual já tinha participado da formação de uma Associação em um município

²⁵ Com a diretriz da Reforma Psiquiátrica de promover cuidado em saúde mental sem segregar o usuário de sua rede social, progressivamente os leitos em Hospitais Psiquiátricos têm sido substituídos por leitos em Hospitais Gerais para internação de curto prazo em momentos de crise e o cuidado vem sendo exercido pelos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Fortalecendo essa proposta de reinserção social dos usuários da rede de saúde mental, o Governo Federal lançou duas portarias com a finalidade de promover a desinstitucionalização de usuários com longos períodos de internação em Hospitais Psiquiátricos, uma instituindo o Programa de Volta pra Casa (Lei Federal 10.708) e outra criando as chamadas Residências Terapêuticas (Portaria/GM nº106 de fevereiro de 2000). O programa prevê um auxílio financeiro para os usuários e as residências são moradias sustentadas com recursos públicos para abrigar os usuários que não tiverem condições de morar com suas famílias.

vizinho. Segundo a gestora, a Associação era algo em que estava empenhada em fazer acontecer, embora já soubesse que possivelmente haveria resistência por parte de alguns profissionais devido à participação do tal usuário que ela havia contatado. Segundo ela, tratava-se de um rapaz com uma história complicada na rede, tendo deixado o acompanhamento na rede municipal e buscando assistência em um CAPS do município vizinho. Porém, ela considerava que a experiência dele em outras Associações poderia ser útil. A gestora convidou os participantes da pesquisa a fazerem parte da equipe de construção da Associação.

Declinamos do convite de participação nessa equipe, argumentando estarmos interessadas em estar junto com os familiares, validando o Guia GAM e iniciando um movimento de discussão sobre o uso de medicação psiquiátrica com eles. Acreditávamos que o trabalho que propúnhamos realizar com os familiares pudesse, futuramente, reforçar o da Associação, se fosse o caso.

Posteriormente, tivemos um encontro com a gestora do CAPS para sinalizar que estaríamos dispostos a começar o trabalho e acertar seu início. Foi-nos dito novamente que fazer um segundo grupo com a participação de familiares no CAPS seria muito difícil e que nós deveríamos conversar com a profissional que conduzia o grupo já existente. Fomos apresentadas então à assistente social que acompanhava o trabalho do grupo de familiares. Nesse encontro apresentamos a proposta da GAM e enfatizamos a perspectiva de que, através do funcionamento do dispositivo, acreditávamos fortalecer alguns movimentos de discussão de direitos dos usuários e colaborar com a possibilidade de formar uma Associação de Usuários e Familiares. Nossa aposta era a de que, com o dispositivo GAM - que tem como diretrizes o compartilhamento de experiências, a lateralização dos saberes entre pesquisadores, trabalhadores e familiares e ênfase na cogestão da medicação -, o embrião de uma possível Associação começaria a se produzir.

Ao ouvir esta proposta, a profissional se mostrou interessada e sinalizou que acreditava que o trabalho que pretendíamos realizar estava altamente sintonizado com o trabalho que ela entendia estar fazendo no grupo. De acordo com o que ela nos relatou, havia bastante interesse em contar com a participação dos familiares no cuidado dos usuários do CAPS e também havia expectativa de fortalecer a autonomia destes para efetivar tal participação e, posteriormente, formar uma Associação. Por esse motivo, não faria sentido realizar dois grupos com familiares no CAPS. Outro aspecto ressaltado pela trabalhadora foi a

dificuldade que os familiares teriam em se deslocar duas vezes por semana para o CAPS. De um modo geral, ela disse, os familiares vão muito pouco ao CAPS. Os que fazem parte do grupo são os únicos que frequentam e mesmo assim com muitas dificuldades. A maior parte dos familiares são senhoras, donas de casa, moram distante do CAPS em regiões com pouca circulação de ônibus²⁶, cuidam sozinhas dos afazeres da casa e têm alguma doença crônica, como hipertensão ou diabetes. Algumas são responsáveis por cuidar de outros membros da família, como netos, por exemplo.

Pelos motivos apresentados, acabamos decidindo experimentar realizar o grupo GAM com familiares por dentro do grupo de familiares do CAPS. Antes de apresentarmos a proposta para os familiares (afinal, era preciso pactuar com eles também), participamos de um GIU para combinarmos com os usuários a realização do GAM com seus familiares^{27,28}.

Enfim fomos apresentadas aos familiares do grupo. De fato, eram em sua maioria mulheres e idosas. Eram todas mães ou irmãs dos usuários (não tínhamos notícias de usuários casados). Nenhum familiar tinha emprego e para todos a questão acerca do recebimento ou não de algum auxílio financeiro (aposentadoria, pensão, benefício social, etc) por parte de seus parentes era importante – mesmo aqueles cujos familiares não tinham fonte de renda, vez por outra demonstravam insatisfação com a situação. A fonte de renda dos usuários era importante para seus familiares não apenas porque ajudava no custeio das despesas familiares, mas também, algumas vezes, para providenciar a compra de remédios em falta no CAPS – além de servir para pagar por outras necessidades básicas de seus parentes. Em geral, os familiares têm vários outros parentes além dos usuários (outros filhos, outros irmãos). As familiares que são irmãs assumiram o cuidado do usuário após o falecimento de suas mães.

3. 3 – O dispositivo GAM como aposta na rede e facilitador do nascimento do sujeito de direitos.

²⁶ Como iríamos descobrir mais tarde, essas realmente eram questões importantes para os participantes do grupo. Frequentemente os encontros do grupo eram recheados de conversas sobre a dificuldade com o transporte para chegar até ali e problemas de saúde que os participantes estavam enfrentando no momento.

²⁷ A essa altura o GIU já havia começado fazia cerca de um mês.

²⁸ Considerávamos a pactuação com os usuários um momento importante da pesquisa, pois no aprendizado da pesquisa multicêntrica do ano anterior, os usuários do CAPS de Novo Hamburgo recusaram a participação de seus familiares nos grupos focais.

Em uma das conversas com a trabalhadora do grupo de familiares, chamou nossa atenção uma fala. Segundo ela, a intenção de formar uma Associação era dificultada pelos próprios familiares dos usuários. Como fomos perceber posteriormente em conversas com outros trabalhadores do CAPS, o conjunto de trabalhadores compartilhava a opinião de que os familiares em geral eram pouco participativos em relação ao CAPS e ao cuidado dos usuários. Havia a impressão de que os familiares recorriam ao serviço apenas em momentos de crise e, que, posteriormente a esses períodos, eles não se envolviam nas questões do cuidado.

A trabalhadora do grupo do CAPS relatava que no grupo os familiares por diversas vezes questionavam alguns funcionamentos do CAPS e da rede de saúde como um todo, o que, em sua opinião, poderia criar um debate com a gestão do CAPS ou, futuramente, com outras coordenações dos serviços que compõem a rede. Esse debate, entretanto, nunca chegava a se efetivar, pois os problemas levantados não eram levados para outro fórum de discussão, ninguém se dispunha a participar. Havia certa frustração/cansaço nessa observação.

Curioso observar que esta fala vinha de uma profissional, como iríamos notar depois, muito envolvida com as questões dos familiares e que tentava envolvê-los nas suas atuações pela saúde mental no município. O que indicava essa dificuldade trazida pela profissional em fazer do grupo de familiares um grupo menos queixoso e mais propositivo? Os familiares não teriam autonomia para pautar as questões que consideravam relevantes em outras instâncias? Era um grupo que não avançava além das queixas, nos foi dito então. A proposta de realização do dispositivo GAM foi muito bem acolhida pelos trabalhadores, pois indicava uma ajuda a mais para a construção da participação dos familiares e, mais especificamente, da Associação. Para discutir um pouco mais essa questão, nos afastaremos um pouco da sequência linear de eventos de pactuação do grupo de familiares e traremos outros elementos entendidos no decorrer da pesquisa GAM no CAPS.

