

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE ECONOMIA E ADMINISTRAÇÃO

MARINA PRADO GALUPPO MARTINS

A INTERFACE ENTRE A UNIVERSIDADE E A
GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: UM
ESTUDO DE CASO DO CONVÊNIO
INTERNACIONAL *ARUCI-SAÚDE MENTAL E
CIDADANIA* ENTRE A UNICAMP E O CANADÁ.

CAMPINAS

2011

MARINA PRADO GALUPPO MARTINS

A INTERFACE ENTRE A UNIVERSIDADE E A
GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: UM
ESTUDO DE CASO DO CONVÊNIO
INTERNACIONAL *ARUCI-SAÚDE MENTAL E
CIDADANIA* ENTRE A UNICAMP E O CANADÁ.

Monografia apresentada como exigência para obtenção do Título de Especialista em Gestão Pública, ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Centro de Economia e Administração, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientador: Prof. MSc. Ernesto Dimas Paulella.

PUC-CAMPINAS

2011

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t35
M386i

Martins, Marina Prado Galuppo.

A interface entre a universidade e a gestão pública de saúde mental: um estudo de caso do convênio internacional ARUCI – Saúde Mental e Cidadania entre a UNICAMP e o Canadá / Marina Prado Galuppo Martins. - Campinas: PUC – Campinas, 2011.

122p.

Orientador: Ernesto Dimas Paulella.

Monografia (especialização) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Economia e Administração, Pós-Graduação em Gestão Pública.

Inclui bibliografia.

1. Administração pública. 2. Cidadania. 3. Saúde mental. 4. Intercâmbio educacional. 5. Universidades e faculdades públicas. I. Paulella, Ernesto Dimas. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Economia e Administração. Pós-Graduação em Gestão Pública. III. Título.

CDU – t35

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE ECONOMIA E ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Autora: MARTINS, Marina Prado Galuppo.

Título: A interface entre a universidade e a gestão pública de saúde mental: um estudo de caso do convênio internacional ARUCI entre a UNICAMP e o Canadá.

Monografia de Especialização em Gestão Pública

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador: Prof. MSc. Ernesto Dimas Paulella _____

1º Examinador: Prof. MSc. José Alex Rego Soares _____

Campinas, 17 de dezembro de 2011.

Dedico este trabalho a todas as pessoas
que sofrem o estigma da doença mental.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu companheiro Luis Henrique por todo seu apoio na dura escrita deste trabalho.

À Isabela, filha querida, que agüentou todo esse tempo em que a mamãe esteve envolvida com o trabalho e soube entender os momentos em que não podia lhe dar atenção.

Aos meus pais, por tudo o que me ensinaram e continuam ensinando, por terem me apoiado nesta escolha de fazer a especialização.

A todos os familiares, principalmente a tia Silvia, tia Miriam e tio Clóvis por tudo o que me ajudaram em Campinas.

Ao Prof. Ernesto Dimas Paulella, que me orientou nesta monografia e muito me ajudou a enxergar um norte nesta pesquisa.

À Profa. Rosana Onocko Campos, por me dar esta oportunidade de trabalhar junto ao grupo de pesquisa e pelo enorme apoio quando decidi estudar o tema da saúde mental.

Ao Prof. José Alex Rêgo Soares, por aceitar participar da minha banca.

A todos os membros do Grupo de Pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces* da Unicamp, pela amizade, pelas risadas, por ser esse grupo tão interessante e cativante. Por me ajudarem e apoiarem na escrita desta monografia.

Ao Carlos Gama, pelas contribuições ao trabalho.

Ao David O'Brien, pela disposição em responder à entrevista e por contribuir enormemente a este trabalho.

A todos os usuários que participam da pesquisa, em especial à Sandra Hoff, que gentilmente cedeu seu relato e enriqueceu o trabalho.

“Transformar a relação da sociedade com a loucura é convidar a sociedade a refletir e provocá-la a transformar sua relação com a diferença, com o estranho, com o estrangeiro.”

(Silvio Yasui)

RESUMO

MARTINS, Marina Prado Galuppo. *A interface entre a universidade e a gestão pública de saúde mental: um estudo de caso do convênio internacional ARUCI-Saúde Mental e Cidadania entre a UNICAMP e o Canadá*. 2011. 122f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) – Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2011.

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar como a parceria universidade-comunidade proporcionada pelo convênio entre a Unicamp, a *Université de Montréal* e o *International Development Research Centre* pode favorecer a gestão pública de saúde mental brasileira. Tanto o Canadá quanto o Brasil vivenciaram uma reforma no cuidado em saúde mental e possuem experiências e aprendizados a serem compartilhados neste intercâmbio. Neste contexto, a universidade exerce papel fundamental na medida em que é por meio dela que se viabilizam as pesquisas e as trocas de saberes e práticas entre os dois países. Enfatizamos que a pesquisa é inovadora no sentido de que traz para dentro da Academia o usuário da saúde mental e o permite participar de todos os momentos e decidir os rumos a serem tomados nessa trajetória. Nesse sentido, a universidade cumpre a sua função social ao proporcionar o debate e a construção das políticas públicas de saúde mental juntamente com a participação dos sujeitos da pesquisa (os usuários), tornando-os mais críticos, mais autônomos, mais cidadãos.

Palavras-chave: Universidade. Gestão pública. Saúde mental. Cidadania. Autonomia. Participação social. Comunidade. Convênio internacional.

ABSTRACT

MARTINS, Marina Prado Galuppo. *The interface between university and mental health public management: a case-study of the international convention ICURA- Mental Health and Citizenship between UNICAMP and Canada*. 2011. 122f. Monografia (Specialization in Public Management) – Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2011.

This paper aims to demonstrate how the partnership university-community offered by the convention between Unicamp, *Université de Montréal* and International Development Research Centre can propitiate the mental health public management in Brazil. Both Canada and Brazil experienced the reform of mental health care and have experiences and learning to be shared in this exchange. In this context, university plays a key role insofar as it enables research and exchange of knowledge and practices between the two countries. We emphasize that the research is innovative in that it brings into the Academy the mental health user and allows him to participate in all phases and decide the direction to be taken along the way. In this sense, university fulfills its social function by providing the political debate and the construction of mental health public policy jointly with the participation of research subjects (users), making them more critical, more autonomous, more citizens.

Keywords: University. Public management. Mental health. Citizenship. Autonomy. Social participation. Community. International convention.

LISTA DE FIGURAS

	<i>Página</i>
Figura 1. Os anos 1990 a 2004 na saúde mental brasileira	32
Figura 2. O modelo psiquiátrico e o modelo de atenção psicossocial	34
Figura 3. Os CAPS no Brasil	36
Figura 4. Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009	37
Figura 5. Parceria da ARUCI no Brasil	61
Figura 6. Estrutura de funcionamento da ARUCI-SMC	62

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	A GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	13
2.1	Contexto histórico da saúde mental no Brasil: dos antecedentes da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais.....	13
2.2	A Gestão Pública de saúde mental no Brasil – da criação do SUS à consolidação da rede de atenção à saúde de base comunitária.....	23
3.	A UNIVERSIDADE E A GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL.....	40
3.1	A função social da universidade.....	40
3.2	A importância da pesquisa qualitativa para a gestão pública da saúde mental brasileira.....	45
4.	O CONVÊNIO INTERNACIONAL ENTRE A UNICAMP E O CANADÁ.....	48
4.1	A experiência de saúde mental em Québec (Canadá).....	48
4.2	O Grupo de Pesquisa <i>Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces</i> da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.....	54
4.3	O convênio UNICAMP e <i>Université de Montréal</i> sob financiamento canadense do <i>International Development Research Centre</i> no âmbito da <i>Alliance Internationale de Recherche Universités-Communautés</i>	57
4.4	A ARUCI-Saúde Mental e Cidadania – resultados e benefícios para a sociedade	64
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
6.	REFERÊNCIAS.....	72
7.	APÊNDICE.....	76
8.	ANEXOS.....	80
	ANEXO A	81
	ANEXO B.....	87
	ANEXO C.....	91
	ANEXO D.....	94

INTRODUÇÃO

O tema Saúde Mental e Cidadania adquire cada vez mais importância dentro do cenário atual a partir de diversos ângulos. Sabe-se que os transtornos mentais representam um desafio aos sistemas de saúde, uma vez que acometem parcela significativa de população mundial¹ e demandam uma complexidade de ações e serviços para a promoção e recuperação da saúde mental.

Tanto o Canadá como o Brasil tem enfrentado este problema através de políticas públicas de saúde reconhecidas mundialmente. Nas últimas décadas, aconteceram transformações na assistência psiquiátrica destes países, influenciadas por tendências mundiais sintetizadas pela OMS e que têm como principais elementos: a democracia, a defesa dos direitos humanos e civis, a ampliação do acesso à saúde/saúde mental, a crítica ao modelo de conhecimento biomédico e a substituição do modelo manicomial hospitalocêntrico pelo modelo comunitário de tratamento em saúde mental.

Nesse sentido, no primeiro capítulo desta monografia, intitulado “Gestão Pública da Saúde Mental no Brasil”, é apresentado um panorama histórico da saúde mental desde os primeiros movimentos mundiais críticos ao modelo manicomial até chegarmos ao movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em seguida, o trabalho trata da garantia do direito à saúde trazida pela Constituição Federal de 1988 e sistematizada através da criação do Sistema Único de Saúde. Abordaremos também como se deu a implementação do SUS e suas diretrizes e princípios.

Finalizamos este capítulo discorrendo sobre os diferentes momentos da política nacional de saúde mental brasileira, partindo da criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental até chegarmos à consolidação de uma rede comunitária de atenção à saúde.

¹ Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que uma em cada quatro pessoas desenvolve algum tipo de transtorno mental em certo ponto da vida. Vide: http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2011/mental_health_17102011/en/

Logo depois, no capítulo “Universidade e Gestão Pública da Saúde Mental”, problematizamos o papel da universidade como local privilegiado para o debate social e a construção de estratégias e propostas de políticas públicas em saúde mental, especialmente quando esta não se separa da sociedade e cumpre sua função social. Nesse capítulo também se discute a importância da pesquisa qualitativa para a gestão pública da saúde mental no Brasil.

Por fim, o presente trabalho parte para o estudo de caso do convênio internacional entre a Unicamp – Universidade Estadual de Campinas e o Canadá, partindo da análise da experiência em saúde mental em Quebec (Canadá), evidenciando suas semelhanças e diferenças em relação ao processo desenvolvido no Brasil.

Nesse mesmo capítulo, é apresentado o trabalho desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces* da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, apontando seus métodos e resultados.

