

ARTIGO

Dispositivos de Gestão Autônoma do Cuidado, Integralidade e Autonomia

A strategy for comprehensive healthcare, expanding care capacity and autonomy

Eduardo Caron^I, Deivisson Dantas Vianna dos Santos^{II}, Túlio Batista Franco^{III}, Laura Camargo Macruz Feuerwerker^{IV}, Aldo Pacheco Ferreira^V, Marcos Besserman Vianna^{VI}, Carlos Cesar David de Carvalho^{VII}, Clarissa Viola Dutra^{VIII}, Renata Candido de Andrade Ortega^{IX}, Bethania do Carmo Caetano da Silva^X, Erika Dutra de Araujo^{XI}, Monyque Evans Sousa Lima^{XII}, Eduardo Kenji Futema Honji^{XIII}, Lucas Ferraz da Silva^{XIV}, Sabrina Stefanello^{XV}

Resumo

Este estudo visa a sistematização de linhas metodológicas da Gestão Autônoma do Cuidado, uma estratégia de cuidado não medicalizado em saúde integral e mental, baseada em práticas de compartilhamento de cuidado e de experiências que favorecem o deslocamento da subalternização dos usuários e das relações de saber disciplinar em saúde, a produção de grupalidade e redes de vinculamento e a ampliação de autonomia coletiva. Essa reflexão foi baseada em pesquisas e projetos de extensão com ações presenciais e online, envolvendo profissionais e usuários de mais de trinta serviços de saúde mental adulto, infantojuvenil, álcool e drogas e na atenção primária, realizados por meio de abordagem cartográfica participativa, na perspectiva da Análise Institucional e do Ator-Rede. Esses processos produziram mudanças nas relações em saúde, diminuição do uso de medicamentos,

^I Eduardo Caron (mifunecaron@gmail.com) é psicólogo, doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

^{II} Deivisson Vianna Dantas dos Santos (deivianna@gmail.com) é médico, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

^{III} Túlio Batista Franco (tuliofranco@id.uff.br) é psicólogo, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

^{IV} Laura Camargo Macruz Feuerwerker (laura.macruz@gmail.com) é médica, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

^V Aldo Pacheco Ferreira (aldo.ferreira@fiocruz.br) é biólogo, Mestre e Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

^{VI} Marcos Besserman Vianna (marcosbeserman@gmail.com) é médico, Mestre pela Fiocruz e Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

^{VII} Carlos Cesar David de Carvalho (ccdcarvalho@gmail.com) é médico, Mestre em Atenção Psicossocial pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Psiquiatra na Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^{VIII} Clarissa Viola Dutra (clarissavdutra@gmail.com) é psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Psicóloga na Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^{IX} Renata Candido de Andrade Ortega (rcandidoandrade@uol.com.br) é médica, Doutora em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo (USP), Psiquiatria (IPUB) na Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

^X Bethania do Carmo Caetano da Silva (bethaniacaetano257@gmail.com) é assistente Social, Mestre em Atenção Psicossocial pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde do Carmo.

^{XI} Erika Dutra de Araujo (erikadutraraujo@gmail.com) é psicóloga no Deambulatório da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

^{XII} Monyque Evans Sousa Lima (to.monyquelima@gmail.com) é terapeuta Ocupacional no Deambulatório da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

^{XIII} Eduardo Kenji Futema Honji (kenji.honji@gmail.com) é psicólogo, Mestre em Estudos Culturais pela Universidade de São Paulo (USP), Psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

^{XIV} Lucas Ferraz da Silva (lucasferrazmed@gmail.com) é médico na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

^{XV} Sabrina Stefanello (bonastefanello@gmail.com) é médica psiquiatra, doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

a criação de redes de cuidado compartilhado entre participantes e nos territórios, com impacto nas condutas dos profissionais, na formação de trabalhadores e de acadêmicos na área da saúde.

Palavras-chave: Autonomia. Medicalização. Integralidade.