No início da discussão da GAM com os familiares, tivemos notícia de que a Coordenação de Saúde Mental no município estava apoiando a formação de uma Associação de Usuários e Familiares e que estavam sendo realizados alguns encontros. Soubemos que o usuário com experiência de participação em Associações, de quem a gestora municipal já havia nos falado, estava à frente do processo. O modo como o processo estava acontecendo provocou questionamentos entre os trabalhadores, principalmente porque até o momento não havia sido feito nenhum convite ao grupo de familiares. Na verdade, esse usuário não

frequentava o CAPS e o convite aos usuários de lá foi feito pela gestão através da afixação de cartazes informando a data, local e horário dos encontros (sempre à noite). O modo como a Associação estava sendo formada não tinha sido fruto de uma construção com os usuários e familiares do CAPS. O projeto da Associação chegou ao grupo como algo que lhes foi proposto de fora. Esse fato despertava nos trabalhadores uma posição paradoxal: por um lado, eles gostariam que a Associação fosse construída coletivamente e, nesse sentido, indicavam em suas falas que uma Associação não podia ser construída subitamente, sem envolver as pessoas; por outro lado, também diziam que, segundo suas experiências, não seria possível “ficar esperando uma iniciativa do grupo para formar a Associação, eles não têm essa iniciativa, é preciso um pontapé, pegá-los no laço!”.

O que significa naquele contexto dizer que familiares e usuários necessitam serem “pegos pelo laço” para que busquem seus direitos? Um entendimento possível é o de que os familiares constituem um grupo que só sabe se queixar, sem disposição para, por iniciativa própria, reivindicarem algo. Por iniciativa própria, ou seja, sozinhos, eles não buscariam outras possibilidades além das queixas. Que a discussão das ações pelos direitos não se faz sozinho, com isso nós estamos de acordo. A questão a ser melhor esclarecida sobre os familiares é: Por que sozinhos os familiares não buscam seus direitos? É por que não têm autonomia e, em alguma medida, necessitam ser tutelados pelos profissionais, como a expressão “pegar no laço” indicava e como a gestão municipal acabara fazendo? Ou talvez porque se encontram em um modo de funcionamento fundado em relações que produzem automatismos, como queixas e pouca possibilidade de ação?

Partindo do entendimento de que mais autônomos nos tornamos quanto maiores forem nossas possibilidades de estarmos em uma rede de trocas, discordamos de que autonomia seja uma característica individual. Não pensamos que autonomia é algo que possa ser mensurado em termos de “ter” ou “não ter”. A autonomia não é do indivíduo, mas do processo de produção que permite o surgimento de indivíduos. Ter maior ou menor grau de autonomia significa, então, avaliar o quão permeáveis a este processo nos encontramos nos diversos momentos da vida.

Com Kinoshita (2001) e sua discussão sobre o problema da cronicidade, aprendemos que, em geral, à cronicidade das situações que pretendemos mudar corresponde a cronicidade das intervenções que se propõem a transformá-las. Se há uma cronificação, ela não é de um indivíduo, mas de uma relação na qual este indivíduo também se produz. Dada a apresentação

dos familiares como um grupo em um estado crônico, é oportuno analisar o seu modo de funcionamento. Embora não tivesse sido parte da nossa proposta inicial de pesquisa, pelo fato de termos concordado em realizar o Grupo de Intervenção com Familiares GAM (GIF) junto ao grupo que já funcionava, lidar com os automatismos desse grupo acabou se tornando parte da realização do GIF.

Um dos modos de funcionamento que nos chamou a atenção consistia no que chamaremos agora de “participação por depoimentos”. Funcionava da seguinte maneira: diante de qualquer pergunta feita ao grupo, os familiares respondiam dando depoimentos relativos à pergunta feita. O que era curioso nesse modo de funcionar era que durante o depoimento de um, ninguém interferia. Era como se o outro ouvisse aguardando sua vez de dar o seu depoimento também. Havia pouquíssimas trocas entre os próprios participantes do grupo. Os participantes dificilmente se posicionavam em relação às falas deles mesmos, pois os depoimentos eram dados para responder a uma pergunta. Uma vez todos que desejassem terem prestado seu depoimento, a profissional fazia algum comentário de incentivo ou indicando que tomaria alguma providência em relação ao que havia sido exposto (por exemplo, se comprometendo a marcar alguma consulta na policlínica ou providenciar algum benefício social). Em seguida, outro tema era trazido à pauta, suscitando novos depoimentos.

Interessante notar que este não era um funcionamento que pertencia a um participante, mas era algo que atravessava o grupo. Durante algum tempo o trabalho de manejo do grupo se dedicou a desconstruir esse automatismo, convidando os participantes a opinarem uns sobre o que os outros diziam. “Então, o que o grupo acha disso que a dona fulana disse?”, “Alguém pensou alguma coisa diferente disso que foi dito?”, “Fulano está dizendo tal coisa, como é para os outros? Vocês concordam?”, perguntávamos. A partir daí, aos poucos as falas dos participantes foram se voltando cada vez mais ao que o grupo estava dizendo do que à pergunta que inicialmente havia disparado a conversa.

Porém, pelo fato deste grupo contar com a participação esporádica de alguns familiares – em geral aqueles que estavam no CAPS em dia de consulta ou para pegar medicação na farmácia ou para resolução de qualquer outro assunto – nós percebemos a insistência do modo participação por depoimentos. Toda vez que aparecia no grupo um familiar que não estava participando do processo continuamente, mas que já havia frequentado o grupo de familiares em algum momento, o modo depoimento se instalava no grupo novamente. Parecia-nos que por ser um automatismo mais consolidado, mais

disponível, o grupo recorria a ele mais facilmente e bastava um desses familiares tornar a aparecer que o grupo todo voltava a funcionar do modo antigo.

Outro modo de funcionamento que nos chamou a atenção era relativo à relação das trabalhadoras²⁹ com os familiares, pautado, sobretudo, em informes. As trabalhadoras que conduziam esse grupo estavam envolvidas com uma série de atividades relacionadas à saúde mental no município e tinham como intenção ter os familiares como parceiros nesse processo. Para tanto, durante as reuniões do grupo, elas transmitiam aos familiares notícias sobre o andamento dos processos – que nem sempre diziam respeito a situações que os envolvia diretamente. Repetidamente perguntavam “E então? O que vocês acham? Acham isso bom?”, ao que os familiares respondiam “Tá bom...”. E outra pauta de informes se seguia. Queremos chamar a atenção para o fato de que, embora houvesse o propósito de compartilhar com os familiares os processos nos quais os trabalhadores estavam envolvidos relativos à saúde mental no município, na prática, esse modo de fazer não favorecia o início de um processo de trocas entre trabalhadores e familiares e entre os próprios familiares.

Podemos pensar então que, embora houvesse um conjunto de pessoas reunidas periodicamente para a discussão de alguma pauta, do ponto de vista da experiência dos participantes havia bastante solidão, pois as possibilidades de trocas eram muito escassas. E isto não apenas devido ao funcionamento do grupo. Ao longo dos nossos encontros com o grupo de familiares, foi se tornando evidente para nós (o grupo) a restrição das redes de conhecidos e de instituições com as quais os familiares podiam contar no dia-a-dia para o cuidado de seus parentes ou em momentos de crise. As discussões disparadas pelo Guia GAM a partir de perguntas sobre a rede de apoio dos usuários, sobre pessoas e instituições com quem podiam contar em momentos de crise, sobre as relações com a família, com a vizinhança, foram suscitando nos familiares numerosos relatos descrevendo situações de afastamento de pessoas próximas e que hoje fazem contato apenas por telefone eventualmente. Nos momentos em que esses relatos eram feitos, havia sempre um clima de tristeza muito presente. Esse afeto de tristeza, inicialmente, conectava os presentes. No início da discussão GAM, na qual as operadoras trabalhavam para desconstruir a participação por

²⁹ Falamos em trabalhadores, no plural, pois eventualmente uma psicóloga da rede de saúde mental do município (mas não do CAPS) estava presente. Sua presença se devia ao fato dela estar, junto com a assistente social, coordenando as ações da implantação da RT e da desinstitucionalização dos usuários no Hospital Psiquiátrico em Rio Bonito. Havia anteriormente, nos disseram, dois grupos de familiares distintos. Os familiares dos usuários do CAPS e os daqueles que estavam internados. Em um determinado momento, os grupos se juntaram.

depoimentos, os momentos de tristeza eram aqueles nos quais os participantes pareciam mais atentos às falas uns dos outros.

Por outro lado, do ponto de vista da experiência dos trabalhadores, o modo de organização do trabalho dificultava a realização do cuidado em equipe e era produtor de solidão. O rodízio entre os profissionais ao longo da semana, somado a reuniões de equipe que aconteciam apenas mensalmente, fazia com que muitas questões do trabalho que surgiam no cotidiano fossem vividas pelos profissionais isoladamente. Presenciamos diversas ocasiões nas quais profissionais se viam na situação de terem que resolver sozinhos situações importantes. Além disso, a sobrecarga de trabalho, seja pelo acúmulo de empregos ou de funções desenvolvidas na saúde mental do município, seja pelo grande número de usuários a serem atendidos em um dia³⁰, dificultava a criação de oportunidades para os trabalhadores conversarem sobre o processo de trabalho e suas dificuldades cotidianas.