Depois disso, ainda no capítulo final, propomo-nos a estudar o convênio UNICAMP e Université de Montréal sob financiamento canadense do *International Development Research Centre* (IDRC) no âmbito da *Alliance Internationale de Recherche Universités-Communautés* (ARUCI), discutindo as possibilidades de aprimoramento da gestão pública da saúde mental no Brasil, a partir de parcerias internacionais que possibilitem trocas de experiências de realidades distintas, com a participação dos usuários dos serviços públicos de saúde de distintos países, que se encontram, embora em estágios diferentes, no processo de consolidação da reforma psiquiátrica.

2. A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1 Contexto Histórico da saúde mental no Brasil: dos antecedentes da Reforma Psiquiátrica aos dias atuais.

O presente capítulo pretende abordar o tema da gestão pública da saúde mental no Brasil, a partir primeiramente de uma contextualização histórica da saúde mental no mundo desde os movimentos críticos ao modelo hospitalocêntrico² vigente, passando pelo processo da Reforma Psiquiátrica brasileira até chegar à consolidação da rede de atenção à saúde de base comunitária.

Antes de adentrarmos no histórico da temática da saúde mental brasileira, percebe-se a necessidade de tratarmos do histórico da saúde mental no cenário internacional.

Para nos situarmos na temática apresentada precisamos abordar o conceito de saúde mental, o que é saúde mental, para isso introduzimos as colocações de Lancetti e Amarante³:

A expressão *saúde mental* tem, certamente, muitos significados. O mais comum está relacionado à idéia de um campo profissional, ou a uma área de atuação (...) um primeiro sentido que se atribui à expressão está relacionado a essa idéia de campo de atuação, ou do campo de conhecimentos relacionado à saúde mental das pessoas. Falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. Vários saberes se entrecruzam em torno do campo da saúde mental: medicina, psicologia, psicanálise, socioanálise, análise institucional, esquizoanálise, filosofia, antropologia, sociologia, história.

² Modelo de tratamento centrado no hospital.

³ LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. IN: CAMPOS, Gastão Wagner [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 616.

Nesse sentido, os autores consideram a definição de saúde mental como algo complexo e amplo, e propõem três interpretações do tema: a primeira está ligada às origens históricas da psiquiatria com o surgimento dos hospitais psiquiátricos; a segunda, às reformas psiquiátricas ocorridas no pós-Segunda Guerra Mundial na Europa; e a terceira, à experiência italiana de reforma psiquiátrica radical liderada por Basaglia em 1970.

Segundo Lancetti e Amarante, os hospitais em princípio tiveram sua origem não de instituições médicas e sim de instituições religiosas, filantrópicas, que cuidavam de miseráveis e mendigos desprovidos de assistência. A partir do século XVII, os hospitais assumem o papel de macroinstituições asilares, com uma função social e disciplinar para delinqüentes e pobres que eram internados e amontoados em pavilhões e pátios destas instituições.

Com a Revolução Francesa, essas instituições passam por processo de reforma, uma vez que são vistas como lugar de violência e exclusão social e que necessitavam de transformação. Deste processo surge a figura do médico Philippe Pinel, considerado o Pai da Psiquiatria, que estudava a loucura e a denominava de alienação mental. Assim, Pinel propõe a retirada das pessoas não consideradas enfermas dos hospitais e a separação dos doentes segundo as modalidades das doenças e tratamento humanizado nos hospitais. Nesse contexto, o conceito de isolamento se insere como chave para o tratamento dos alienados, que deveriam ser isolados da família, amigos, vizinhos através da internação em uma instituição para que pudessem ser observados e estudados sem qualquer interferência. A idéia era a de que a pessoa poderia através dessa instituição e do o “tratamento moral” que Pinel pregava se reorganizar e se tratar. No entanto, o hospital psiquiátrico idealizado por ele como forma de tratamento e cuidado do alienado mental se tornou palco de violência às pessoas que lá estavam internadas.

A segunda interpretação⁴ de que tratam os autores introduz as reformas psiquiátricas que surgiram com o final da Segunda Guerra Mundial na Europa e que buscavam substituir o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, uma vez que o hospício lembrava os horrores vividos nos campos de concentração. Dessa forma, a primeira experiência revolucionária da psiquiatria aconteceu no Reino Unido e originou a Comunidade Terapêutica, na qual os pacientes, médicos, enfermeiros e demais pessoas que compunham o ambiente do hospital se envolveram em um projeto terapêutico comum.

Outra experiência revolucionária relatada foi liderada pelo enfermeiro François Tosquelles no Hospital Saint-Alban na França, que implantou o modelo de cooperativas neste hospital rural na década de 1940, em plena ocupação alemã no país, e que ali agrupou intelectuais fugidos do nazismo. Daí surge a Psicoterapia Institucional que “procura organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, de utilizar em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição”⁵. Essa corrente trouxe inovações no sentido de que o paciente era ouvido e considerado como capaz de participar do seu próprio tratamento, no entanto, estava limitada ao modelo hospitalocêntrico como modo de cura dos pacientes e que os distanciava de seus familiares e territórios.

Também se discorreu sobre a proposta da psiquiatria preventiva ou saúde mental comunitária ocorrida nos Estados Unidos que propunha os centros de saúde mental comunitários que deveriam ser acessíveis, fornecer informações adequadas ao público-alvo sobre os diferentes programas, ser gratuitos, enfatizar a prevenção da doença, e o governo se responsabilizava perante o doente e a sua família. Tais centros deveriam oferecer atendimentos de emergência e hospitalização 24 horas todos os dias da semana, bem como a hospitalização parcial. Porém, o hospital permanecia como modelo de referência para os casos graves ou de crise, reforçando “o papel do hospital como o *locus* privilegiado de tratamento, como no arcaico modelo da psiquiatria tradicional”.⁶

⁴ *Ibid.*, p. 620.

⁵ DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 25.

⁶ LANCETTI; AMARANTE, *op. cit.*, p. 622.

A terceira interpretação segundo Lancetti e Amarante (2009, p. 622) aconteceu na Itália, na década de 1970, que os autores denominaram de “a experiência mais original e radical de transformação do modelo assistencial psiquiátrico (...) que nos abre a dimensão revolucionária das rupturas com o paradigma psiquiátrico e não simplesmente suas melhorias ou transformações”. Tal experiência teve como figura central o médico Franco Basaglia nas cidades de Gorizia e Trieste, o qual pregava que a psiquiatria havia se afastado dos doentes, os sujeitos que de fato passam pela experiência do sofrimento. Basaglia sugeria que ao posicionar a doença mental entre parênteses o sujeito não seria mais reduzido à doença e passaria a ser visto pelo profissional da saúde mental como “uma pessoa, com nome, sobrenome, endereço, familiares, amigos, projetos, desejos” e, ao enxergá-lo em sua totalidade, há uma mudança no tratamento que deixa de ser o isolamento ou o tratamento moral. Nesse contexto de ruptura do paradigma psiquiátrico vigente, são criadas cooperativas de trabalhos para os que outrora estavam internados e se permite que eles possam reconstruir suas vidas. Aqui o paciente deixa de ser paciente e passa a ser chamado de usuário, pois é um cidadão que utiliza dos serviços públicos para o seu tratamento.

O cenário brasileiro da política voltada às pessoas que vivem com transtornos mentais na década de 1970 era marcado pelo modelo hospitalocêntrico, voltado para o tratamento exclusivo dessas pessoas em hospitais psiquiátricos, nos chamados manicômios⁷ e até mesmo do aprisionamento delas nestas instituições.

A experiência de reforma italiana implementada por Franco Basaglia na década de 1960, de desinstitucionalização da psiquiatria, inspirou e influenciou os críticos ao sistema vigente no Brasil. Basaglia era diretor de um manicômio na cidade de Gorizia e “transformou o hospital num primeiro momento, em uma comunidade terapêutica, e depois, consciente das limitações, propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a

⁷ Os manicômios surgiram da idéia otimista dos primeiros alienistas que acreditavam na possibilidade da cura do louco através do tratamento moral e tinham três funções: a primeira, médica e terapêutica; a segunda, de refúgio para loucos pobres que precisavam de tutela e proteção; a terceira, de proteção da sociedade deste grupo que não era visto com bons olhos pela maioria. In: DESVIAT, Op.Cit., p. 19.

instituição, o manicômio”⁸. Isso gerou um processo de reprovação dos manicômios, levando à extinção dos mesmos na Itália em 1978⁹, e ao mesmo tempo uma reivindicação por uma reforma sanitária que estabelecesse um sistema nacional de saúde universal e equitativo.¹⁰

No final dos anos de 1970, dentro de um contexto de contestação da ditadura militar e de luta pela redemocratização do Brasil, toma força no país um movimento social que busca os direitos dos pacientes psiquiátricos, o denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), encabeçado por trabalhadores da saúde, associações de familiares, sindicatos e pessoas que passaram pela experiência de internações em manicômios. O MTSM surge do processo de crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Rio de Janeiro, deflagrada pela demissão de profissionais da área que denunciaram as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos. Tal movimento se insere dentro de um movimento mais amplo que é o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e passa a

(...) protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais¹¹.

Ao mesmo tempo em que havia o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil também estava em andamento o movimento pela reforma sanitária que buscava a democratização da saúde no país e que esta fosse

⁸ *Ibid.*, p. 42.

⁹ A Lei 180, de 1978 (Itália, 1978), determinou que os manicômios fossem fechados, bem como foi proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos. No lugar deles, foram criados serviços alternativos na comunidade, serviços psiquiátricos comunitários e territoriais, em áreas geográficas determinadas e que estivessem em contato próximo com as unidades de tratamento, garantindo um atendimento contínuo dos pacientes.

¹⁰ DESVIAT, *Op. Cit.*, p. 43.

¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p. 07.

garantida como direito social através da gestão estatal e universalização da atenção à saúde.

O MTSM se configura como um processo de luta pela desinstitucionalização do tratamento no campo da saúde mental:

(...) esse movimento tinha como objetivo constituir-se um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica. No entanto, só a partir da segunda metade da década de 1980, a ideia de rede substitutiva, ou rede integral de saúde mental, passou a ser veiculada com maior intensidade.¹²

Segundo Amarante¹³, o MTSM perpassa por três trajetórias durante seu percurso: a primeira é uma trajetória alternativa, a segunda, a trajetória sanitarista e a terceira, a de desinstitucionalização. A trajetória alternativa se inicia com o surgimento do MTSM, quando o movimento ainda tinha um caráter corporativista e termina com o processo de redemocratização brasileiro. A trajetória sanitarista se constitui como o momento em que o movimento se distancia das suas propostas iniciais a partir da incorporação de pessoas ligadas ao MTSM ao aparelho do Estado e que, objetivando ocupar esses lugares de tomada de decisão e transformar as políticas da saúde, passa a defender a concepção de que a medicina em articulação com o planejamento daria conta dos problemas da saúde. A trajetória desinstitucionalizante que se dá pelo afastamento do movimento do Estado e ao mesmo tempo a aproximação do MTSM a movimentos de usuários e familiares.