Abstract

This study aims to systematize methodological lines of Collective Autonomous Care, a non-medicalized care strategy based on practices of experiences and care sharing that favor the displacement of users' subordination to disciplinary knowledge relations in health, the production of bonding networks, and the expansion of collective autonomy. The study includes research and extension projects with in-person and online actions involving professionals and users from more than thirty adult, child and adolescent mental health, alcohol & drug and primary care services. The study adopts a participatory cartographic approach from the perspective of Institutional Analysis and Actor-Network Theory. These processes have produced changes in health relations, a decrease in the use of medications, and the creation of shared care networks among participants and in the territories, with an impact on the conduct of professionals and the training of workers and academics in the health field.

Keywords: Autonomy. Medicalization. Integrality.

Introdução

Este estudo visa a sistematização teórico-técnica de linhas metodológicas e a definição de um campo prioritário de cuidado não medicalizado, com o intuito de ampliar a autonomia coletiva entre usuários e profissionais em serviços da rede de atenção psicossocial e da atenção primária em saúde e construir ações e práticas participativas de cuidado, denominadas Gestão Autônoma do Cuidado.

As experiências que constituem o processo de sistematização das linhas metodológicas aqui apresentadas foram gestadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um sistema de saúde pública que tem realizado uma avançada reforma em saúde mental pautada nos direitos humanos contra toda forma de estigma, violência e subalternização das pessoas necessitadas de cuidado. Essa plataforma ético-política do SUS, orienta a construção de estratégias de cuidado que privilegiam a constituição de redes de atenção e de vinculação dos sujeitos, territórios e comunidades, numa perspectiva ampliada, interdisciplinar e multiprofissional. Assim, práticas de Gestão Autônoma do Cuidado fortalecem essas diretrizes da saúde coletiva e da reforma anti-manicomial, visando superar as barreiras instituídas pelos modelos medicalizados que colonizam os sistemas de saúde.

Tais práticas visam interferir criticamente num contexto da saúde pública marcado pela: 1) centralidade da medicação e da atenção prescritiva¹; 2) separação entre a assistência individual e as ações coletivas territoriais²; e 3) vulnerabilização da saúde e da vida produzida por violação de direitos humanos de grupos sociais subalternizados. Os dispositivos coletivos de cuidado que iremos tratar aqui operam nesses três eixos problemáticos. A partir do compartilhamento de experiências de trabalhadores e usuários de serviços públicos de saúde mental e da APS, apresentamos referenciais metodológicos para a construção de dispositivos de ampliação de autonomia e cuidado integral, fundados na defesa da dignidade e no poder de contratualidade das pessoas usuárias, como participantes dos seus processos de cuidado. Essa é uma estratégia que prioriza o cuidado e desloca a centralidade do medicamento e das disciplinas profissionais, e coloca em questão a medicalização das práticas em saúde.

A atenção prescritiva centrada na doença reforça a fragmentação do cuidado, culmina na prescrição de fármacos e procedimentos segundo as especialidades clínicas cada vez mais distantes da dimensão integral da saúde. A participação de usuários no processo de cuidado é reduzida, e limita-se à capacidade de resposta

dos profissionais às necessidades complexas dos usuários. Essa limitação é enfrentada tanto pelas equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado de doenças crônicas e depressão, quanto na atenção especializada em saúde mental, pois, apesar da prescrição massiva de medicamentos para controle de sintomas, as vulnerabilidades persistem e a qualidade de vida é limitada².

Dessa forma, as políticas e práticas de saúde são convocadas a enfrentar a violação de direitos humanos de modo amplo e complexo, pois se somam ao combate às opressões de gênero contra mulheres e pessoas LGBTQIAPN+, ao racismo, a estigmas de classe, étnicos e contra pessoas usuárias de substâncias psicoativas, e principalmente contra jovens e adolescentes negros, pessoas idosas e crianças. A medicalização da saúde e da vida produz parâmetros de normalidade e categorização de déficits de capacidades – físicas, mentais, sensoriais e cognitivas – marcadores do capacitismo contra pessoas com deficiências e estigma manicomial. A complexidade do problema inclui o enfrentamento das condições de subalternização e coerções transversais presentes nas relações em saúde, que produzem descuido e iniquidades nos serviços, vulnerabilizando pessoas e grupos sociais.