Queremos ressaltar que os aspectos destacados são um recorte de algumas linhas que atravessavam as relações entre trabalhadores e familiares no CAPS. Certamente havia uma série de outros modos de relação presentes entre eles. Mas gostaríamos de enfatizar estes, pois nos ajudam a entender, em parte, a aparente imobilidade apontada como pertencente aos familiares.

Entendemos que, em certo sentido, a situação dos familiares era semelhante a dos profissionais. Ambos atravessavam um momento marcado pela solidão. Solidão não pela ausência de outros indivíduos, mas pela sensação de serem separados de um coletivo. Como vimos, o si mesmo é feito das relações que o produzem momento a momento. Assim, a solidão a qual nos referimos indica, na verdade, uma dependência exclusiva de um modo de estar no mundo, um automatismo existencial que fecha o indivíduo para outros modos de existência possíveis. Como vimos, esta noção de um si próprio independente de um coletivo é uma das possibilidades de entendimento que nasce na experiência. Em geral, esses “sis” que tomamos como contínuos são formas automáticas de surgimento de microidentidades e micromundos. Quanto menores forem as possibilidades de diluição destas identidades e de aproximação de um coletivo, menores são as possibilidades de criação de outros modos de estar com o mundo.

³⁰ O CAPS acompanha cerca de 211 usuários, de acordo com informações disponíveis no site da prefeitura, o que não é um volume tão grande de pessoas. Porém, em razão dos profissionais estarem em condições de trabalho que os impedem de estar no CAPS de maneira mais contínua, acumula-se muitas demandas por categoria profissional.

Acresce-se a este empobrecimento das possibilidades de nascimento na experiência, a dinâmica de funcionamento do grupo, muito pautada em “participação por informes” e “participação por depoimento”. Estamos querendo apontar que o modo de funcionamento do grupo instituído não facilitava o deslizamento dos participantes em direção a uma maior coletivização das queixas – dificultando a criação de outras estratégias para lidar com elas. Cada queixa feita por um familiar dirigida a um trabalhador reproduz solidão/individualização em diversos níveis. Primeiro, a solidão do trabalhador que toma para si a tarefa de resolvê-la por si mesmo – pelas dificuldades de compartilhar com a equipe as queixas trazidas pelos familiares e também porque não consegue coresponsabilizar o próprio familiar na resolução de sua demanda. Por sua vez, o familiar que fica aguardando uma resposta a ser trazida pelo outro, permanece em uma posição na qual o problema para o qual necessita de ajuda é seu, ou no máximo seu e do profissional que se comprometeu em ajudá-lo. A pertinência do problema entendido como seu para o coletivo social permanece invisibilizada. Em última instância, trata-se da solidão do CAPS, diante da rede de saúde e da rede social, pelas suas dificuldades de conseguir estabelecer outras parcerias para dar resolutividade ao cuidado que oferece.

Podemos perceber esta reprodução de individualização/solidão em um exemplo bastante frequente nos encontros do grupo: um familiar se queixa da dificuldade em agendar marcação de consultas odontológicas para seu parente usuário da saúde mental e o profissional da saúde se compromete a tentar agendar a consulta. Nesse caso, há várias questões que dizem respeito muito mais que a um familiar de um usuário e a um profissional de saúde: A dificuldade em marcar consultas odontológicas é só para aquele usuário? É difícil agendar consultas para outras especialidades? Como é a marcação de consultas para os usuários da saúde mental nos equipamentos de saúde em geral? E como é marcá-las para os próprios familiares? Como o profissional de saúde que escuta esta demanda lida com ela? Como é a relação entre as diversas categorias profissionais? Como é a relação do CAPS com os demais equipamentos de saúde? Estes são apenas alguns dentre os vários questionamentos possíveis que apontam que a queixa de um familiar tem pertinência não apenas para os demais familiares, mas também para os trabalhadores e para a rede de saúde como um todo.

É necessário, contudo, ressaltar que a construção desse movimento de coletivização necessita de um cuidado duplo. O primeiro cuidado é de que este processo seja construído efetivamente com o conjunto de trabalhadores, a fim de se evitar a pessoalização do movimento e responsabilização de certos trabalhadores. Por outro lado, devido à organização

do trabalho no CAPS em regime semelhante ao de plantão, há dificuldades em construir um cuidado em saúde mental em rede, fazendo com que o trabalhador se sinta sobrecarregado.

O segundo cuidado é de evitar que o aumento da participação e da corresponsabilização nos problemas do grupo apareça aos familiares como um pedido, uma demanda da equipe ou da pesquisa, certamente soando como uma sobrecarga em relação às suas atividades cotidianas. Há um relato, frequentemente feito por uma das familiares do grupo, que ajuda a compreender o que se passa na experiência dos familiares. Dona Teresa³¹ menciona em diversos momentos do grupo uma experiência relacionada ao momento no qual seu filho entrou em crise pela primeira vez. Segundo ela, após passar muitos anos morando afastado de casa, visitando a família apenas esporadicamente, seu filho retorna para casa ao saber que um parente próximo se encontrava muito doente. Diante dos diversos problemas familiares com os quais se depara, o filho de Dona Teresa cai doente. A partir de então, o rapaz se tranca no quarto e se recusa a sair da cama. Após dias nessa situação, a família pede auxílio ao bombeiro, que o leva para o Pronto-Socorro Municipal. Essa é uma experiência difícil e marcante para Dona Teresa. No Pronto-Socorro, após alguns dias se recusando a tomar banho, a acompanhante de outra pessoa internada repreende Dona Teresa por não fazer seu filho tomar banho. Dona Teresa diz então que se sente desrespeitada por tal pessoa e acrescenta que só quem passa pela situação sabe o que significa.

Para o grupo, essa experiência tem dois sentidos. O primeiro, mais aparente, é trazido pela própria Dona Teresa: a experiência de lidar com o sofrimento mental produz sentidos que dificilmente são percebidos por pessoas que não compartilham desta experiência ou que se colocam em uma situação separada das pessoas que passam por ela. Há muitos relatos envolvendo incompreensão, preconceito e tentativas de terceiros tirar proveito do estado de adoecimento dos usuários. Tais situações dificultam não apenas a vida dos usuários, mas também dos familiares, que muitas vezes veem pessoas se afastarem e são colocados em situações difíceis. O segundo sentido, levamos alguns encontros para entender, pois era muito sutil, embora fosse bastante presente no grupo. Esta experiência era relacionada ao peso de conviver e cuidar de uma pessoa em sofrimento mental. No exemplo citado, é como se já não bastasse tudo pelo que Dona Teresa havia sofrido pela situação do seu filho e ainda viesse alguém lhe censurar. A censura pela falta de banho do filho era para Dona Teresa uma cobrança a mais, uma exigência de algo que ela deveria ter feito e não havia conseguido.

³¹ Visando preservar a identidade dos participantes, todos os nomes mencionados daqui por diante são fictícios.

A cobrança é uma dificuldade experimentada pelo familiar porque muitas vezes a convivência/cuidado de alguém que atravessa uma experiência de sofrimento mental é vivido como um peso a mais do que aquele que eles já carregam. O cuidado de seus parentes é experimentado de maneira muito intensa. Não apenas no sentido de responsabilidades e preocupações em relação a seus familiares, mas também no sentido de atividades que deixam de fazer e, em situações mais extremas, pelo sentimento de vergonha e temor pelo que seus parentes fizeram, fazem ou venham a fazer.

Estes sentimentos não são os únicos que permeiam a relação entre usuários e familiares. Houve vários relatos nos quais os familiares deixaram transparecer momentos em que seus parentes são carinhosos e também manifestam reciprocamente preocupação com eles. Transparecia também em diversas ocasiões o sentimento de orgulho de atividades que os usuários desempenham bem: “ele sabe falar bem com as pessoas”; “ele lava uma louça melhor do que eu”; “ela é muito cuidadosa com o dinheiro”, “é ela a única filha que sempre me dá presente no dia das mães”. Porém, o empobrecimento das relações sociais nas quais usuário e familiar se inserem faz com que o cuidado dos usuários exija muito dos familiares.