Com esse processo de busca por mudanças, diversos eventos são realizados pelo movimento de reforma psiquiátrica. Em 18 de maio de 1987, é sediado na cidade paulista de Bauru o II Congresso Nacional do Movimento

¹² CAMBUY, Karine. *Experiências comunitárias em saúde mental: repensando a clínica psicológica no SUS*. 2010. 323f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2010. p. 22.

¹³ AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

dos Trabalhadores de Saúde Mental, a partir do qual se intensifica o movimento pela extinção dos manicômios e do qual se constitui o Movimento de Luta Antimanicomial. Daí o fato desta data ter sido instituída como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial:

No assim chamado 'Congresso de Bauru' é forjado o lema *Por uma sociedade sem manicômios* que irá nortear daí por diante o MTSM, marcando um momento de ruptura tanto política quanto epistemológica. Nasce aí o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), que propõe a ampliação de seus objetivos, da participação de usuários e familiares e da articulação com outros movimentos democráticos populares.¹⁴

O ano de 1987 também é marcado pela ocorrência da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, a qual determina o fim da trajetória sanitarista dentro do MTSM e dá lugar ao movimento de desinstitucionalização. Também há o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo. A partir de então, verifica-se o início da mudança do modelo de cuidado centrado no hospital para o modelo de uma rede de serviços substitutivos ao hospital.

Com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988)¹⁵, nos seus artigos 196 a 200, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no qual a saúde é estabelecida como um direito de todos e dever do Estado. Desse momento em diante, o Estado passa a garantir o acesso universal e igualitário aos serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde. O sistema único é constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada que integra ações e serviços de saúde mediante as diretrizes: da descentralização, com direção

¹⁴ KODA, Mima. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*. 2002. 195f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. p. 33.

¹⁵ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e da participação da comunidade.

Em 1989, ocorreu a intervenção em um hospital psiquiátrico privado brasileiro, a Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos, onde a Secretaria Municipal de Saúde iniciou um processo de transformação que repercutiu não só pelo resto do país como também no cenário internacional, através da implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva. Primeiramente, uma equipe de profissionais da área dentre enfermeiros, médicos, dentistas, adentrou o hospital e tomou a frente o cuidado dos pacientes, fechando as celas-fortes, proibindo o uso do eletro choque e convocando familiares de pacientes que iam ter alta do hospital. Os pacientes foram divididos em enfermarias de acordo com seus locais de origem e com a integração das equipes técnicas e seus pacientes, foram criados os Naps (Núcleos de Atenção Psicossocial) – os quais surgiram em substituição ao hospício e se articulavam com o território através da mobilização dos moradores locais. Dessa forma, Santos se constituiu como a primeira cidade do Brasil sem manicômios¹⁶:

À medida que se ia desmontando o hospício iam-se criando os Naps, os Prontos-Socorros Psiquiátricos, o Núcleo de Trabalho e as cooperativas, a moradia para os pacientes crônicos sem o contato familiar, o Centro de Valorização da Criança e do Adolescente (CVC) e o Núcleo de Artes TAM TAM (...) depois se transformou na Rádio TAM TAM que divulgou seus programas pelo Brasil afora e até no exterior (...) Em 1989 foi iniciada a Intervenção no Hospital e em 1994 o hospital estava fechado e o sistema de saúde mental funcionando (...) com a experiência de Santos foi possível demonstrar que era possível cuidar de pessoas com sofrimento mental intenso sem o concurso dos manicômios.

Em meio a esse processo de Reforma Psiquiátrica no país, outra vitória importante foi a aprovação em 1989 na Câmara dos Deputados do

¹⁶ LANCETTI; AMARANTE. *Op. Cit.*, p. 627-628.

projeto de lei nº 3.657, proposto pelo deputado Paulo Delgado, que sustentava a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição dos mesmos por outros modelos de assistência. Nesse sentido, vários estados e municípios se mobilizam para elaborar e promulgar leis do mesmo caráter.

A tarefa da reforma psiquiátrica é então substituir a psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria apoiada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial.¹⁷

No cenário internacional, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica realizada em Caracas, na Venezuela, em novembro de 1990, produziu um documento chamado Declaração de Caracas, no qual um projeto de reforma para a América Latina e o Caribe foi aprovado e estabeleceu princípios, objetivos e linhas estratégicas necessárias para tal reforma. Nesta conferência estavam reunidos autoridades, profissionais da saúde mental, legisladores, juristas, que perceberam a necessidade da promoção de recursos terapêuticos e de um sistema no qual o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com transtornos mentais fosse garantido. Dessa forma, o hospital psiquiátrico deveria ser superado e modalidades de atenção alternativas na comunidade teriam que ser estabelecidas.

A Declaração de Caracas e sua iniciativa de reestruturação psiquiátrica na América Latina ocasionou um movimento de atualização das legislações dos países da região e sensibilizou a todos para a mudança e o reconhecimento e proteção dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico:

DECLARAM:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador

¹⁷ TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002. p. 35.

do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
- c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

- a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
- b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.¹⁸

A superação do paradigma do tratamento dos portadores de transtornos mentais em manicômios pelo paradigma da garantia do direito à saúde e à dignidade da pessoa humana, consubstanciada na substituição dos mesmos por outros modelos de assistência, centrados na própria comunidade, exige um grande esforço da gestão das políticas públicas de saúde.

Dito em outras palavras, com a reforma psiquiátrica, faz-se necessário para a garantia da saúde e da dignidade dos portadores de transtornos psiquiátricos, que seja oferecida a efetiva e completa assistência, o que pressupõe a existência do atendimento médico, psicológico, do terapeuta ocupacional, do enfermeiro e de assistência social adequado, o fornecimento gratuitos dos medicamentos necessários, o amparo e capacitação de usuários, dos familiares e da sociedade, a existência de locais dentro da comunidade que possam dar conta de toda essa demanda de cuidado.

¹⁸ DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde. http://www.paho.org/hr-ecourse-p/assets/pdf/Module1/Lesson1/M1_L1_3.pdf

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.¹⁹

Nesse sentido, trataremos a seguir da gestão pública da saúde mental no Brasil a partir da criação do SUS, sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde e dos desdobramentos da reforma psiquiátrica no âmbito das transformações nas políticas públicas de saúde.

2.2 A Gestão Pública da Saúde mental no Brasil – da criação do SUS à consolidação da rede de atenção à saúde de base comunitária.

*A saúde é um direito de todo cidadão
brasileiro que deve ser efetivado
independente de sua condição social.*

(Guido Ivan de
Carvalho e Lenir Santos)

¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p. 06.

Falar da gestão pública em saúde mental nos remete primeiramente à definição e/ ou compreensão do conceito de gestão pública. Para José Matias-Pereira²⁰:

A gestão pública deve ser entendida como algo mais amplo do que a interpretação de gestão de negócios e do que as questões internas dos negócios de um governo (...) a gestão pública não é meramente uma questão de eficiência e eficácia, mas é também uma questão de legalidade e legitimidade e ainda de outros valores que transcendem os padrões restritivos dos negócios (...) não é somente interna, mas também, e primeiramente, gestão externa de um contexto sociopolítico complexo (...) a reforma e a modernização do Estado devem ser entendidas como uma das principais prioridades na agenda política dos países, particularmente os países em desenvolvimento. Esses esforços visam permitir que os governantes, além de atuar com maior transparência na gestão pública, alcancem maior eficiência, eficácia e efetividade na qualidade dos serviços públicos ofertados à população, criando um ambiente favorável para a inclusão social e o fortalecimento da capacidade de formulação e implementação de políticas públicas.

Quando adentramos a temática da gestão pública da saúde mental, tomamos como ponto de partida a criação do SUS com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), momento de ruptura com a política social anterior que excluía milhões de brasileiros e, a partir daí a saúde é instituída como direito de cidadania e dever do Estado, reforçando juridicamente a importância pública das ações e serviços de saúde²¹.

A CF/1988 consolidou o sistema de seguridade social brasileiro, compreendido como um instrumento estatal de proteção das necessidades sociais, individuais e coletivas mais básicas de nossa população, garantindo os

²⁰ MATIAS-PEREIRA, José. *Manual de gestão pública contemporânea*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 9.

²¹ VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner [et al.]. *Op.Cit.*, p.532.

direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, nos termos de seu artigo 194, abaixo transcrito:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Ademais, a saúde é elencada expressamente no artigo 6º da Constituição da República, como um direito social:

Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
(grifo nosso)

Sabe-se, igualmente, que os direitos sociais constituem direitos fundamentais do homem e implicam em prestações positivas enunciadas em normas constitucionais e proporcionadas, direta ou indiretamente, pelo Estado, em busca de melhores condições de vida, principalmente, aos cidadãos em situações mais vulneráveis.

Nesse sentido, faz-se importante citar abaixo os artigos constitucionais que disciplinam diretamente a temática da saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Pode-se, então, concluir que no Brasil a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo que todo cidadão tem direito às medidas e prestações do Estado visando prevenção e tratamento de doenças e direito também de exigir que o Estado ou terceiro se abstenha de qualquer ato que prejudique a saúde.

Confere-se, em suma, a proteção da população para a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação, sem exigir qualquer contraprestação.

Resultado da Reforma Sanitária Brasileira, processo político que propunha novas políticas e modelos de organização da saúde (do sistema, serviços e das práticas), o SUS é definido por Vasconcelos e Pasche²² como:

arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

Em 1990 se inicia a implementação do Sistema Único de Saúde através das Leis nº 8.080 e nº 8.142 (Brasil, 1990), chamadas de Lei Orgânica da Saúde, e se criam as condições para a instituição, no âmbito do Ministério da Saúde, da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 1991 – instância responsável pela formulação e implementação das políticas de saúde mental.

Ainda segundo os autores, o SUS tem como finalidade a coordenação e integração das ações de saúde das esferas (municipal, estadual

²² VANCONCELOS; PASCHE. *Op. Cit.*, p. 531.

e federal) e a articulação dos chamados subsistemas verticais, que compreendem a vigilância e a assistência à saúde, e os subsistemas de base territorial, que compreendem o âmbito estadual, regional e municipal, ambos visam atender de forma funcional às demandas por atenção à saúde.