Vale lembrar que a constituição histórica de um sistema único de saúde no Brasil visava a unificação entre a assistência individual – centralizada pelo sistema previdenciário – e a saúde pública – baseada nos postos de saúde. Essa visão unificadora constitui um fundamento da Saúde Coletiva. Embora muitos avanços tenham sido realizados, essa vocação do SUS tem sido obstaculizada pela medicalização, privatização da rede pública e contratos de produção baseados no modelo individualizante de atenção que separa prevenção e promoção da assistência e reabilitação. A Gestão Autônoma do Cuidado é uma estratégia interdisciplinar, de cuidado integral, que busca superar a cisão entre ações individuais e coletivas baseada em duas questões: como integrar o cuidado da saúde de si, dos outros e da comunidade? Como ampliar autonomia e cuidado coletivamente?

Construir dispositivos de ampliação de autonomia e cuidado compartilhado aposta na integralidade e indica mudanças necessárias nas práticas em saúde mental e integral, especialmente na valorização da experiência das pessoas usuárias, para que as principais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa³.

Metodologia

O presente estudo foi realizado com a participação de pessoas usuárias, trabalhadores e acadêmicos em projetos de pesquisa e de extensão realizados pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF) e Programa INOVA Fiocruz, que envolveram trinta serviços de saúde integrantes desses projetos em quatorze municípios e cinco unidades federativas, entre os anos de 2020 e 2024.

Esses projetos tiveram como ponto de partida um convite a experimentações de intervenções nos serviços, com o objetivo da ampliação de autonomia e participação das pessoas usuárias nos processos de cuidado, nas decisões e na gestão do uso de medicamentos.

Essas experimentações foram realizadas por meio dos seguintes componentes:

- 1) Encontros semanais presenciais de Grupos de Gestão Autônoma do Cuidado (GAC) e da Medicação (GAM) em cada serviço, com pessoas usuárias, trabalhadores e acadêmicos, de 2022 a 2024.
- 2) Encontros online mensais de Apoio e Compartilhamento de práticas de GAC e GAM locais com trabalhadores, usuários e acadêmicos com participantes dos estados de SP, RJ, MG, PE e BA, de 2021 a 2024.
- 3) Encontros presenciais de Educação Permanente em Saúde (EPS) em unidades de saúde da atenção primária e CAPS adulto, AD e IJ em SP e RJ, de 2022 a 2024.

- 4) Dois Cursos de Extensão online, de abrangência nacional, pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFF, em 2020 e 2023.
- 5) Dois Cursos de Extensão presenciais realizados em unidades de APS em SP e RJ, em parceria com o Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2023.
- 6) Quatro Fóruns Nacionais de Compartilhamento de Práticas sobre os temas: a) Saúde Mental Adulto, em 2022 e 2024; b) Cuidado em Álcool e Drogas e Redução de Danos, em 2024 e c) Gênero e Raça, em 2024.
- 7) A partir de 2022, em pesquisa Inova Fiocruz, foi construído um guia experimental de Gestão Autônoma do Cuidado (GAC) – com questões e temas sobre a saúde integral, a vida e o território, submetido a grupos com usuários e trabalhadores em serviços de saúde mental e em unidades de atenção básica. Na primeira etapa da pesquisa, os grupos utilizaram o Guia GAM, focado na saúde mental e nos psicofármacos, e fizeram alterações para o novo Guia GAC, adaptado para a saúde integral. Na segunda etapa, um protótipo do novo guia GAC foi submetido a grupos, que fizeram novas alterações para chegar à versão final.

As diretrizes da realização desses encontros e dispositivos foram:

- 1) Todo encontro consistia no compartilhamento de experiências, evitando-se o debate de opinião, ideias abstratas e julgamento;
- 2) Todos os integrantes se colocavam em relação de lateralidade, evitando qualquer relação de orientação, condução, prescrição, interpretação e resposta;
- 3) Os encontros eram realizados com caráter cogestivo, com a premissa de que a pessoa integrante tem poder de contratualidade nas definições, seja do seu processo de trabalho, seja no seu projeto de cuidado;
- 4) Foi sugerido como instrumentos de apoio às atividades o uso de guias (manuais impressos) GAM ou o Guia GAC;
- 5) Os encontros presenciais foram registrados em diários de campo. Os encontros online dos cursos e projetos de extensão foram gravados e publicados em um canal do youtube.