Outro relato, de outra familiar, Dona Maura, expressa bem o nível de exigência que às vezes é dirigido aos familiares. Dona Maura conta que, quando seu filho era um bebê, certa vez foi necessário passar um produto devido a um ressecamento excessivo de sua pele. No dia seguinte, quando foi observar o bebê, o produto havia disparado uma reação que ocasionara queimaduras de terceiro grau na pele do menino, o que a fez levá-lo ao hospital. No hospital, quiseram interná-lo, o que Dona Maura rejeitou veementemente. Na ocasião em que este relato foi feito, era difícil compreender o que era dito por Dona Maura. A princípio, parecia que ela relatava um caso de extrema negligência: não observou a reação do produto na pele do seu filho antes que se tornasse uma queimadura de terceiro grau e recusava a internação do bebê. Na verdade, era exatamente o oposto à negligência o que Dona Maura estava relatando. Rômulo, seu filho, desde bebê, não reclama de nada. Dona Maura não percebeu que o produto queimava a pele de seu filho, porque ele não chorou, indicando dor ou desconforto. Ela disse que sabia que se seu filho fosse internado, ele poderia morrer no hospital caso algo desse errado, pois Rômulo não ofereceria nenhum sinal de que algo estaria errado, e ela sabia disso, mas as enfermeiras não. Desde então, Dona Maura sabe que ela tem que observar o filho em tudo, pois ele não reclama em hipótese alguma de qualquer que seja a situação. Da infância à idade adulta, o filho fez alguns progressos, ela conta, mas ainda são muito poucos. É ela quem cuida da maior parte dos aspectos da vida do filho, chegando a precisar observar as franhas do

filho para saber se há alguma secreção que indique se ele tem algum problema dentário, pois sequer de dor ele se queixa.

O relato de Dona Maura é um relato extremo. A partir do nascimento de seu filho, toda sua vida foi reconfigurada de modo que ela pudesse cuidar dele, o que envolve ter preocupações que possivelmente boa parte das mães não precisa ter com seus filhos. Com a implantação do CAPS, Dona Maura diz que seu filho melhorou muito, porém ainda é bastante forte a relação de dependência de Rômulo em relação a ela. E são essas situações extremas vividas pelos familiares com os seus parentes em sofrimento mental, associadas aos poucos recursos disponíveis em uma rede de cuidado, que constituem um peso para os familiares.

Quanto à existência de poucos recursos disponíveis em rede, cabe frisar que não estamos nos referindo à quantidade de serviços que compõem a rede de saúde mental em São Pedro, mas ao tipo de relação que há entre eles. São serviços recém implantados em sua maioria e que ainda funcionam de modo pouco articulado. Apesar disso, ainda que a construção de uma rede de cuidados seja incipiente, para a maior parte dos familiares a implantação do CAPS no município fez bastante diferença em relação à recorrência do número de internações sofridas por seus parentes. Pessoas que chegaram a passar mais tempo internadas do que em casa durante anos, após a implantação do CAPS não foram mais internadas sequer uma vez, o que é um resultado muito significativo do trabalho que vem sendo feito.

Nesse contexto em que os familiares se sentem sobrecarregados em relação ao cuidado em saúde mental, a questão do direito à recusa da medicação é também um tema muito delicado na discussão com este grupo. Nas experiências relatadas por eles, todas as ocasiões de interrupção no uso dos psicofármacos havia significado adoecimento dos seus parentes seguido, muitas vezes, de longos períodos de internação. A relação que os familiares estabelecem com o uso da medicação por parte de seus parentes pode ser expressa na seguinte fórmula ‘não tomar medicação = surto = internação’.

Logo no início da leitura do Guia, há um trecho acerca da Reforma Psiquiátrica. Após a leitura desse trecho, houve um momento de silêncio no grupo. Visando conversar sobre o assunto, pedimos que alguém lesse o trecho novamente e perguntamos “alguém sabe o que é Reforma Psiquiátrica ou já ouviu falar?”. Eles responderam “é essa coisa de fechar os manicômios, né?”. Respondemos afirmativamente, indicando que havia uma relação entre a Reforma e o descredenciamento de leitos em Instituições de Longa Permanência.

Perguntamos o que eles achavam a respeito, ao que ouvimos: “é uma boa, desde que os familiares fossem considerados”. Em conversas posteriores, se referindo aos momentos de adoecimento de seus parentes, ouvimos os familiares dizerem “depois quem fica com ele em casa sou eu. É horrível”. Considerando a precariedade das demais alternativas terapêuticas à prática medicamentosa e também a sobrecarga que significa muitas vezes cuidar de uma pessoa com sofrimento mental, torna-se possível compreender que para os familiares o uso da medicação é um imperativo.

A partir do movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, a diretriz do tratamento em saúde mental afirma o cuidado no território, preservando os vínculos dos usuários com suas redes sociais. A quebra desses vínculos ocasionada pela internação não colabora com a produção de saúde, ao contrário, contribui para o adoecimento. Visando construir uma rede de serviços coerente com estes princípios, o Ministério da Saúde vem progressivamente descredenciando leitos em Instituições de longa permanência e instituindo através de portarias, programas e abertura de serviços substitutivos ao manicômio afinados com esta proposta, tais como os CAPS. Com o descredenciamento de leitos psiquiátricos pelo SUS, o usuário em crise pode ser acolhido nos chamados leitos integrais – são leitos em Hospitais Gerais ou CAPS III ou Emergências Gerais – nos quais há cuidado hospitalar em tempo integral e onde os usuários permanecem por no máximo 72 horas, voltando para casa em seguida. No retorno para casa, o usuário deve ser acompanhado pelas equipes de saúde locais (da Atenção Básica e do CAPS). Este é um avanço para o cuidado em saúde mental e já há muitos relatos de experiências exitosas em relação ao quanto a manutenção do cuidado no território possibilitou-lhes maior qualidade de vida e saúde. Porém, em lugares onde ainda não foi possível construir efetivamente uma rede de cuidados substituta ao manicômio, o descredenciamento dos leitos em Hospitais Psiquiátricos pelo SUS causa sobrecarga para os familiares.

Quando vigorava o modelo manicomial na assistência em saúde mental, igualmente não havia uma rede que pudesse sustentar os usuários em seus momentos de crise. E muitas denúncias já foram feitas no sentido de que o modelo asilar contribui para agravar o adoecimento das pessoas em sofrimento mental. Além de serem iatrogênicos, os Hospitais Psiquiátricos foram denunciados inúmeras vezes como espaços nos quais aconteciam violações de direitos humanos. A substituição desses centros de alojamento social por espaços nos quais os usuários possam ser cuidados e seus direitos possam ser preservados são aspectos centrais para a melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde mental.

Entretanto, se estes espaços não forem substituídos por uma rede de cuidados na qual serviços de saúde se corresponsabilizem pelo cuidado de seus usuários e protagonizem o incentivo à participação de outros equipamentos sociais (como a igreja, a vizinhança, a escola, o centro comunitário, a residência terapêutica, as equipes da ESF entre outros) nas ações de cuidado das pessoas que passam por sofrimento mental, há o risco bastante forte de que a Reforma Psiquiátrica seja entendida pelo grupo de familiares como descontinuidade da assistência.

Assim, quando a familiar afirma que a Reforma Psiquiátrica é boa, mas necessita considerar os familiares, indica que é preciso fortalecer uma rede para que o cuidado em saúde mental se exerça integralmente. Essa rede é composta de serviços de saúde e recursos da comunidade e necessita de trocas entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores para permanecer aquecida. Utilizando a expressão de Varela, a rede se mantém em um movimento aquecido quando as microidentidades que surgem nela são tocadas pelo “calor” do surgimento uma das outras (Varela, 1992, p.71). A consideração pelos familiares necessária à Reforma, sugerida pela familiar, nos indica a necessidade de construção de uma rede quente na qual seus participantes afetam e se deixam afetar pelo outro.

Retomando então o problema da suposta imobilidade dos familiares no que se refere à busca de direitos, entendemos que tal dificuldade tem relação com a organização de uma rede municipal ainda frágil. Trata-se de uma rede na qual há poucas possibilidades de construção coletiva diante de situações de crise. Desse modo, os familiares vivem uma restrição de autonomia, pois estão restritos a um modo de relação na qual sentem os usuários excessivamente e prioritariamente dependentes deles. No que se refere aos familiares, o modo de estar no mundo individualizado/individualizante, coloca este grupo em uma situação na qual os familiares se veem e também são vistos como tendo maior responsabilidade em relação aos usuários. A dificuldade presente na fala dos trabalhadores em ter os familiares como parceiros e protagonistas da reivindicação dos direitos em saúde mental reside no excesso de mobilização que esse grupo tem em relação ao grupo de usuários.