Vasconcelos e Pasche²³ ainda colocam que os princípios e diretrizes do SUS se constituem como “regras pétreas” e destacam como os princípios doutrinários do sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade, destacando o direito à informação como elemento base para a cidadania; e como as diretrizes organizativas: a descentralização, a regionalização, a hierarquização, a participação comunitária e a integração das ações e recursos.

O princípio da universalidade permite que todo cidadão brasileiro tenha o direito à saúde, bem como acesso sem discriminação ao rol de ações e serviços de saúde. O princípio da integralidade comporta as diversas dimensões do processo saúde-doença e considera como forma de ação a prestação continuada do quadro de ações e serviços que tem por fim a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e do coletivo. A equidade em acessar as ações e os serviços de saúde, quando inserida na lógica do SUS, diz respeito ao que os autores chamam de discriminação positiva, ou seja, a busca de dar prioridade aos grupos populacionais tendo em vista o grau de vulnerabilidade destes, focando ações prioritárias para eles em função da desigualdade de condições em que se encontram, seja por estarem excluídos ou por viverem em condições precárias.

Para permitir que esses princípios sejam cumpridos, o direito à informação é colocado como primordial para que o cidadão usuário do sistema tenha conhecimento das informações que dizem respeito a sua saúde e deve ser viabilizado pelos profissionais e gestores da área.

A diretriz da descentralização do SUS foi a mudança mais expressiva no que diz respeito à reforma do sistema de saúde brasileiro. Essa descentralização se baseia na municipalização da gestão dos serviços e ações

²³ *Ibidem*. p. 535.

de saúde e se articulou sob a forma do comando único, ou seja, sob o comando de um único gestor: o secretário municipal de saúde no município, o secretário estadual no estado e o ministro da saúde na União. Conforme Vasconcelos e Pasche²⁴, a regionalização visa “distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala”. A diretriz da hierarquização pretende um ordenamento do sistema de saúde através de níveis de atenção e também o estabelecimento de fluxos assistenciais entre os serviços. A participação comunitária é uma diretriz muito importante do sistema, pois permite que, através da democracia participativa, os cidadãos participem da definição e execução da política de saúde por meio das Conferências e Conselhos de Saúde que são realizados nas três esferas de governo. A diretriz da integração das ações e serviços de saúde está comprometida com o pressuposto da integralidade do cuidado; os recursos, os meios e o pessoal integrado na gestão do sistema é essencial para que o mesmo seja eficaz e eficiente.

Almejando a formulação e implementação da política nacional de saúde, segundo Vasconcelos e Pasche, o SUS atua na vigilância (sanitária, ambiental, epidemiológica e nutricional); na assistência à atenção básica, à atenção especializada ambulatorial e na hospitalar; na prestação de assistência terapêutica integral; no apoio diagnóstico e de terapia; na formulação e execução de política de sangue e coordenação dos hemocentros; na regulação da prestação dos serviços privados de assistência à saúde; na regulação da formação dos profissionais da área da saúde; na definição e implementação de políticas de Ciência e tecnologia para o setor; e na promoção de saúde se articulando intersetorialmente com outras áreas e órgãos do governo.

No que diz respeito às competências dos municípios, estados e da União, os primeiros são responsáveis pela gerência e execução dos serviços públicos de saúde, bem como das ações de vigilância, da organização da rede

²⁴ *Ibid.*, p. 536.

regionalizada de atenção à saúde, de implementar as políticas definidas nacionalmente e colaborar para que as competências estaduais e federais sejam efetivadas. Aos estados compete impulsionar a descentralização das ações e serviços, oferecer apoio técnico e financeiro aos municípios, coordenar as redes assistenciais e as ações de vigilância em saúde, analisar e executar complementarmente ações e serviços da saúde em municípios que não possam fazê-lo. À União cabe formular e implementar a política e o plano nacional de saúde, o financiamento, normatizar as ações e serviços de saúde públicos e privados, coordenar as redes nacionais de atenção à saúde, prestar cooperação técnica e financeira aos estados e municípios, avaliar e controlar os serviços e ações de saúde, desenvolver políticas científicas e tecnológicas para a área, determinar a formação de recursos humanos da área e participar das políticas e ações intersetoriais que promovam a saúde.

Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos²⁵, ao tratarem do SUS e da LOA, apontam o que chamam de “idéias-força” ou “idéias-instrumento” para o agir político e administrativo do SUS, dentre elas destacamos: a unicidade conceitual do sistema; o papel e competência; a descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização de ações e serviços; e a participação da comunidade e o controle social na gestão do SUS.

Como unicidade conceitual do SUS, definem:

(...) é o tecido conectivo que une e harmoniza, em vista de uma finalidade para o bem comum, as várias realidades locais e regionais existentes no país. O SUS é uma unidade na variedade, um organismo com elementos constitutivos de natureza legal, política, filosófica, cultural, ética, administrativa, financeira, material e humana. É a unicidade de princípios, diretrizes, objetivos e atribuições comuns que preserva, no território nacional, a inteireza do sistema em face das diversas realidades sanitárias e do tratamento diferenciado que lhes deve dar os estados e municípios, autônomos na gestão do sistema em seu âmbito político-administrativo.²⁶

²⁵ CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)*. 4ed.rev.e atual. Campinas: Editora da UNICAMP, 2006. p. 261-266.

²⁶ *Ibidem*. p. 262.

Com relação à idéia-força de papel e competência, Carvalho e Santos deixam claro a importância em distinguir papel de competência dentro do sistema. Papel estaria relacionado a uma missão, à consciência do que fazer e, competência, ao instrumento legal para se cumprir essa missão, bem como de estar ciente dos instrumentos para que se possa fazer. Dessa forma, defendem como essencial que no setor público e, em especial no SUS:

o dirigente, a autoridade e o agente administrativo procurem apreender (...) os elementos que interagem no contexto do sistema, tenham a visão de sua finalidade e (...) exerçam plenamente o seu papel, a fim de que decisões que afetem pessoas que delas não participam tenham base ética e democrática.²⁷

A descentralização é colocada pelos autores como “espinha dorsal do SUS”, na medida em que ao descentralizar e transferir legal e materialmente aos municípios os serviços de saúde permite-se uma proximidade com os fatos e com as pessoas e, assim, um melhor poder de decisão e solução dos problemas.

A participação da comunidade e o controle social exercem papel crucial dentro do sistema, pois possibilita identificar “novas formas de atendimento às necessidades de saúde da população” e que o gestor público exerça seu papel com mais eficiência, eficácia e visão ampla. Ambas participação e controle visam “colocar o cidadão e usuário no centro do processo de avaliação do sistema e impedir que o Estado seja o árbitro do interesse coletivo”.

Retornando à temática da gestão pública da saúde mental e tomando por base a tabela (vide abaixo) produzida por Camila Borges e

²⁷ *Ibidem*. p. 264.

Tatiana Batista²⁸, na qual um panorama da trajetória do modelo assistencial em saúde mental de 1990 a 2004 é traçado, trataremos a seguir de momentos importantes para a consolidação da gestão pública da saúde mental brasileira, quais sejam: a criação da Coordenação de Saúde Mental dentro do Ministério da Saúde, a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a criação do Programa “De Volta Para Casa” e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial.

Figura 1 – Os anos 1990 a 2004 na saúde mental brasileira.

Figura 3

Aspectos diferenciais de cada momento da década expandida 1990 a 2004.

1991 – Coordenação de Saúde Mental

1991-1996 – Momento germinativo:

- 5 Ministros;
- Articulação inter-níveis – Colegiado de Coordenadores Estaduais;
- Abertura de possibilidades;
- Ênfase no processo de desospitalização e qualificação.

1997-1999 – Momento de latência:

- Sem produção normativa;
- Atuação do Conselho Nacional de Saúde.

2000-2001 – Momento de Retomada:

- Espaços de construção de consensos.

2002-2004 – Momento de Expansão:

- Coordenador estável;
- Estratégia de redução de leitos e avaliação;
- Entrada de recursos estratégicos – mudanças de modelo;
- Política de expansão com ênfase na abrangência populacional.



Fonte: Elaboração própria a partir das Portarias ministeriais (1990-2004).

Fonte: Tabela produzida por Camila Borges e Tatiana Batista.

No artigo de Borges e Batista, a política de saúde mental de 1990 a 2004 é dividida em quatro momentos: germinativo, de latência, de retomada e de expansão. No primeiro momento, desde 1991 a 1996 e denominado germinativo, é criada a Coordenação Nacional de Saúde Mental e a partir daí a política para a temática é discutida amplamente pela grande articulação dos

²⁸ BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. 2008. p. 465.

atores envolvidos e também é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, intensificando o debate acerca do projeto de lei nº. 3.657/89. O momento de latência abrangido de 1997 a 1999 é marcado pela desarticulação da Coordenação Nacional que perde seu caráter propositivo e o poder de articulação interna e externa. De 2000 a 2001, se dá o momento de retomada através da criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria GM-Gabinete do Ministro-nº106/2000) – moradias destinadas aos portadores de transtornos mentais egressos de longas internações psiquiátricas que perderam os vínculos familiares e sociais – , da promulgação da Lei nº 10.216 de 06/04/2001 (Brasil, 2001) chamada Lei da Reforma Psiquiátrica e também a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que teve vasta participação e culminou com propostas voltadas para “inovação do modelo assistencial e expansão da rede de serviços alternativos”.²⁹ O último momento analisado pelas autoras, chamado de expansão, trata da implementação do Programa “De Volta Para Casa” que busca a ressocialização das pessoas com transtornos mentais que passaram por longos períodos de internação e que passaram a ser amparadas pelo pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial definido através da Lei nº10.708/2003 (Brasil, 2003), e também é o momento de expansão dos centros de atenção psicossocial por meio da classificação em CAPS I, II e III e com a criação dos CAPSi (voltados para crianças e adolescentes) e CAPSad (voltados para álcool e outras drogas).

A Lei Federal nº 10.216 (Brasil, 2001) vem consolidar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que ampara “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.³⁰ Ela define os direitos da pessoa com transtorno mental tais como: o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; o tratamento com humanidade e respeito que visem exclusivamente o benefício da sua saúde e sua recuperação por meio da inserção na família, no trabalho e na comunidade; a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; a garantia de sigilo nas informações prestadas; a presença do médico a qualquer momento para esclarecer sobre necessidade ou não de hospitalização

²⁹ BORGES; BATISTA, *Op. Cit.*, p. 463.

³⁰ Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm . Acesso em: 10/09/2011.

involuntária; o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; obter o maior número de informações a respeito da sua doença e tratamento; o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e o tratamento preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

No contexto das mudanças ocorridas no modelo de tratamento à pessoa com transtorno mental, o quadro abaixo traz as principais características do modelo psiquiátrico que se quer abolir e o modelo de atenção psicossocial por que lutaram os defensores da reforma psiquiátrica.