A análise foi realizada nos encontros online mensais de Apoio, segundo o método de Análise Institucional.

As pesquisas foram aprovadas por Comitês de Ética (60506322.6.3001.5279; 61322122.3.3001.0086; 79167124.6.0000.5243). Na Atenção Primária em Saúde, foi realizada pelo Programa Inova Fiocruz.

Abrangência das intervenções de gestão autônoma em diferentes campos de cuidado

O Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), adaptado à realidade brasileira⁴, deu grande impulso às ações pela ampliação de autonomia em saúde mental em diferentes cenários da rede de atenção psicossocial^{5,6}, incluindo o infantojuvenil, álcool e drogas e Atenção Primária, distinguindo-se do Guia GAM original canadense, exclusivamente voltado para a retirada da medicação em saúde mental de adultos.

A partir de 2024, o Guia Gestão Autônoma do Cuidado tem sido utilizado em ações voltadas para o aumento da participação dos usuários nos processos de cuidado, deslocamento da centralidade da medicação, e ampliação de autonomia na vida no contexto da saúde integral, incluindo a saúde mental. Esse guia GAC não especifica nenhum tipo de medicamento.

Na atenção primária, os grupos de Gestão Autônoma do Cuidado (GAC) foram heterogêneos, com participantes usuários de medicação ou não de qualquer tipo, inclusive psiquiátrica. Uma diversidade de necessidades de cuidado, assuntos e problemas foi compartilhada, envolvendo múltiplas questões ligadas às relações em saúde, tais como: falta de atenção e de resolutividade, resistência ao excesso de medicamentos, assim como questões sobre racismo e preconceitos sociais, álcool e drogas e sofrimentos mentais. Múltiplas experiências

e necessidades em saúde puderam ser compartilhadas em encontros nos quais as pessoas participantes testemunharam um aumento do bem-estar, do autocuidado, redução do uso de medicamentos para dores crônicas e de psicofármacos, inclusive acompanhamento de pré-natal de alto risco e envolvimento de participantes em ações territoriais e comunitárias. Essa multiplicidade de experimentações constitui uma contribuição para o desenvolvimento de abordagens de desmedicalização, tendo a integralidade e a ampliação de autonomia coletiva como o núcleo estratégico.

Na atenção em saúde mental de adultos (CAPS e Ambulatórios), a prescrição e o uso da medicação constituem um problema complexo sendo que, muitas vezes, a equipe se opõe às resistências das pessoas usuárias ao uso de psicofármacos e às suas experiências psíquicas e sociais. Nas práticas de gestão autônoma, ao contrário da neutralização da experiência – objetivo da prescrição de medicamento – há uma escuta integral e respeito às experiências, o que favorece o deslocamento das relações de subalternização e manicomialização das pessoas usuárias. As relações medicalizadas se superpõem a vulnerabilizações interseccionais e condicionam à noção de déficit de capacidade que inferioriza as pessoas usuárias.

A gestão autônoma instaura um dispositivo coletivo de respeito à dignidade e aos direitos humanos, na medida em que aumenta o vínculo, a comunicação, a participação, a auto-observação, o compartilhamento, a escuta coletiva, e o poder de contratualidade, o que facilita o aumento da autonomia coletiva. Nesse processo, são criadas possibilidades de maior interferência das pessoas na prescrição e maior diálogo entre profissionais e pessoas usuárias, desestabilizando o modelo de atenção habitual. As práticas de gestão autônoma criam uma rede grupal de vinculações que funciona como continente coletivo, capaz de realizar a contenção de crises.

Nos grupos de gestão autônoma no cuidado em saúde mental infantojuvenil, as crianças e adolescentes se reconhecem como interlocutores válidos, o que desestabiliza a conduta tutelar dominante que coloca crianças e adolescentes em posição de inferioridade, déficit de capacidades e menor validade⁷. Algumas vezes, responsáveis têm participado junto com as crianças, outras vezes, em grupos separados. A participação de mães e pais tem favorecido mudanças relacionais nos núcleos familiares, vinculações e ações de cuidado entre adultos envolvidos no grupo.