Nesse contexto, os temas religiosos ressurgiam com frequência no grupo: “só Jesus!”; “Deus vai ajudar”; “tenho fé que as coisas vão melhorar!”, diziam-nos. Ao longo dos encontros com o grupo, tínhamos muita dificuldade em entender o surgimento da discussão de assuntos religiosos diante de perguntas do Guia que aparentemente não faziam nenhuma relação com o tema. Não temos nesse trabalho a pretensão de empreender uma análise do papel da religiosidade e da espiritualidade na vida dos familiares de usuários de serviços de

saúde mental. Entendemos, no entanto, que os assuntos religiosos indicavam, nas discussões do grupo de familiares no CAPS em São Pedro d'Aldeia, a dificuldade que o grupo tinha em lidar com determinadas situações. A dificuldade em construir juntos estratégias coletivas para lidar com os problemas surgidos cotidianamente dava ao grupo a sensação de que não havia nada mais a ser feito. A única esperança às vezes era contar que deus resolveria ou traria conforto para alguns problemas, porque individualmente não havia mais o que fazer.

A questão que foi sendo evidenciada ao longo da realização do dispositivo GAM com o grupo de familiares era a de que havia um excesso de mobilização do grupo em relações de dependência quase exclusiva entre familiares e usuários. Foi aos poucos aparecendo também que mesmo tendo a implantação do CAPS e outros serviços de saúde mental trazido mudanças significativas para os usuários da rede do município, os vínculos de dependência entre os serviços e usuários e familiares é frágil. Nesse circuito, o uso da medicação pelos usuários ganha maior importância para os familiares, devido à sua eficácia na prevenção/contenção de crises que são bastante difíceis de serem sustentadas sem um suporte coletivo.

3.4 – O Dispositivo GAM e a Experiência de Coletivização de Pontos de Vista

Gostaríamos de encerrar este capítulo no qual nos dispusemos a discutir alguns sentidos que se relacionam com a noção de autonomia na experiência com o grupo de familiares, apontando movimentos que nos indicam estar acontecendo alguns processos de ampliação de autonomia a partir da realização do dispositivo GAM. É preciso lembrar que o período que utilizamos para as análises trazidas nesse capítulo compreende os encontros do grupo entre maio e dezembro de 2011. Entretanto, o grupo de intervenção com os familiares está acontecendo até o presente momento e sem previsão para seu término antes do fim desse ano. Nesse sentido, o que traremos adiante é apenas o início de um movimento que tem consequências para os desdobramentos que aconteceram no grupo e que ainda estão acontecendo. Futuramente, tais movimentos poderão ser analisados de maneira mais profunda pelo grupo de pesquisa, considerando os fragmentos esboçados nessa dissertação (e nas teses que estão sendo produzidas por alunos membros desse grupo de pesquisa) em relação ao conjunto de movimentos que terão sido disparados ao longo de todos os encontros do GIF.

Anunciamos no início desse capítulo, nossa intenção de, a partir da intervenção GAM, promover/fortalecer movimentos relacionados à formação de uma Associação de Usuários e Familiares. As experiências analisadas abaixo expressam o início de uma mudança do ponto de vista dos familiares em relação ao dos usuários e são, para nós, índices de um processo de mudança da relação com os direitos, conforme apresentaremos em sequência. Porém, entendendo que a mudança na relação com os direitos exige a produção de outros modos de subjetivação e a dissolução de automatismos instituídos, apontamos que este processo exige um tempo de cultivo de outros modos de relação. Nesse sentido, embora possamos indicar mudanças importantes nos modos de participação dos familiares do grupo, é precoce pensar em termos de uma Associação.

O processo de constituição da Associação foi disparado a partir do contato da coordenadora de saúde mental do município com um usuário com experiência de formação de associações em outros municípios. Por outro lado, essa Associação ainda não conta com o engajamento de nenhum integrante do grupo de familiares do CAPS. Pelo modo através do qual esta Associação começou a ser formada, mais fruto de uma aposta da gestão, do que produto de um movimento disparado pelos usuários e/ou familiares, as últimas notícias a qual tivemos acesso sobre esta iniciativa indicavam que esta se encontrava bastante esvaziada em relação à participação de usuários e familiares. Nos encontros iniciais dos participantes da Associação, soubemos que o nome desta já havia sido escolhido e que seu estatuto estava em fase de elaboração. Também nos foi relatado que a presidência da Associação foi eleita, o que indica, certamente, um avanço no processo. O usuário indicado pela gestora para estar à frente desse processo foi eleito presidente da Associação pelos participantes presentes em uma das reuniões realizadas. Porém, devido ao fato dele ser interdito judicialmente, foi necessário promover outra eleição de presidência. Segundo esse mesmo usuário, o único empecilho à “consolidação” da Associação atualmente é o alto custo para poder registrá-la. Não obstante ao fato da eleição da presidência e a redação do seu estatuto, as reuniões da Associação foram interrompidas, devido à falta de quórum para discussão e deliberação dos assuntos a serem tratados.

Diante dos relatos que nos foram feitos, indicando o esvaziamento da Associação criada no município e da interrupção de seus encontros, reiteramos a importância da aposta feita no dispositivo GAM. Como já explicitado anteriormente, não acreditamos que a formação de uma Associação se restrinja apenas à eleição de presidência, formulação de estatuto e seu registro. A falta de quórum não é um problema secundário no processo de

constituição de uma Associação. O fortalecimento de processos de participação de usuários e familiares nesses espaços de discussão de direitos nos parece ser exatamente a matéria principal a qual uma Associação deve se dedicar. Na GAM, a diretriz do manejo de valorização das experiências e da promoção de escuta à fala do outro enseja a produção de movimentos cogestivos no grupo. O fortalecimento desses movimentos nos parece fundamental aos movimentos relacionados à reivindicação/promoção de direitos na saúde. Traremos alguns desses movimentos produzidos no grupo e retomaremos a questão da Associação adiante.

A aposta feita no dispositivo GAM é a de que a leitura do Guia em grupo, reunindo usuários e trabalhadores da rede de saúde mental, promoveria um compartilhamento de pontos de vista acerca do tema do uso de psicofármacos e ensinaria a possibilidade de promover descentramentos de pontos de vista e uma ampliação da escuta à fala do outro. No grupo de intervenção realizado com familiares esta aposta é ampliada, pois não apenas se pretende fazer surgir os diferentes pontos de vista dos familiares e trabalhadores acerca do uso da medicação psiquiátrica, como também discutir com eles o ponto de vista do usuário.

A proposta consistia em incentivar uma discussão acerca da experiência com a medicação dos usuários e da experiência de acompanhar este processo. Objetivávamos provocar o grupo a se colocar as questões: a) “como é a experiência de lidar diariamente com familiares que fazem uso dos remédios psiquiátricos?”, b) “como deve ser a experiência de tomar esses remédios?”. Além disso, havia interesse em ouvir o que os familiares achavam do Guia (eles avaliavam essas perguntas como interessantes? Achavam que estavam bem formuladas? Elas são as perguntas que valem a pena ser feitas? Que outras questões eles sugeririam?).

Em relação à discussão do ponto de vista dos usuários, cabe lembrar que o instrumento utilizado para a discussão no Grupo de Intervenção com os Familiares (GIF) é o Guia GAM, construído originalmente no Canadá e adaptado no Brasil com a proposta de ser utilizado para a leitura em grupos de usuários e trabalhadores dispostos a experimentar a cogestão da medicação. Assim, todas as perguntas e textos elaborados no Guia foram pensados visando este público. A decisão de utilizar este instrumento com os familiares nasceu da importância de incluí-los na discussão da cogestão da medicação. Nossa aposta em ler o Guia GAM-BR com os familiares é a de que poderíamos realizar, no dispositivo GAM, uma experiência de mudança de ponto de vista.

Para que a experiência do usuário pudesse ganhar visibilidade nas discussões do grupo, foi necessário que a dupla de pesquisadoras desse continuamente uma nova inflexão às perguntas trazidas, direcionando o debate para o que os familiares consideravam ser o ponto de vista de seus parentes. Na primeira pergunta do Guia, por exemplo (“Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?”), nós provocávamos o grupo a se perguntar “Como vocês imaginam que seus parentes se apresentariam caso alguém quisesse conhecer um pouco deles?”.