Figura 2 – O modelo psiquiátrico e o modelo de atenção psicossocial.

	Modelo psiquiátrico	Atenção psicossocial/ Novo modelo assistencial
Objeto	Simples doença mental	Complexo existência-sofrimento
Pressuposto teórico-conceitual	Campo das neurociências	Campo transdisciplinar
Estratégias de intervenção	Isolamento e predominantemente biológica	Predominância da Diversidade e da invenção
Agente do cuidado	Médico	Coletivos
Lugar do cuidado	Hospitalização	Rede e intersectorialidade
Prática social	Exclusão/violência	Inclusão e solidariedade

Fonte: Quadro retirado do livro de Silvio Yasui (2010, p.110).

Esse novo modelo de assistência em saúde mental prevê uma rede de serviços substitutivos ao manicômio que variam de acordo com o porte dos municípios³¹:

- Municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental³²
- Municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental
- Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental

³¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>. Acesso em: 03/09/2011.

³² Estas ações de saúde mental são constituídas a partir da formação de núcleos de atenção integral na saúde da família que são compostos por uma equipe formada por 1 psicólogo ou psiquiatra obrigatoriamente e 1 terapeuta ocupacional e/ou 1 assistente social. Tais equipes devem estar articuladas preferencialmente aos CAPS ou a um outro serviço de saúde mental de referência.

- Municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Todos os tipos de CAPS têm em sua composição uma equipe multiprofissional com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.³³

Segundo o Portal da Saúde do Ministério da Saúde brasileiro, os CAPS I se constituem em serviços que dão cobertura para todas as pessoas com transtornos mentais severos (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas) em cidades de pequeno porte durante o dia. Os CAPS II cobrem somente os adultos que sofrem de transtornos mentais graves em municípios de médio porte. Os CAPS III oferecem os serviços 24 horas por dia para a clientela adulta em cidades grandes com mais de 200 mil habitantes. Os CAPSi atendem crianças e adolescentes em cidades de médio porte e funcionam durante o dia. Os CAPSad são voltados para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte e funcionam durante o dia. Os CAPSad III foram criados no final de 2010 para suprir a lacuna deixada pelo CAPSad através do atendimento 24 horas.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou Residência Terapêutica ou simplesmente “moradia” é constituído por casas localizadas no espaço urbano onde residem no máximo oito usuários e objetiva reintegrar à sociedade essas pessoas que passaram parte da vida internadas em hospitais psiquiátricos. Tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. Os SRT são uma modalidade de assistência substitutiva à internação e a idéia é a de que a cada paciente transferido a uma destas

³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Op.Cit.*

residências, deve ser reduzido em igual número os leitos no hospital de origem.³⁴

Conforme o último Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental³⁵, o total de CAPS implantados no Brasil até 2010 foram 1.620:

Figura 3 – Os CAPS no Brasil.

Região	População	CAPSI	CAPSII	CAPSIII	CAPSi	CAPSad	TOTAL	Indicador CAPS/100mil hab
Norte	15.865.678	46	24	2	3	12	87	0,41
Nordeste	53.078.137	348	125	17	34	73	597	0,81
Centro-Oeste	14.050.340	44	24	1	6	15	90	0,49
Sudeste	80.353.724	180	168	31	57	102	538	0,58
Sul	27.384.815	143	77	4	28	56	308	0,87
Brasil	190.732.694	761	418	55	128	258	1620	0,66

Fonte: Relatório de Gestão 2007-2010, Coordenação Nacional de Saúde Mental, p. 21.

Percebe-se pelo relatório que houve uma expansão no número de Caps implantados sendo que em 2006 o total era de 1.010 para os 1.620 em 2010, o que representou um aumento de mais de 60%. No entanto, apesar do aumento em 87% no número de CAPSad e de 70% de CAPSi, o crescimento no número de CAPSIII foi abaixo do necessário, menos de 50%, representando um dos grandes desafios para a gestão pública de saúde mental, uma vez que este tipo de CAPS é o de maior complexidade da rede de saúde mental e também por ser um CAPS diferenciado pelo atendimento 24 horas.

Figura 4 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2009

³⁴ Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 9.

³⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Op. Cit.*, p. 21.

Gastos do Programa de Saúde Mental	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012,35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482,83
Total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1200.37	1329.24	1495.18
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
%Gastos Extra Hospitalares/ Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28,293.33	30,226.28	36,538.02	40,794.20	46,185.56	49,489.37	54,120.30	62,919.10
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde ***	24,293.34	27,181.16	32,703.50	37,145.78	40,750.59	45,803.74	48,670.19	58,270.26
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

*Em milhões de reais

**Empenhado

***Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas amortização da dívida, pessoal-inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 7, Edição Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010*. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. p. 22.

Conforme a figura acima, constante do relatório “Saúde Mental em dados” do Ministério da Saúde de 2010, pode-se concluir que a partir de 2006 os gastos com ações e programas extra-hospitalares ultrapassaram os de ações e programas hospitalares, e desde então a diferença entre eles aumentou cada vez mais, representando uma vitória para a reforma psiquiátrica. Segundo o relatório de gestão do MS de 2003-2006³⁶, isso significou efetivamente uma “reorientação do financiamento em saúde mental”.

³⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007. p.59.

Outras formas de cuidado importantes surgidas com a reforma psiquiátrica foram os centros de convivência e de cultura e também as associações de usuários, familiares e amigos da saúde mental.

(...) os Centros de Convivência vêm se consolidando por seu papel significativo na inclusão social das pessoas com transtornos mentais, facilitando, por meio de atividades coletivas, a construção de novos laços sociais, **autonomia, cidadania** e vínculos solidários, atuando, sobretudo no campo da cultura. Esses serviços oferecem espaços de sociabilidade, produção artística e cultural e geração de renda, incluindo todas as faixas etárias, usuários de serviços de saúde mental e todos aqueles que vivem em diferentes situações de risco e vulnerabilidade social (...) a implementação dos Centros de Convivência ganha sentido apenas naquelas localidades onde a rede substitutiva de atenção à saúde mental conta com cobertura adequada, especialmente de CAPS. Ainda não há uma política de financiamento, controle e avaliação para esses serviços. No entanto, essa questão encontra-se em franco debate, sendo alvo de diversos fóruns com os estados, municípios, usuários, profissionais da saúde e da cultura, movimentos sociais e outros atores do processo da reforma psiquiátrica.³⁷

Dentro do contexto de constituição de uma rede de produção de cuidados estabelecida por meio de alianças com outros setores das políticas públicas e diferentes segmentos e atores sociais, Yasui³⁸ coloca que essa transformação deve ser organizada de duas maneiras: primeiramente, por meio da rede de serviços de saúde presente no território onde o CAPS ocupa lugar de referência para as ações de saúde mental, e segundo, por meio dessa “rede a ser tecida” com outros setores e segmentos sociais. Nesse sentido, o autor sugere que isso só será possível através da intersetorialidade e destaca um trecho do relatório da III Conferência de Saúde Mental que também entendemos produtora de:

³⁷ CAMBUY, *Op. Cit.*, p. 62. Grifo nosso.

³⁸ YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 153.

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de **ações integradas e intersetoriais** nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a **articulação de parcerias com a Universidade**, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a **melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população**.³⁹

A partir dessa perspectiva, trazendo para este trabalho o convite que Yasui faz para que o setor da saúde coletiva apresente dentro da agenda dos atores em seus diferentes campos, a necessidade de construir coletivamente caminhos para a ação, trataremos no capítulo a seguir da interface entre a universidade e a gestão pública de saúde mental, mais especificamente abordando o papel da universidade dentro da sociedade no que concerne à formação, ao acesso à cidadania, à reflexão, à ética e essa parceria com a sociedade.

³⁹ *Ibidem*, p. 154. Grifo nosso.

3- A UNIVERSIDADE E A GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

3.1 A função social da universidade

Conforme Minguili, Chaves e Foresti⁴⁰, ao se consolidar na Europa a universidade se caracterizava como instituição social e tinha autonomia perante as outras instituições ao passo que suas instâncias internas legitimavam sua estrutura e ordenamentos. Já nos tempos modernos, a universidade alcançou a autonomia do conhecimento frente à religião e ao Estado, conhecimento este derivado da lógica particular da universidade, a partir das suas invenções e descobertas. Aí então, segundo as autoras, “a universidade europeia tornou-se inseparável das idéias de formação, reflexão, criação e crítica”. Com as lutas sociais e políticas dos séculos XIX e XX, a universidade se transforma em uma “instituição inseparável da idéia de democracia”.

É nesse contexto de instituição social inseparável da idéia de democracia que se insere a universidade a qual iremos defender no transcórrer deste trabalho.

Sabemos que a universidade se funda no tripé indissociável de ensino, pesquisa e extensão. Dito em outras palavras, o processo de construção do conhecimento na universidade deve articular ensino e pesquisa e, por fim, viabilizar uma relação transformadora com a sociedade.

Ademais, como afirma Marilena Chauí em sua obra “*Escritos sobre a universidade*”, esta não está separada da sociedade ou representa uma realidade distinta:

Freqüentemente, ouvimos uma pergunta: “qual é ou qual deve ser o relação da universidade com a sociedade?” Ou, então, esta outra: “como inserir a universidade na sociedade?”. Essas perguntas são curiosas. De fato, se indagamos pela relação entre universidade e sociedade ou pelo modo de inserção da primeira na segunda, estamos pressupondo que a universidade teria alguma realidade extra-social e política. Em outras palavras, estamos supondo que há duas realidade e que precisamos saber como se relacionam.

⁴⁰ MINGUILI, Maria da Glória; CHAVES, Adriana Josefa; FORESTI, Miriam Celí Pimentel Porto. *Universidade brasileira: visão histórica e papel social*. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/oep/Eixo%201%20-%20Tema%201.pdf>. Acesso em: 15/11/2011.

Ora, a universidade é uma instituição social. Isso significa que ela realiza e exprime de modo determinado a sociedade de que é e faz parte. Não é uma realidade separada e sim uma expressão historicamente determinada de uma sociedade determinada.⁴¹

Por isso, não se pode discutir a função das universidades públicas e privadas sem a contextualização da realidade social e política que elas integram. Como explica Raquel Santos Santana:

“O debate atual sobre o papel das universidades públicas e em particular, da extensão universitária, vem no bojo de uma discussão mais ampla sobre questões sociais que fazem presentes em nossa sociedade. A organização da vida e do trabalho vão influenciar de forma direta a estruturação do saber e da universidade”.⁴²

Embora Marilena Chauí aponte que a universidade brasileira passou nos últimos anos por duas fases distintas: *“na primeira tornou-se funcional e se preocupou em formar quadros para o mercado de trabalho; na segunda torna-se operacional, volta-se sobre si mesma e, pulverizada em micro organizações passa a ter exigências alheias à verdadeira produção do conhecimento”*⁴³, sua função está no reconhecimento de que a construção do conhecimento por ela engendrada é um processo dentro, da e para a sociedade, não podendo se limitar a atender seus próprios interesses ou aos interesses utilitaristas e imediatistas do mercado.