O aumento da comunicabilidade e da afetividade se expressa em ações de cuidado entre crianças e adolescentes, que passam a intervir diretamente como protagonistas de ações de acolhimento, escuta e mediação de momentos críticos, bem como nas ações coletivas, realização de festas, saídas para praças e outros espaços públicos, compartilhamento de experiências sobre sexualidade, gênero, *bullying* e relações familiares.

Nos serviços de cuidado no campo AD e RD – Álcool e outras Drogas e Redução de Danos – frequentemente os usuários são medicados e a experiência de adição ao uso de medicamentos é recorrente, além da preocupação pelo uso combinado com outras drogas, que redundam em ocorrências danosas, traumatismos, ferimentos graves e, inclusive, o óbito. Nos grupos de gestão autônoma do cuidado, os usuários deixam de ser objeto de vigilância do uso e encontram um espaço para compartilhar experiências em relação a psicofármacos e outras substâncias, e também experiências de vida que frequentemente envolvem situações de grande vulnerabilidade, situações em que se sobrepõem relações interseccionais de raça, gênero, classe e onde existem vulnerabilizações territoriais, e ambientais. Nos dispositivos de gestão autônoma do cuidado, aumentam-se as possibilidades de autonomia coletiva, isto é, ocorre a ampliação de possibilidades de relação entre os usuários, entre usuários e profissionais, e entre profissionais das equipes, direta ou indiretamente envolvidos. Nesses grupos, também cresce a participação nas relações de cuidado, inclusive em ações no território, e instauram-se novos modos de convivência e de cuidado. Consideramos os efeitos dessas ações e modos de convivência, redutores de danos⁸.

Dimensões da Rede de Cuidado Compartilhado

Nas práticas de Gestão Autônoma do Cuidado não se pretende fazer uma assistência individual. Em todos os grupos, ocorre o aumento do autocuidado e do cuidado coletivo. O cuidado individual acontece integrado na ação coletiva em saúde. A estratégia Gestão Autônoma do Cuidado se opõe a reduzir o cuidado em saúde ao modelo da assistência individual, centrado no profissional, nos saberes disciplinares e na relação de subalternização das pessoas usuárias. Nesses grupos, ocorre um modo coletivo de cuidado baseado em um protagonismo distribuído entre as pessoas, no compartilhamento de experiência sem julgamentos, e no deslocamento dos saberes pré-estruturados das disciplinas da saúde e do profissional, a uma relação de maior lateralidade entre as pessoas envolvidas e de maior abertura às experiências de todos os participantes.

Ao mesmo tempo, as práticas de gestão autônoma do cuidado se orientam pela ampliação da autonomia, de modo que o sujeito envolvido da ação de cuidado participe de todo o processo de cuidado: da decisão, da produção e da avaliação dos procedimentos clínicos. Nas práticas de gestão autônoma, o cuidado precede a clínica. Ocorre uma inversão do modelo de atenção habitual centrado nos diagnósticos, nas patologias e nos saberes profissionais. Esses saberes são recursos valorizados secundariamente em decorrência do cuidado, e não ocupam o centro.

A lógica que orienta as práticas de gestão autônoma do cuidado parte da instauração do cuidado em primeiro lugar. O cuidado em si precede a clínica, isto é, a gestão autônoma é uma estratégia de ampliação da capacidade de cuidar de si, das pessoas, de outros seres e ambientes, de processos cotidianos, da saúde e da vida, uma capacidade de cuidar que emerge na prática coletiva e autonômica.

A base da estratégia foi a constituição e a ampliação de Rede de Cuidado Compartilhado em quatro dimensões: a) Rede Grupal de Cuidado Coletivo, composta pelas pessoas participantes dos grupos em cada serviço ou território. b) Rede Interna ao Serviço de saúde a que o grupo está vinculado. c) Rede de Cuidado Compartilhado em saúde mental da RAPS no território. d) Rede Territorial, com atores e redes de apoio nos territórios.