À medida que os grupos foram sendo realizados, foi ficando mais claro o distanciamento do ponto de vista dos familiares acerca da experiência dos usuários com o uso de psicofármacos. Um exemplo desta afirmação pode ser encontrado logo no início do processo de discussão do Guia. Quando o Guia pergunta como o usuário se apresenta aos demais, provocaram-se reações diferentes nos familiares presentes, porém semelhantes em relação ao distanciamento da perspectiva do usuário. Alguns familiares pareceram surpresos com a pergunta, pois disseram nunca ter pensado que seu parente seria capaz de se apresentar a alguém. Outros indicaram que seus parentes se apresentariam sem nenhum defeito, como se os usuários não tivessem a possibilidade de realizar algum tipo de crítica sobre eles mesmos.

As perguntas seguintes do Guia, no primeiro e segundo passos, nas quais o objetivo das discussões propostas é a de que o usuário possa conhecer um pouco sobre si e observar suas preferências nas atividades cotidianas, foram trazendo outros elementos para a discussão, como relacionamentos, trabalho e dinheiro, grupos dos quais fazem parte. Nesse percurso, dois movimentos bastante curiosos começaram a se tornar mais claros. As perguntas, sempre dirigidas à segunda pessoa, pois foram formuladas como um diálogo com o leitor (“o que você pensa sobre (...)?”; “Como é (...) para você?”), começam ser respondidas pelos familiares em primeira pessoa.

Não obstante as pesquisadoras reiterarem a cada encontro que as perguntas deveriam ser respondidas através do que os familiares pensavam que seus parentes responderiam, inúmeras vezes os familiares falavam de si próprios. Descobrimos que o exercício de responder e conversar sobre as perguntas fazia surgir pontos de vista diferentes: os familiares contavam suas próprias experiências com as questões discutidas, ao mesmo tempo em que falavam da experiência dos usuários. Ou seja, ao começarmos a conversar sobre os temas propostos pelo Guia, aos poucos surgia no grupo tanto a experiência dos próprios familiares, quanto a maneira como eles percebiam e se relacionavam com a experiência de seus filhos,

irmãos, etc. Surgiram diferentes perspectivas sobre as relações com a medicação e com o serviço.

Ler o Guia com os familiares permitiu, assim, acessar uma experiência de compartilhamento, em que nem sempre é possível precisar com clareza quem é o sujeito daquilo que está sendo experimentado. As discussões permitiram aos poucos a coemergência da experiência de familiares e usuários de maneira tal que as duas se apresentavam de maneira distinta, mas não separadas. A leitura do Guia se tornou, então, um convite, uma proposta de mudança de ponto de vista. Em alguns momentos, partíamos da experiência dos próprios familiares para nos perguntar: como será que os usuários responderiam a essa pergunta? Em outros, acabávamos perguntando a nós mesmos no grupo: o que nós responderíamos nesse caso? Esse movimento, no qual a experiência dos familiares ia surgindo junto com a experiência dos usuários era para nós um índice de que processos de ampliação de autonomia estavam em curso, uma vez que o surgimento de tais experiências nos indicava que, aos poucos, o ponto de vista do familiar se descentralizava e podia incluir nele a experiência dos usuários.

Em paralelo a esse movimento, e de maneira complementar a ele, o dispositivo foi permitindo evidenciar e problematizar coletivamente o desconhecimento dos familiares em relação à experiência dos usuários. Inicialmente, com frequência os familiares respondiam vagamente com um “não sei”, sem demonstrarem muito interesse pelo tema, às perguntas sobre as preferências dos usuários ou aos seus entendimentos sobre determinados temas. Durante esse período, observamos a referência a categorias psiquiátricas (utilizando, por exemplo, um diagnóstico) para a descrição de seus parentes. Porém, à medida que o grupo foi discutindo, as próprias categorias psiquiátricas eram colocadas em questão. Os familiares, trabalhadores e pesquisadoras começaram a notar que muitas vezes se faz uso de um diagnóstico (o CID, por exemplo) para descrever um usuário, sem que essa categoria tenha muito sentido. Os familiares descreveram ocasiões em que um diagnóstico foi atribuído aos seus parentes (em prontuários, laudos, consultas médicas) e começaram a discutir entre eles o que pensavam significar aqueles termos. Ao mesmo tempo, a trabalhadora presente acompanhava o processo, surpresa em descobrir que os familiares tinham dúvidas a respeito dos diagnósticos psiquiátricos e, ao mesmo tempo, constatando que ela própria também não tinha tanta clareza sobre eles.

Esse processo de questionamento sobre os diagnósticos aos poucos abria outras possibilidades para o grupo. Diante de perguntas sobre como os usuários se sentiam em relação a determinadas situações, começaram a surgir respostas como “Sabe que eu não sei? Acho que vou perguntar para ela quando chegar em casa”. Ao mesmo tempo, em relação às categorias psiquiátricas, começaram a surgir falas indicando a vontade de questionar o profissional médico a respeito delas: “Na próxima consulta vou perguntar isso pra ele”.

Outro sentido para autonomia vai sendo construído. A autonomia se amplia gradativamente na medida em que o grupo de familiares começa a pensar a sua relação com os usuários em uma perspectiva menos autocentrada, se abrindo ao ponto de vista dos usuários. A partir do compartilhamento de pontos de vista, percebe-se uma mudança no modo de participação dos familiares no grupo e a emergência de outra posição acerca dos direitos em saúde mental. O familiar reconhece a si e ao outro como sujeitos do direito: têm direito a suas experiências singulares. O reconhecimento da experiência do usuário pelo familiar é um início de nascimento de outra relação com os direitos, pois a partir dessa experiência de base garante-se o direito à experiência ela mesma e, conseqüentemente, abre-se a possibilidade do surgimento de outros direitos: direito à saúde, direito à informação, direito à participação etc.

Nesse sentido, entendemos que a formação de uma Associação de Usuários e Familiares não pode prescindir de um dispositivo que favoreça o acolhimento e a valorização das experiências. Sem uma proposta dessa ordem, a discussão sobre direitos soa aos familiares e usuários mais como um dever: “eles tem que lutar por seus direitos”. A participação na Associação não foi algo discutido com usuários e familiares tendo se tornado uma instância importante na experiência deles. Foi uma instância construída independente de suas experiências a qual, uma vez pronta, eles devem reconhecer como importante e dela participar. Esse modo de construir uma Associação está relacionado a um automatismo presente na discussão dos direitos, que é o de atribuir importância aos direitos estabelecidos em códigos e legislações e que prescindem da experiência. Nesse automatismo social, o direito é algo que vem de fora (heterônomo) e que deve ser reconhecido como importante e reivindicado. Muito frequentemente, a consequência mais direta desse automatismo na relação com os direitos é o esvaziamento das instâncias que pretendem discuti-los.

Entendemos que o exercício de direitos é inseparável de uma ampliação da autonomia. A ampliação da autonomia como processo que envolve a inclusão de distintas experiências e construção de rede (formação de novas dependências) permite o acesso ao primeiro direito,

que é o direito à experiência. Em São Pedro d'Aldeia, especificamente, diante das experiências de sobrecarga de tarefas e de solidão vividas pelos familiares, o dever participar de uma Associação – ou de qualquer outra instância – significa mais uma tarefa que eles têm que desempenhar por serem parentes de pessoas que estão em sofrimento mental.

Um indicador importante da contração do grupo GAM foi o princípio da dissolução do modo de participação por depoimento no grupo. No início da realização do dispositivo, cada aparição de um novo familiar fazia o funcionamento por depoimentos se reinstalar no grupo. Entretanto, à medida que o dispositivo foi funcionando, começamos a observar uma mudança importante. Enquanto no começo o modo de participação por depoimento exigia muito trabalho por parte das pesquisadoras para fazer a palavra voltar a circular e os participantes trocaram experiências entre eles, no decorrer dos encontros do grupo a exigência de manejo por parte das pesquisadoras diminuía. A chegada de novos participantes continuou fazendo surgir o modo participação por depoimentos, mas o próprio grupo começou a intervir nesse tipo de fala, transformando-a em um modo de participação menos autorreferido. Verificamos que o próprio grupo passou a realizar manejo, incorporando os novos familiares à dinâmica do próprio grupo. Isso significa que o grupo de familiares começou a experimentar uma autonomia cogestiva, isto é, começou a se abrir para a experiência do outro e a funcionar como um coletivo com protagonismo distribuído.