Dessa forma, faz-se oportuno citar o que escreveu sobre a universidade José Dias Sobrinho em seu texto “O sentido ético da avaliação”,

⁴¹ CHAUI, Marilena de Souza. Escritos sobre a universidade. São Paulo. Editora UNESP, 2001. Pág. 35.

⁴² SANTANA, Raquel Santos. O Desafio de Extensão Comprometida com a Realidade Social. ANAIS DO 2º CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP. Bauru. UNESP, 2002.

⁴³ CHAUI, Marilena de Souza in *Cadernos de Textos, 1ª Assembléia Universitária da UNESP. Bauru. 2000 Apud SANTANA, Raquel Santos. O Desafio de Extensão Comprometida com a Realidade Social. ANAIS DO 2º CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP. Bauru. UNESP, 2002.*

que fez parte da obra “*A universidade na encruzilhada. Seminário Universidade: por que e como reformar?*”:

A grande tarefa da universidade é, pois, a construção de um espaço público cujos valores falem mais alto e sejam mais duradouros que os interesses utilitaristas e de curto prazo do mercado. Ela não pode permitir a substituição dos mais altos graus do conhecimento e da reflexão crítica, que durante séculos a constituíram, pelos apelos ao aligeiramento dos conhecimentos e habilidades adaptados ao imediatismo do mercado e da sociedade que privilegia o que tem valor utilitário e instrumental (...) Fortalecer o espaço público universitário é, pois, uma exigência das políticas dos Estados para o desenvolvimento das sociedades democráticas. É se tornando um **espaço público do conhecimento, da crítica, da criação e do debate que a educação superior exerce seu dever** e sua potencialidade de criar e de ampliar os outros espaços públicos que, juntos, constituem uma sociedade democrática.⁴⁴

David O'Brien⁴⁵ argumenta que as universidades públicas são fundadas pelos cidadãos e que dessa forma tem de haver uma contribuição direta à sociedade, no entanto, apesar do suporte público que tem sido dado a elas desde muito tempo, as mesmas fazem pouco esforço para contribuir para a vida social, econômica e política dos seus países.

Conforme Maria Inez Pagnosi Pacheco, passamos por um momento histórico de construção de um processo político participativo em que foram garantidos instrumentos legais para participação popular, permitindo novas possibilidades de relação entre a sociedade civil e o Estado.

Neste contexto, a universidade pode avançar além das fases “funcional” e “operacional” supracitadas, recuperando seu caráter universal, contribuindo de forma significativa para a sociedade.

⁴⁴ DIAS SOBRINHO, José. O sentido ético da avaliação. In: *A universidade na encruzilhada. Seminário Universidade: por que e como reformar?* Brasília, 6-7 ago. 2003. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Educação, 2003. p. 112. Grifo nosso.

⁴⁵ Vide Apêndice: entrevista realizada em 30 de novembro de 2011.

Ainda segundo Pacheco, há um ganho de qualidade na atuação da população a partir de um compromisso assumido pela universidade com:

- a formação de cidadãos comprometidos com este processo de gestão pública partilhada e concretizada por meio das ações dos conselhos, dos movimentos sociais, independente da esfera pública: (federal, estadual ou municipal) e independente da política pública (saúde, educação, de direitos...);
- contribuir na capacitação e qualificação de conselheiros-membros da sociedade civil para atuação nesses órgãos e nas esferas governamentais;
- dar credibilidade às ações desenvolvidas pelos conselhos por meio de um caráter técnico-científico que o ensino sistematizado e metodológico pode oferecer.⁴⁶

Nesse sentido, inserem-se as pesquisas que envolvem parcerias entre a universidade e a sociedade civil organizada, como a que é objeto do presente estudo.

As parcerias entre a universidade e organizações da sociedade são importantes tanto para o avanço desse processo de democratização da universidade e recuperação do seu caráter de espaço público e universal quanto para a melhoria de políticas públicas e das condições de vida da população.

Segundo Bernardo Mançano Fernandes⁴⁷,

(...) estabelece-se a parceria com a divisão de responsabilidades e compromissos. Autonomia de ambas as partes é fundamental para o desenvolvimento do projeto. A universidade e a comunidade têm seus interesses que interagem, mas que também divergem. Todavia, quando trabalhamos com demandas sociais, os compromissos com o desenvolvimento da comunidade, na superação de suas carências, são convergentes. A diferença de interesses está, muitas vezes, nos objetivos e nos procedimentos do projeto. Uma organização popular autônoma tem interesse em

⁴⁶ PACHECO, Maria Inez Pagnosi. A sociedade civil em parceria com a universidade. In: SANTOS, Gislene Aparecida dos (org.). *Universidade, formação, cidadania*. São Paulo: Cortez, 2001.p. 119.

⁴⁷ FERNANDES, Bernardo Mançano. Extensão, parceria, cidadania: o trilema da autonomia na captação de recursos para realização de políticas públicas. ANAIS DO 2º CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UNESP. Bauru. UNESP, 2002.

participar ativamente da elaboração e da execução do projeto, naquilo que lhe compete.

Dias Sobrinho⁴⁸ ainda coloca qual seria a essência da responsabilidade social da universidade:

O sentido essencial da responsabilidade social da educação superior consiste em **produzir e socializar conhecimentos que tenham não só mérito científico, mas também valor social e formativo**. Portanto, que sejam importantes para o desenvolvimento econômico que tenha sentido de cidadania pública. (...) Isso supõe construir a **autonomia** e a **solidariedade** como instituições efetivas da vida pública, a fim de que o necessário aumento de produtividade e o fortalecimento da dimensão material das sociedades não se afastem da produção de maior **eqüidade, inclusão e participação social**. Não há por que rejeitar os progressos materiais se eles efetivamente vêm fundados na produção de sentidos, na ética da justiça social, das políticas de maior inclusão e da mais ampla participação dos cidadãos na vida pública.

Pode-se, dessa forma, concluir que a função social da universidade se relaciona com a construção de instrumentos que colaborem com o desenvolvimento da sociedade, seja através da formação, das pesquisas e da extensão. Dessa forma, a defesa deste espaço público como local privilegiado para o diálogo, para o debate de idéias, para o pensar e o transformar a sociedade, é uma forma de se cumprir o seu próprio papel.

Enfim, a universidade que queremos defender neste trabalho é aquela voltada para a formação de cidadãos críticos que sejam capazes de contribuir para a construção de uma sociedade mais ética, mais solidária. Esta universidade é também aquela que permite a construção do conhecimento por meio da participação social, tornando-se uma universidade democrática mais próxima da realidade social.

⁴⁸ DIAS SOBRINHO, José. *Educação superior, globalização e democratização. Qual universidade?* **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 28, Abril 2005. p. 172. Grifo nosso.

3.2 A importância da pesquisa qualitativa para a gestão pública da saúde mental brasileira

A universidade está inserida no contexto da saúde mental através primeiramente da formação das pessoas que atuam na área, através dos cursos de graduação e pós-graduação, nos diversos campos: medicina, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, dentre outros.

Dessa forma, ela se constitui como espaço primordial para o estudo e aplicação dos saberes e práticas, bem como o aprimoramento profissional e no campo da saúde mental ela desempenha papel crucial no que diz respeito à formação do profissional e na sua necessidade constante de discutir suas funções, suas práticas e aprimorar o seu trabalho.

Ademais, como já discutido anteriormente, defende-se que a universidade possui um papel que transcende a função de formadora dos profissionais da área de saúde, constituindo-se, na verdade, em um espaço social de diálogos e estabelecimento de parcerias para a constante construção do conhecimento que se volta para as demandas da sociedade na qual se insere.

Dito em outras palavras, a articulação entre ensino, pesquisa e extensão pode colaborar com a criação e aprimoramento de políticas públicas, em especial, na área de saúde mental de que trata o presente trabalho.

Para isso, ganha relevância a realização de pesquisas qualitativas que possibilitam a efetiva participação dos sujeitos, que deixam de ser objeto sobre o qual se fala para ter voz e direito de colaborar com a pesquisa que se relaciona com sua realidade.

Segundo Egberto Ribeiro Turato⁴⁹,

Trabalhar qualitativamente implica, por definição, em *interpretar as significações que as pessoas atribuem aos fenômenos* em

⁴⁹ TURATO, Egberto Ribeiro. Conceitos de Pesquisa Qualitativa em Saúde Mental. In: BARROS, Nelson Filice; CECATTI, José Guilherme; TURATO, Egberto Ribeiro. *Pesquisa Qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas: FCM, 2006. p. 30.

foco, através de técnicas de *observação acurada* e *entrevistas em profundidade* (instrumentos necessários e suficientes), em que são valorizados o contato interpessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa é importante para entender os significados atribuídos pelas pessoas a determinados acontecimentos e Turato ainda coloca:

Mas, afinal, porque estudar os significados? Que tanta importância eles têm para serem alvo relevante de investigações acadêmicas? Ora, as ligações psicológicas e socioculturais profundas com o fenômeno posto, assim como as vivências e fantasias que as pessoas acometidas por problemas de saúde têm são vitais para conhecermos essas pessoas mais a fundo. É indispensável para o profissional de saúde saber o que as coisas significam para nossos pacientes, porque o *significado tem uma função estruturante* crucial para os indivíduos e para a vida dos grupos: em torno do que as coisas *significam* para nós, nós organizamos nossas vidas, inclusive os nossos próprios cuidados com a saúde.⁵⁰

Dessa forma, as pesquisas desenvolvidas pelo grupo de pesquisa da Unicamp do qual trataremos neste trabalho são baseadas em pesquisas qualitativas, uma vez que se entende que esta metodologia melhor responde às demandas da pesquisa em saúde mental.

Conforme Rosana Onocko Campos⁵¹, coordenadora da pesquisa *Saúde Mental e Cidadania* que integra o convênio internacional entre a UNICAMP, a *Université de Montréal* e o *International Development Research Centre*, a pesquisa qualitativa ao se utilizar de “estratégias participativas e da construção narrativa” pretende “mostrar como a exploração de estratégias participativas obriga-nos a produzir algumas mudanças na forma clássica de operar as pesquisas”:

⁵⁰ *Ibidem*, p. 33.