A Rede Grupal de Cuidado Coletivo se define como rede de vinculações afetiva de agenciamento coletivo. Evita-se o modelo habitual de grupo referenciado ao técnico de referência, centralizado no profissional. A Rede Grupal, constituída pelo compartilhamento de experiência, não tem a finalidade de responder às questões, concluir ou construir um enunciado consensual, e nela valoriza-se a convivência de experiências heterogêneas. Essa Rede Grupal funciona como um dispositivo coletivo de atenção e cuidado às necessidades em saúde integral e mental, fortalecendo e ampliando a capacidade de cuidado de si e dos outros entre os integrantes da rede grupal. Esse dispositivo é necessariamente de gestão coletiva, no qual os profissionais ocupam um lugar lado a lado como participantes do grupo, e não detém a prerrogativa da escuta. Dessa forma, o dispositivo constitui um espaço de escuta distribuída, favorecendo a ampliação da capacidade de escuta dos participantes da rede grupal.

Nos vários serviços e com diferentes públicos, tais práticas grupais têm produzido efeitos como mudanças de perspectiva, de modos de ser no cotidiano, de relação e de observação de si e da saúde. Muitas dessas experiências foram compartilhadas ao vivo pelo youtube e estão publicamente disponíveis⁹. Essa rede de cuidado e escuta distribuída é uma rede de sustentação com função de continente capaz de conter a experiência psíquica, emocional e afetiva compartilhada. Essa função de contenção da experiência pela rede afetiva estabiliza situações de crise ou surto e diminui a necessidade de contenção neuroquímica e física.

A rede grupal de cogestão tem se mostrado, desde as primeiras experiências de Gestão Autônoma da Medicação, em 2008, uma prática de convivência que favorece o protagonismo das pessoas participantes. As pesquisas atuais têm mostrado que esta rede grupal interfere nas relações com as equipes dos serviços, aumentando o diálogo entre usuários e profissionais, bem como entre profissionais da equipe. Essa rede também

tem efeitos no território: pessoas usuárias passam a marcar encontros, participar de atividades e ofertas do território, oferecem cuidado e apoio a outras pessoas, como aulas de crochê ou aulas particulares para filhos de participantes do grupo. Alguns grupos são realizados em Centros de Convivência, associações e espaços públicos, aumentando as possibilidades de vida comunitária devido à criação e a ampliação de rede de relações.

Esses grupos também se caracterizam como um espaço de cuidado e conhecimento. Ao mesmo tempo em que as pessoas participantes engendram um processo coletivo de cuidado efetivo, ocorre um processo de ampliação de visão, de reposicionamento e mudança de perspectiva. Os grupos se interessam por conhecer e investigar temas e as experiências compartilhadas, e têm grande impacto na formação das equipes e estagiários da área da saúde. Grupos de gestão autônoma foram implementados como estratégia de formação para equipes ESF com seis a oito profissionais por grupo com pessoas usuárias¹⁰.

A constituição de redes de conversação internas nos serviços é um efeito da sensibilização de profissionais que participam dos grupos, do protagonismo das pessoas usuárias e do aumento da comunicação entre o público e as equipes, e entre profissionais, influenciando processos de trabalho. Geralmente, os serviços são muito voltados para sua dinâmica interna, limitando o cuidado compartilhado entre serviços da RAPS. A visibilidade e efetividade das ações da gestão autônoma do cuidado e a ampliação da rede de conversação e sensibilização de profissionais, favorece o cuidado compartilhado em rede no território.

Linhas instituintes da Gestão Autônoma do Cuidado

Nas práticas de gestão autônoma, o saber profissional, deslocado do centro para a periferia, deixa de concentrar poder e se dilui no coletivo. Cotidianamente, os profissionais respondem a questões dos usuários, interpretam com rapidez diagnósticos, fazem análises de situação e derivam propostas de ação individuais ou coletivas às demandas dos serviços. Mesmo quando é realizada uma atividade coletiva, o lugar de saber profissional é uma referência da conduta. A vinculação dos usuários com o serviço passa pela vinculação com o técnico de referência.