Entendemos que são movimentos tais como esses que se principiam entre os familiares que fortalecem a discussão acerca dos direitos. A instituição de um grupo de trabalho, de uma Associação ou de qualquer coletivo que se proponha discutir ou pleitear direitos exige, para a sua continuidade, a criação de condições de acesso à experiência. A garantia do direito à experiência, ou seja, à emergência contínua de novos micromundos e microidentidades para além daqueles já instituídos, permite a ampliação da autonomia grupal e o nascimento de sujeitos de direitos. Esses movimentos pretendidos com a realização do dispositivo GAM não são exclusividade desse dispositivo. Há outros dispositivos, outras propostas de trabalho, que ensejam a produção de movimentos semelhantes. A especificidade e a contribuição da GAM para a saúde mental consistem no questionamento do automatismo da prescrição e uso da medicação psiquiátrica. Entretanto, ressaltamos, sem que haja algum dispositivo que promova as condições de garantia de acesso à experiência, as experiências com o direito são heterônomas: restringem-se ao plano do acesso aos direitos legais instituídos. O direito chega ao grupo como algo pré-dado e externo, não como algo que o grupo experimenta e reinventa.

No caso da Associação em São Pedro, parece-nos ser imprescindível promover a ampliação da autonomia cogestiva e a distribuição do protagonismo de seus participantes.

Entendendo autonomia como uma ampliação das redes de dependência, acesso a um plano coletivo a partir do qual outras formas de sujeito e mundo têm nascimento, a cogestão torna-se a diretriz de uma intervenção que proponha aumentar processos de autonomização e quebra de automatismos. O exercício da cogestão permite ao grupo construir coletivamente regras para lidar com seus parentes, o que progressivamente diminui a sensação de sobrecarga e solidão no cuidado em saúde mental. O trabalho com o Guia GAM-BR com os familiares foi, assim, uma oportunidade de ampliar e compartilhar experiências, adotando perspectivas diferentes que nem sempre adotamos.

Considerações Finais:

Nesse trabalho propusemo-nos a problematizar e compreender o sentido de autonomia tal como ele é utilizado no contexto das discussões em saúde pública no país. Interessava-nos problematizar este conceito, visando contribuir para o debate acerca da construção do SUS como política pública de saúde brasileira. Tomamos a realização do dispositivo GAM como uma oportunidade para investigar os sentidos relacionados à autonomia, a partir de uma prática de ampliação de autonomia e promoção de direitos dos usuários no campo da saúde mental.

Com o propósito de empreender tal discussão, tomamos como desafio para o primeiro capítulo a tarefa de mapear alguns dos debates travados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Antes, porém, consideramos oportuno contextualizar uma das discussões em relação à noção de autonomia no campo da filosofia. Apresentamos o debate entre Foucault (1984) e Kant (2011) com o propósito de destacar a inflexão feita por Foucault ao trabalho kantiano, que nos parece bastante interessante para o tipo de discussão que nos propusemos a realizar neste trabalho. No campo da filosofia, muitos autores discutiram, seja como ponto central em suas obras, seja de maneira tangencial, o problema da autonomia. Porém, nos interessou apresentar o debate entre Foucault e Kant devido às inflexões que o primeiro realiza em relação à obra do segundo. Foucault (1984) analisa uma aparente contradição na obra kantiana, segundo a qual haveria um problema em relação ao alcance do estado de maioridade. Tal contradição consistiria na oposição entre obedecer às regras sociais como forma de atingir a maioridade e, ao mesmo tempo, o dever de questioná-las para obter o mesmo fim. Foucault indica que a solução de tal impasse consiste em que o alcance da maioridade, para Kant, teria relação com um estado no qual a vontade individual e a pública concordariam. Assim, nos interessou no debate entre esses dois autores, uma primeira aproximação da ordem individual com a pública para a ampliação da autonomia.

Posteriormente, propusemos uma discussão com importantes sanitaristas brasileiros, Campos (1994) e Merhy (2010), em textos no quais ambos refletiam sobre o SUS e utilizavam ou discutiam mais detidamente o tema da autonomia. Com Campos, ampliamos a discussão acerca da polivocidade do conceito de autonomia. Este conceito, como a pesquisa

realizada demonstrou, é polissêmico no âmbito das discussões em saúde pública no Brasil. Porém, sua polissemia não é fortuita. Como já visto com Campos (2007), o momento de formulação da Constituição de 1988 é um momento de tensão entre modelos de saúde antagônicos, em relação a qual a Constituição de 1988 e o SUS representam o que foi possível estabelecer. Assim, tanto o princípio de promoção da autonomia, quanto de descentralização e hierarquização do sistema de saúde, entre outros, podem ser tomados ora em uma perspectiva aliada à defesa de políticas públicas de saúde, ora em uma perspectiva vinculada a políticas neoliberais de assistência – dando margem à consolidação de modelos de saúde degradados.

Avançando nessa discussão, problematizamos com Merhy (2010) a relação entre os movimentos sociais e o Estado, considerando o debate entre as práticas de promoção de autonomia e práticas de tutela. Nesta seção foi importante retomar o momento político no qual se deu a Reforma Sanitária Brasileira, para contextualizar as modulações sofridas no conceito de autonomia no trabalho de importantes autores e sanitaristas de então. No contexto de enfrentamento à ditadura instaurada após o golpe de 1964, o tema do combate ao Estado era central nos movimentos de militância. Nesse sentido, autonomia significou autogestão. Posteriormente, com o fim da ditadura e a formulação da Constituição de 1988 e do SUS, se tornou importante ocupar o Estado para, por dentro, disparar processos de autonomização. Percebemos, então, que o sentido de autonomia sofreu modulações, estando cada vez menos vinculado à autogestão e mais à ideia de cogestão.

Por fim, interessou-nos realizar uma breve interlocução com dois campos da área da saúde: a promoção da saúde e a saúde mental. Com o primeiro campo, nos aproximamos de uma noção frequentemente associada ao aumento de autonomia e apontamos possíveis perigos inerentes à noção de *empowerment*. No segundo, empreendemos um breve mapeamento junto com Leal (2001), das relações entre sujeito e mundo e o sentido de autonomia nas discussões travadas no campo. Interessava-nos um dos modelos propostos pela autora na qual a relação entre sujeito e mundo era descrita em termos de codependência ou dependência mútua. A partir desse modelo no qual a ampliação da autonomia supunha uma relação de codependência entre sujeito e mundo, utilizamos a tese de Kinoshita (2001) para trabalhar a noção de autonomia a partir de uma ampliação das redes de dependências, apostando no sentido de autonomia como cogestão.

A formulação de que o aumento da autonomia implica em um aumento das dependências pode surpreender se estamos atrelados ao senso comum da ideia de autonomia.

Tal formulação, por outro lado, exigiu uma discussão teórica acerca do sentido de autonomia em uma relação na qual sujeito e mundo se distinguem, mas não se separam. Visando elucidar essa concepção, discutimos os conceitos de coemergência e enação, propostos pelos biólogos do conhecimento Francisco Varela e Humberto Maturana. Com esses autores, entendemos que não há anterioridade do sujeito em relação ao mundo e vice-versa. As formas de sujeito e mundo existentes derivam de um mesmo processo de criação que é ininterrupto. Dessa forma, o modo como o sujeito vê o mundo e como o mundo se faz ver pelo sujeito são inseparáveis. A partir dessa perspectiva, afirma-se que a autonomia não é propriedade de um sujeito frente ao mundo, uma vez que ambos resultam de um mesmo processo de produção. Pensamos então que a autonomia é primeira em relação ao surgimento de sujeito e mundo, ela é pertinente ao processo de criação de ambos.

Por fim, no terceiro capítulo, analisamos alguns dos movimentos que perpassaram o Grupo de Intervenção GAM com os familiares, o GIF, em São Pedro d'Aldeia. Nessa discussão, buscamos enfatizar a relação entre o direito à experiência como possibilidade de experiências com os direitos. Entre as experiências com os direitos, destacamos a de reivindicação dos direitos a partir do pertencimento a uma Associação de Familiares e Usuários. Propusemos pensar a formação de uma Associação como uma possibilidade de nascimento na experiência e não como uma necessidade *a priori*. O compartilhamento de experiências entre os familiares, proposto no dispositivo GAM, permitiu a emergência de um maior concernimento desse grupo em relação à experiência dos usuários. Este movimento nos indica a ampliação de uma autonomia cogestiva, na qual as experiências de usuários e familiares são distintas, mas não separadas.