⁵¹ ONOCKO CAMPOS, Rosana T. *Vertentes analíticas em pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos*. Rio de Janeiro: **Physis**. (no prelo).

(...) precisamos declarar qual tem sido nosso posicionamento no campo da saúde coletiva: o de uma área “aplicada”. Desenvolvemos estudos na área de Política, Planejamento e Gestão, no Brasil, no contexto da política pública, com grande interesse em contribuir para a melhora concreta das condições de assistência à saúde da população brasileira. Temos desenvolvido principalmente estudos avaliativos e participativos de serviços de saúde. Estudos participativos em co-gestão com usuários, trabalhadores e/ou gestores. E estudos no campo da saúde mental com pessoas vulneráveis como os portadores de sofrimento psíquico grave.

Ainda segundo Onocko Campos⁵², o grande valor deste modo de trabalhar a pesquisa qualitativa em saúde coletiva é a produção de um conhecimento que:

(...) ajudasse na defesa de pessoas e comunidades; permitisse estabelecer estratégias terapêuticas e preventivas mais potentes (questionando a não adesão a tratamentos, a medicalização da vida social, etc); contribuísse para jogar luz sobre melhores maneiras de organizar programas e serviços, melhor adaptados às demandas dos grupos de interesse envolvidos.

⁵² *Ibidem*.

4. O CONVÊNIO INTERNACIONAL ENTRE A UNICAMP E O CANADÁ.

4.1 A experiência de saúde mental em Quebec (Canadá).

Após a Segunda Guerra Mundial, o sistema de saúde canadense se organizou por meio da votação do seguro universal de saúde – o *The Medical Care Act* de 1966 – calcado em um sistema descentralizado e baseado em orçamento fiscal e financiamento compartilhado entre as esferas federal e as províncias, predominando o financiamento público por meio das fontes fiscais, no entanto, os prestadores privados credenciados e contratados de diversas formas ficaram responsáveis pela prestação de serviços. As províncias por sua vez são autônomas para determinar suas prioridades e gerir os serviços, desde que sigam os princípios do *Canada Health Act* de 1984, lei federal que instituiu os direitos da universalização, da gestão pública e da integralidade da saúde em todo o território canadense. Os médicos são em sua maioria profissionais liberais em suas clínicas particulares ou em hospitais e remunerados pelas agências provinciais gerenciadoras do seguro de saúde através dos serviços prestados. Existem ainda alguns assalariados em ambulatórios de hospitais e centros de saúde.⁵³

Segundo Eleonor Conill, o sistema de saúde do Canadá é destacado por sua autonomia de gestão e é composto por dez sistemas de saúde provinciais e três territoriais (o país se compõe de dez províncias e três territórios) caracterizados por uma variedade de formatos. O seguro de saúde privado ficou limitado ao financiamento de serviços que o sistema público não cobria, tais como cirurgia estética, tratamento dentário, “home care”, dentre outros.

A província canadense de Québec, última a implantar o seguro de saúde universal, iniciou um plano estatal de reforma dos serviços de saúde visando diminuir as desigualdades estruturais da sociedade. Esse modelo de saúde de Quebec ficou conhecido como saúde comunitária e é formado por um

⁵³ CONILL, Eleonor Minho. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 579.

sistema descentralizado em Departamentos de Saúde Comunitária (DSC) e em serviços de atendimento primário, chamados de Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC).⁵⁴

Québec apesar de ser a última província a assegurar a saúde como universal, foi além dos princípios estabelecidos pelo governo federal canadense e realizou a chama “revolução tranqüila” na saúde e como também argumenta Conill:

A reforma do Québec foi considerada um exemplo de aplicação de uma política de saúde comunitária pelo fato de enfatizar-se, entre outros aspectos, a comunidade, geograficamente definida, como ponto central da organização do modelo assistencial. Na porta de entrada do sistema, composto de uma rede hierarquizada de estabelecimentos (13 regiões), foram criados os Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC), cujo conselho de administração era, e é até hoje, majoritariamente constituído por usuários.⁵⁵

Conforme Desviat, esse modelo de saúde canadense trouxe avanços relevantes para a saúde pública em Québec, na medida em que envolveu diversos setores da sociedade civil na gestão dos serviços, bem como se tornou uma ação comunitária na qual a participação do cidadão e da família foi primordial para a mudança para hábitos de vida mais saudáveis, formaram-se grupos de ajuda mútua com atuação em diversas doenças como a mental, a AIDS e o alcoolismo.

Ainda segundo o mesmo autor, dentro desse novo modelo de saúde, um projeto mais avançado foi criado – o Saúde para Todos – que tratou da promoção da saúde objetivando as doenças crônicas, as doenças mentais, alcoolismo, violência, dentre outras. Esse plano fez com que o Canadá se tornasse vanguarda da saúde pública.

⁵⁴ DESVIAT, Op.cit, p. 65.

⁵⁵ CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out-dez, 2000, p. 964.

Trata-se de um plano que tem por objetivo reduzir as desigualdades, aumentar a prevenção e favorecer a **autonomia**, desenvolvendo mecanismos de promoção da saúde mediante o reforço das iniciativas pessoais e de ajuda mútua (...) Como estratégias de implantação, o plano utiliza a **participação dos cidadãos** e um planejamento eficiente, buscando não apenas a melhoria dos serviços de saúde comunitária, mas também a coordenação de políticas públicas que favoreçam a saúde.⁵⁶

A partir daí, o autor coloca que os serviços de saúde foram reestruturados e se concentrou os recursos da área nos que mais dele necessitavam, através do conhecimento das populações de risco, privilegiando medidas centralizadas nos grupos mais vulneráveis.

Conill divide a trajetória das mudanças no sistema de saúde quebequense em três fases: uma compreendendo os anos de 1971 a 1984 e que ela denomina de momento de “implantação do seguro-saúde universal e as propostas inovadoras da reforma”; outro de 1984 a 1994, denominado “período de avaliações e propostas de ajustes no Québec e no Canadá”; e o último que compreende desde 1995 até os dias atuais, chamado de “do controle de custos à integração de serviços”.

O primeiro período se inicia com a lei que começa com a reforma dos serviços sociais e de saúde a partir da criação da rede dos CLSC que possuíam um Conselho de Administração composto por sua maioria de usuários dos serviços. Os hospitais de agudos, crônicos, centros de repouso e reabilitação, de saúde mental e centros de serviços sociais eram colocados com serviços secundários. Acima de todos estes estavam o Ministério e a Agência que controla os procedimentos médico-hospitalares e se responsabiliza pelos pagamentos. Também nesse período houve o credenciamento dos médicos especialistas ao sistema universal por meio do pagamento dos atos e os generalistas adentraram nos CLSC que enfatizava a atenção primária. Embora toda essa inovação nas práticas por meio de um cuidado mais integral, os CLSC se situaram com o tempo à margem da rede de serviços e os consultórios ganharam mais espaço.

⁵⁶ DESVIAT, *Op.Cit.*, p. 66. Grifo nosso.

Os anos de 1984 a 1994 foram marcados por uma conjuntura de restrições orçamentárias no país todo, com priorização da prevenção, promoção e dos serviços de atenção primária, além do “controle da demografia médica, a diminuição do pagamento por ato e a utilização de outros profissionais que pudessem se constituir em alternativas eficazes aos serviços médicos”.⁵⁷ Em 1993, o documento *Saúde e Bem-Estar, a perspectiva quebequense*, articulou as políticas social e de saúde e reiterou um sistema público destacado pela descentralização e garantidor dos direitos de mais acesso, mais continuação e mais complementação nos serviços. No entanto, visando à meta do “déficit zero” nas contas públicas da província são realizados cortes importantes de despesa.

A terceira fase começa com uma nova reforma: aumentaram as regiões de saúde, os Conselhos de cada uma das regiões já existentes são transformados em “Regionais de Saúde e dos Serviços Sociais” que assumiram funções de gerenciamento importantes. Ocorrem fusões de CLSCs com hospitais pequenos e casas de repouso, fecham-se hospitais, aumenta-se a disponibilidade nos CLSC para sessenta horas/semana, uma rede integrada de hospitais universitários é organizada, tudo isso objetivando a diminuição da procura de recursos institucionais. Nesse período, os CLSCs tomam importância no cenário novamente e os esforços são voltados para articular financiamento e organização dos serviços, criando assim em 2000 uma Comissão – a Comissão de Estudo sobre os serviços de saúde e os serviços sociais – que elabora um relatório sugerindo que a gestão e criação de grupos de medicina de família tivessem maior participação das corporações profissionais e que era necessário formas de seguro complementar que financiassem coberturas adicionais. Em 2003, as Regionais de Saúde foram transformadas em “Agências de Desenvolvimento de Redes Locais de Serviços de Saúde e de Serviços Sociais”, as quais ficaram incumbidas de coordenar e efetuar acordos com as clínicas médicas e outros serviços do setor privado. Redes Locais de Serviço foram organizadas e os CLSC se fundiram aos hospitais de duração curta e longa gerando os CSSS (Centros de Saúde e de Serviços Sociais).

⁵⁷ CONILL, *Op. Cit.*, p. 582.

Todas essas modificações tinham como finalidade criar “corredores de serviços integrados que se caracterizam pela existência de *guichet* único, sistemas de informação compartilhados e uma oferta tecnológica ampliada” que garantisse “acesso, vínculo, continuidade e uso racional de recursos”.⁵⁸

Em 2004 são criados os Grupos de Medicina da Família, que se constituem a partir das clínicas privadas já existentes e que passam a ter auxílio financeiro governamental e têm a função de melhorar o acesso na porta de entrada.

A autora ainda coloca que as reformas feitas em Québec demonstram “a manutenção de direitos em saúde pela redução seletiva da oferta com diminuição da atenção hospitalar em favor da reorganização de novos modos de prática”.⁵⁹

Trazendo a análise da saúde quebequense para a saúde mental, com a publicação do livro intitulado “Os loucos pedem socorro” pelo ex-paciente psiquiátrico Jean-Charles Pagés em 1961 e a escrita do epílogo pelo diretor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Montreal, Camille Laurin, a reforma psiquiátrica tomou forma em Quebec por meio da “descentralização e regionalização dos serviços, suspensão da construção de novos hospitais psiquiátricos, construção de serviços de hospitalização nos hospitais gerais e criação de redes alternativas e de um escritório no Ministério da Saúde”.⁶⁰ A reforma quebequense se orientou pela psiquiatria comunitária norte-americana e pela psiquiatria de setor francesa (baseada na programação local das ações de saúde mental). Na década de 1980, a saúde mental foi conduzida pela política de desinstitucionalização que diminuiu de 20 mil leitos em hospitais psiquiátricos em 1962 para 12 mil em 1980.