No grupo de gestão autônoma, o profissional sai do lugar de referência. O grupo não é do profissional. O grupo pertence às pessoas que o compõem. É uma relação recíproca de pertencimento. O profissional participa do dispositivo no lugar de mediador, seu lugar é na Rede Grupal de Cuidado Coletivo, na sustentação da rede de conexão. Em um dos grupos de gestão autônoma do cuidado realizados nesse projeto, o papel dos profissionais foi definido assim: *“os profissionais seguram o teto pra casa não cair”*.

A vinculação afetiva na rede grupal ocorre pelo compartilhamento de experiências. A experiência compartilhada é o meio pelo qual o dispositivo acontece. Ser afetado pelas experiências narradas produz uma diminuição do auto-centramento e do sofrimento. *“Comecei escutar os outros e os meus problemas diminuíram”*. O papel do mediador é preservar o espaço da experiência que pode ser prejudicado por formas discursivas como o debate de opiniões, explicações, ideais, generalidades etc.

A ampliação da participação no processo de cuidado, o aumento da capacidade cuidadora de usuários e profissionais, pode ser visto como um efeito da multiplicidade de experiências e da heterogeneidade de relações, modos de ser, agir, sentir e pensar que estão em comunicação na rede de gestão autônoma do cuidado. Um efeito muito comum da auto-observação e da prática de narrar a própria experiência no grupo é a ampliação da capacidade de expressão, o que contribui para a melhoria da comunicação entre pessoas usuárias e profissionais em outras situações de assistência. A participação na rede de afetos interpessoais e a comunicação horizontal existentes na gestão autônoma do cuidado também aumentam as possibilidades existenciais no cotidiano e de convivência no território.

Na Gestão Autônoma do Cuidado, a prática da cogestão é incentivada de modo muito diferente de uma assembleia, de uma roda de conversa ou de um conselho gestor. Diferentemente das assembleias, em que se decide algo conjuntamente, ou das rodas de construção de consensos e pactuações, na gestão autônoma do cuidado a mediação busca facilitar o encontro e compartilhamento de diferenças, sem visar nenhuma decisão, pacto ou mensagem homogênea. Cada encontro é singular e se move com todas as diferenças e singularidades que o compõe. Os profissionais têm muitas dificuldades devido à conduta habitual de fazer combinados e regras. Na gestão autônoma do cuidado, qualquer desvio é bem-vindo e motivo de atenção. A conduta de cogestão é receptiva às disjunções e contradições. Pratica-se a cogestão como convivência de diversidades, valorização de diferenças e heterogeneidade.

A gestão autônoma do cuidado não se orienta para responder, mas para compartilhar questões e distribuir a fala e a escuta. Evita-se homogeneizar, reduzir um problema ou chegar a uma conclusão. Percebe-se rapidamente que as explicações que possam surgir são relativas, e variam de uma pessoa para outra no grupo, e de um encontro para outro. Diferentemente das condutas habituais, na gestão autônoma do cuidado evita-se construir um modelo referencial universal do que é certo e saudável e do que é errado e insalubre. Evita-se a ideia de que existe um modo certo de sentir, pensar, viver e cuidar. Visa-se realizar uma mediação que facilita o acolhimento da diversidade e complexidade das experiências e favorece a convivência e a abertura.

Dessa forma, tanto práticas de cuidados tradicionais, como outras práticas executadas em outros espaços, como, por exemplo, os espaços religiosos, enquanto experiências compartilhadas no grupo, são legitimadas e reconhecidas, intensificando a interculturalidade dos serviços: *“tive um câncer e fui curada! Fiz tratamento e tomei as bênçãos e garrafadas que me curaram!”* Como vimos, o papel da mediação é promover o compartilhamento de experiências sem julgamento e, desse modo, observar a complexidade das situações, sem justificar nem enquadrar num esquema ou modelo referencial.