Tais questões, destacadas a partir da experiência de realização do dispositivo GAM em um CAPS, não são pertinentes apenas ao campo da Saúde Mental. As contribuições advindas da realização do dispositivo GAM ressaltam questões relativas à saúde geral, ao Sistema Único de Saúde Brasileiro. O SUS, tal como estabelecido na Constituição de 1988, é um dever do Estado e direito de todos. É, portanto, uma política de Estado, na qual o acesso universal é um direito. Em sua face prescritiva, restrita ao âmbito legal, o SUS garante o direito à saúde para a população em geral. Entretanto, ainda que os problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde fossem todos resolvidos e que houesse consultas dos diversos profissionais em quantidade suficiente para todo cidadão brasileiro, o direito à saúde não estaria garantido. O plano dos direitos não se restringe às legislações apenas. Para que faça sentido para a população, é necessário que os direitos tenham raiz na experiência. Assim, o

SUS não está definitivamente construído apenas porque regulamentado por legislações e portarias e também não estará quando as questões de acesso aos serviços forem sanadas. A construção do SUS como uma política pública de saúde depende também da inclusão da experiência dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde: gestores, trabalhadores, usuários e sua rede social.

É importante lembrar que a formulação do SUS, como política de Estado, emergiu a partir da experiência dos movimentos sociais e foi uma conquista desses movimentos para a população brasileira. Entre seus princípios, consta o de fortalecimento da autonomia. Neste trabalho, procuramos problematizar o sentido da noção de autonomia, buscando relacioná-la à de cogestão. Com a realização do dispositivo GAM, observamos o quanto a diretriz da cogestão da medicação e da valorização das experiências possibilita a ampliação da autonomia do grupo. O aumento da autonomia, como possibilidade de acolhimento da experiência e produção de redes, indica que o direito à experiência é importante para a experiência de direitos. Assim, apostamos que a efetivação de um SUS mais público se dá em uma relação de inseparabilidade com a produção de sujeitos mais cogestivamente autônomos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, K. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-Intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (4) 648-663.

ARAÚJO, Maria Angélica Benetti. Autonomia da Vontade no Direito Contratual. In *Revista de Direito Privado*, Ano 07, nº 27, Ed. Revista dos Tribunais: São Paulo, 2006.

BARBOSA, Nelson Bezerra and ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2483-2495. ISSN 1413-8123

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006. Disponível em: www.saude.gov.br/svs

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de*

Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Unidade de Pronto-Atendimento. UPA 24hr. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36654&janela=1 acessado em 10 de outubro de 2011.

BUENO WS & MERHY EE 1997. Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Seqüência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf> Acessado em 04/04/2011

BUSS P. M. & PELLEGRINI, P. F. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

_____. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

CAMPOS G, W. Considerações sobre a arte e a ciência da reforma: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, LCO (org). Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.12 suppl.0 Rio de Janeiro Nov. 2007

_____. Um método para a análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

_____. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. Editorial Cad. Saúde Pública vol.24 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2008

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>, acessado em 19/02/2011.

CARVALHO, S. & CAMPOS, G.W. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 16(2):507-515, abr-jun, 2000.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004a, vol.9, n.3, pp. 669-678. ISSN 1413-8123.

_____. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004b.

_____ & GASTALDO. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2029-2040, 2008.

COIMBRA, C., PASSOS, E., BARROS, R. B. Direitos Humanos no Brasil e o Grupo Tortura Nunca Mais/RJ In: *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos* ed. Rio de Janeiro : IFB Te Corá, 2002, v.1, p. 15-23.

DELEUZE, G. Os intercessores. In: *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1985.

_____. Três problemas de grupo. In: GUATTARI, F. *Psicanálise e Transversalidade*. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

_____, G. & GUATTARI, F. *As Máquinas Desejantes*. In: DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvin, 2004.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Editora FIOCRUZ, 2008.

EIRADO, A. et al. Memória e Alteridade: o problema das falsas lembranças. *Revista eletrônica Mnemosine*, volume 2, número 2, ano 2006, disponível no endereço: www.cliopsyche.cjb.net/mnemo

_____, A. & PASSOS, E. Dissolução do ponto de vista do observador. In: *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009

_____ et al. Estratégias de pesquisa no estudo da cognição: o caso das falsas lembranças. *Psicol. Soc.* [online]. 2010, vol.22, n.1, pp. 84-94. ISSN 0102-7182. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000100011>.

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2):371-378, 2003.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L. & RABINOW, P. Michel Foucault: Uma trajetória Filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____ 1984: O que são as luzes? In: FOUCAULT, M. Ditos e Escritos. São Paulo: Forense Universitária, 1999.

_____ Aula17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. Em defesa da Sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____ Nietzsche, a genealogia e a história. Microfísica do Poder. São Paulo: Edições Graal, 2003.

FRANCO, T. (org) Acolher Chapecó: uma experiência de mudança no processo assistencial com base no processo de trabalho. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V. Reorganização dos Serviços de Saúde: Algumas Considerações Acerca da Relação entre a Descentralização, Autonomia Local e a Participação do Cidadão. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (2): 210-215, Apr/Jun, 1993.

GUATTARI, F. Introdução À Psicoterapia Institucional. In: GUATTARI, F. Psicanálise e Transversalidade. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.

HELD, R. & HEIN, A. *Adaptation of Disarranged Hand-Eye Coordination Contigent Upon Re-afferent Stimulation. Perceptual-Motor Skills*, 8, 1958, PP. 87-90.

KANT, I. O que é esclarecimento? Disponível em <http://www.ufsm.br/gpforma/2senafe/PDF/b47.pdf>, acessado em 05/07/2011

_____ Crítica da Razão Pura (Versão Eletrônica). Disponível em <http://br.egroups.com/group/acropolis/>, acessado em 03/02/2012.

IBGE. Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=330520> Acessado em 14/06/2012.

KINOSHITA, R. T., O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. Campinas, 13/02/2001.

_____ Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, 3ª ed.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2621-2626. ISSN 1413-8123.

LEAL, E. M. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira”. In A.C. Figueiredo & M.T. Cavalcanti (Org.). *A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à II conferência Nacional de Saúde Mental* (pp. 69-83). Rio de Janeiro, 2001.

LOFTUS, E. Creating false memories. *Scientific American*, 277, 70-75, 1997.

MATURANA, H. *Cognição, Ciência e Vida Cotidiana*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

_____ E VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athenas, 2005.

MARQUES, R. M. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S163-S171. ISSN 0102-311X.

_____ & MENDES, A. *Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?* *Ciênc. saúde coletiva* vol.8 no.2 Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, E.E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. Campinas: Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira, 1998. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>, acessado em 26/02/2010.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, Rosana (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2006.

NIETZSCHE, F. Introdução Teorética sobre a verdade e a mentira no sentido extra-moral. In: *O livro dos Filósofos*. Editora Escala: São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, D L L C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição?. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.1, pp. 185-188. ISSN 0034-7167

OLIVEIRA, J. A. M., PASSOS, E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. Natal: Vivência, v.1, p.259 - 275, 2007.

PAIM, J. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)", por Jeni Vaitsman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro May/June 2009

PASSOS & BARROS. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva 10 (3)561-571, 2005.

PASSOS, E. et al. Autonomia e direitos humanos. No prelo.

PEZZI, S. G. Autonomia e medidas socioeducativas. In: SANTOS, L. M. B. (org.) Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Ideograf: Porto Alegre, 2010.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia and GOTTEMS, Leila Bernardo Donato. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. Rev. bras. enferm. [online]. 2009, vol.62, n.2, pp. 294-299. ISSN 0034-7167.

RODRIGUEZ, P., PERRON & OUELLETTE, J.N. O. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? São Paulo: Hucitec, 2008

SADER, E. Quando novos personagens entram em cena. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS L. M. et al. Grupos de promoção à saúde. Rev Saúde Pública 2006;40(2):346-52

HANH, T. N. O Coração da Compreensão. Porto Alegre: Editora Bodigaya LTDA, 2000.

VARELA, F. Sobre a competência ética. Lisboa: Edições 70, 1992

_____. O círculo criativo – esboço histórico-natural da reflexividade. WATZLAWICK, P. (org) A realidade Inventada: como sabemos o que cremos saber? Campinas: Editorial Psy II, 1994.

_____, THOMPSON, E. & ROSCH, E. A mente corpórea: ciência cognitiva e experiência humana. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

_____, VERMERSCH, P. & DEPRAZ, N. Redução à prova da experiência. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 58, n. 1, 2006.

VASCONCELOS, E. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VERMERSCH, P. L'entretien d'Explicitation. Paris: Issy-Les-Moulineaux Éditeur, 2000.