Com a participação direta de equipes e pessoas usuárias de mais de vinte serviços em SP, RJ, MG e PE em 2025, foi elaborado um novo Guia da Gestão Autônoma do Cuidado que, além das questões comuns ao campo da saúde integral e mental, inclui temas de raça, gênero e partes específicas dedicadas ao cuidado em saúde mental infantojuvenil e Álcool e outras Drogas. Este novo guia é um instrumento que contém questões facilitadoras voltadas para a constituição de redes de cuidado compartilhado.

Considerações finais

As práticas de Gestão Autônoma do Cuidado confirmam o campo ético-político da Saúde Coletiva e da Reforma Antimanicomial, e oferecem meios hábeis de realização de redes de cuidado compartilhado, desmedicalizado participativo e de cogestão – com efetividade verificada por inúmeras pesquisas em diversas realidades socioculturais brasileiras – que superam a separação entre assistência individual e ação comunitária e deslocam a prescrição e o profissional do centro dos processos de cuidado.

Essas novas práticas de gestão autônoma de cuidado, balizadas por experiências já realizadas, favorecem uma lógica do cuidado não medicalizado e podem contribuir para a descolonização do modelo de atenção, cada vez mais mercantilizado, tecnologizado e em processo de digitalização global da vida em dados. A valorização das múltiplas experiências de vida e cultura locais e tradicionais, dos vínculos comunitários, da autonomia e autodeterminação como exercício de direitos humanos, dignidade e diversidade são aspectos da Gestão Autônoma do Cuidado que situam as suas práticas numa perspectiva contracolonial e desmedicalizante da qual a Saúde Coletiva e a Reforma Antimanicomial fazem parte.

A Gestão Autônoma do Cuidado é um dispositivo em que conhecer e cuidar são um mesmo processo. A indagação facilita a atenção, a escuta coletiva, se colocar disponível para o outro, para outros modos de ver, sentir e pensar, para uma abertura. O dispositivo amplia a capacidade de cuidado na medida em que se abre para o processo de conhecimento, o que envolve olhar para a própria experiência e para a de quem está lado a lado, sem pré-julgamento de valor. A ampliação da capacidade coletiva de cuidado implica um processo construtivo de conhecimento em que o lugar de mediador é mais o de indagar, perguntar e facilitar o desejo de conhecer, do que o de afirmar um certo modelo de saúde pré-concebido.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7 https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
2. Organização Pan-Americana da Saúde. As funções essenciais de saúde pública nas Américas. Uma renovação para o século 21. OPAS, 2021 ISBN: 978-92-75-72265-7 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55678/9789275722657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Campos RTO, Passos E, Palombini A de L, Santos DVD dos, Stefanello S, Gonçalves LLM, et al.. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013Oct;18(10):2889–98. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
4. Campos RTO, Palombini A de L, Silva A do E, Passos E, Leal EM, Serpa Júnior OD de, et al.. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. Interface (Botucatu) [Internet]. 2012Oct;16(43):967–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>
5. Caron E, Feuerwerker LCM. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. Saude soc [Internet]. 2019Oct;28(4):14–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>
6. Santos, D. V. D. dos ., Federhen, C., Silva, T. A. da ., Santos, I. R. dos ., Levino, C. de A., Onocko-Campos, R. T., & Stefanello, S.. (2020). A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). Saúde Em Debate, 44(spe3), 170–183. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E315>
7. Gonçalves LG, Caliman LV, César JM. Participação Infantil no Cuidado em Saúde Mental: Um Grupo GAM no CAPSi. Psicol cienc prof [Internet]. 2021;41:e223921. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003223921>
8. Caron E, Feuerwerker LCM, Passos, EH. GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD. Rev. Polis Psique [online]. 2020, vol.10, n.2 [citado 2025-03-06], pp.99-121. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.103408>.
9. Canal Gestão Autônoma do Cuidado, da Vida e da Medicação <https://www.youtube.com/@gestaoautonomadamedicacao9334/> streams
10. Silva BCC, Ventura FXC, Caron E. Formação em Saúde, Fortalecimento de Redes e Cuidado Compartilhado com Trabalhadores e Usuários. IdeiaSUS Fiocruz. Disponível em <https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/formacao-em-saude-fortalecimento-de-redes-e-cuidado-compartilhado-com-trabalhadores-e-usuarios/>