A experiência quebequense inovadora em saúde mental que queremos salientar, além da comunitarização do tratamento, é um projeto que foi desenvolvido no Quebec após muito tempo de debates e de pesquisas

⁵⁸ Idem, p. 585.

⁵⁹ Idem, p. 586.

⁶⁰ DESVIAT, *Op.Cit.*, p. 70.

desenvolvidas sobre “os impactos, os limites e as contradições da abordagem farmacológica”⁶¹ nos espaços em que participam os usuários da saúde mental.

Conforme Rodriguéz, Perron e Ouellette⁶², em 1993, a RRASMQ (Associação de recursos alternativos em saúde mental do Québec), em parceria com pesquisadores do ÉRASME (Equipe de pesquisa e ação em saúde mental e cultura), elaborou uma abordagem nova de intervenção – a *Gestão Autônoma da Medicação* – a qual foi fruto de um processo em que se questionou, se experimentou e se pesquisou “o lugar da medicação na vida das pessoas, seu papel nas práticas profissionais e sua penetração e percepção no conjunto da sociedade”.

A pesquisa focou a maneira pela qual se elaborou e articulou-se progressivamente essa abordagem alternativa do emprego da farmacologia em psiquiatria. Esse trabalho de reflexão permitiu evidenciar as questões associadas à emergência de espaços, onde pessoas que vivem com graves problemas de saúde mental, até então reduzidas ao silêncio e mantidas à distância da ação social, cultural e política, passem do estatuto de objeto àquele de sujeitos e atores que desenvolvem discursos e práticas que questionam as representações dominantes da saúde e da doença.⁶³

É a partir de 1993 que se constitui um comitê de trabalho, por iniciativa de um pequeno grupo de usuários e dos “usuários-interventores”, que ficou incumbido de apresentar aos serviços um “procedimento sistemático, rigoroso, mais formal e orientado para a análise e construção de posição comum sobre a medicação psiquiátrica”. Estes questionamentos quanto à medicação foram levados ao grupo RRASMQ em sua maior parte pelos usuários e dentro do grupo encontraram “um eco e um espaço de expressão e reflexão que se ampliou posteriormente”.⁶⁴

⁶¹ BARRRIO, Lourdes Rodriguéz Del; PERRON, Nadine; OUELLETTE, Jean-Nicholas. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.125.

⁶² *Ibidem*, p. 125.

⁶³ *Ibidem*, p. 125.

⁶⁴ *Ibidem*. p. 137.

Os autores ainda argumentam que deste momento em diante, vários comitês foram organizados tanto para projetos de experimentação tanto para os de pesquisa-ação, o que proporcionou desenvolver os discursos e a diversas práticas dos usuários e interventores dos recursos alternativos, bem como de outros atores do campo em saúde mental.

O termo *Gestão Autônoma da Medicação* surgiu em uma reunião do Comitê de trabalho em 1997 e esse projeto-piloto se articulou entre os meios de prática e de pesquisa, ficando os pesquisadores do ÉRASME responsáveis pelo acompanhamento avaliativo da implantação. A GAM representou novos atores na busca da elaboração e da renovação das práticas – os usuários – e pretende manter o diálogo aberto entre as diversas tensões e contradições que emergem nos espaços de debate sobre saúde mental:

(...) a relação da pesquisa com a ação permitiu ampliar as perspectivas, documentar os processos e as práticas e tornar visíveis os saberes emergentes tanto dos usuários quanto dos interventores implicados. A análise dos relatos de vida revelou uma pluralidade de experiências subjetivas que os espaços coletivos de expressão nem sempre conseguem tornar audíveis e que são, às vezes, ocultos pelos “discursos oficiais”. Através de numerosas entrevistas com os usuários e interventores participantes da elaboração das práticas, a pesquisa permite também a criação de espaços de expressão individuais “neutros”, onde é possível expressar mais livremente críticas ou limitações que, de outro modo, permaneceriam velados.⁶⁵

⁶⁵ Idem. p. 146.

4.2 O Grupo de Pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.*

Sediado junto ao Departamento de Saúde Coletiva (antigo Departamento de Medicina Preventiva e Social) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, o “*Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces*” é um grupo de pesquisa que busca articular estudo, reflexão, pesquisa e formação a partir do desenvolvimento de pesquisas interconectadas entre a temática da Saúde Coletiva e da Saúde Mental.⁶⁶

Coordenado pela médica sanitária e professora doutora do Departamento de Saúde Coletiva, Rosana Teresa Onocko Campos, o grupo se constituiu em 2003 e realiza discussões teóricas sobre a temática das políticas públicas de saúde mental, enfatizando a avaliação dos centros de atenção psicossocial e os novos arranjos na organização da atenção básica em saúde. É composto por estudantes de graduação e pós-graduação nas mais diversas áreas da saúde, tais como, medicina, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, assistência social e farmácia. A metodologia utilizada pelo grupo é a de pesquisa qualitativa e participativa. O grupo faz parte do diretório dos grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), seguindo a linha de pesquisa *Gestão e Subjetividade em Saúde: estudos das práticas e políticas de saúde*. Tal linha pretende analisar e compreender as práticas e processos de produção em saúde por meio do mapeamento das potências de mudanças dos modelos assistenciais e das organizações. Trabalha também com a gestão institucional e estuda as relações intersubjetivas estabelecidas entre os diversos agentes dos processos assistenciais.⁶⁷

Dentre os projetos de pesquisa⁶⁸ já desenvolvidos estão a *Pesquisa avaliativa da rede de Caps: entre a saúde coletiva e a saúde mental*⁶⁹

⁶⁶ Grupo de Pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces*. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/index.php

⁶⁷ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Diretórios dos Grupos de Pesquisa no Brasil. *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces*. Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0079406OSL9FN7>.

⁶⁸ Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/projeto_pesquisa.php

(financiamento do CNPq), pesquisa sobre os serviços substitutivos de saúde mental e suas relações com a rede básica de saúde que procurou contribuir para o melhor conhecimento sobre as práticas clínicas e sociais desenvolvidas nestes locais, bem como desenvolver dispositivos específicos para a gestão e desenvolvimento do pessoal da área.

Outro projeto foi o *Estudo avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção básica à saúde*⁷⁰ (financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo- FAPESP), trabalho com o qual se pôde avaliar a rede de atenção básica de saúde de Campinas em relação à implantação de alguns novos arranjos e estratégias inovadores que contribuem para a estratégia da Saúde da Família. Esta pesquisa avaliativa teve um caráter predominantemente qualitativo e participativo, o que implicou a participação de apoiadores dos Distritos Regionais de Saúde (DRS) e coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na sua execução.

Em 2008 teve início a *Pesquisa avaliativa em saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*⁷¹ (financiamento do CNPq), que se tratou de um estudo multicêntrico avaliativo e participativo em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em três cidades brasileiras, envolvendo quatro universidades públicas (Universidade Federal Fluminense/UFF, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ e Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS). Tal estudo teve como objetivos: “a) traduzir, adaptar e testar, em CAPS (Rio de Janeiro/RJ, Novo Hamburgo/RS e Campinas/SP) o *Guia pessoal da gestão autônoma da medicação*, instrumento desenvolvido no Canadá para pacientes com transtornos mentais graves; e b) avaliar o impacto desse instrumento na

⁶⁹ CNPq- processo 554426/2005-6, Edital MCT/CNPq/MS/SCTIE-DECIT/CT-Saúde – n°07/2005.

⁷⁰ FAPESP- processo n°2006/61411-4, Auxílio Pesquisa do Programa Pesquisa para o SUS- políticas públicas.

⁷¹ CNPq- processo n° 575197/2008-0, Edital MCT/CNPq/MS/SCTIE-DECIT n°33/2008-Saúde mental.

formação de profissionais de saúde mental (psiquiatras e profissionais não-médicos)”.⁷²

Em 2009, é aberto um edital do IDRC para financiamento de projetos dentro do programa Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades voltado para países de renda média e baixa que desenvolvam parcerias entre instituições de ensino superior e organizações comunitárias. A partir daí, o grupo *Interfaces* que já trocava experiências de pesquisa com a *Université de Montréal* decidiu concorrer com o projeto Saúde Mental e Cidadania e foi selecionado para receber este financiamento internacional no valor de um milhão de dólares canadenses a ser desenvolvido em cinco anos de pesquisa. Com isso, o grupo da Unicamp desenvolveu parceria com pesquisadores de outras quatro universidades públicas brasileiras (UFRJ, UFF, UFRGS e UNIFESP/Santos) e com a *Université de Montréal*.

O projeto em questão⁷³ tem participação ativa e parceria de investigação com associações de usuários e familiares da saúde mental, em especial, a AFLORE (Associação Florescendo a Vida dos Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Campinas), e busca desenvolver instrumentos que contribuam para a gestão pública de saúde mental e também a capacitação e formação dos trabalhadores da área.

Em seguida, detalharemos o convênio específico, seus objetivos, para finalmente tratarmos dos resultados obtidos até então dentro da pesquisa Saúde Mental e Cidadania e o que se vislumbra de benefícios para a gestão pública da saúde mental e para a sociedade.

⁷² Relatório Final da pesquisa apresentando ao CNPq.

⁷³ ARUCI-SMC (Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades: Saúde Mental e Cidadania). Disponível em: [http://www.aruci-smc.org/pt/\(português\)](http://www.aruci-smc.org/pt/(português)) e <http://www.aruci-smc.org/fr/>. (francês).

4.3 O convênio UNICAMP e Université de Montréal sob financiamento canadense do *International Development Research Centre* (IDRC) no âmbito da *Alliance Internationale de Recherche Universités-Communautés* (ARUCI).

A ARUC (Aliança de Pesquisa Universidades-Comunidades), programa criado em 1999 no Canadá pelo Conselho de Pesquisas em Ciências Humanas (o CRSH em francês e SSHRC⁷⁴ em inglês), surgiu com o intuito de apoiar a criação bem como a consolidação de parcerias entre dois atores: as organizações comunitárias (fontes relevantes de competências e inovações fundamentadas em experiências práticas) e as instituições de ensino superior – as universidades (fontes de uma série de conhecimentos e competências no âmbito das ciências humanas).⁷⁵

O Conselho de Pesquisa em Ciências Humanas é uma agência federal que promove e apóia a pesquisa universitária e a formação em humanidades e ciências sociais. Esta agência se reporta ao Parlamento canadense por meio do Ministério da Indústria. O programa ARUC criado pela agência prevê apenas o financiamento de projetos dentro do território canadense.

Segundo entrevista⁷⁶ realizada com o especialista sênior do Programa ARUCI no IDRC – David O`Brien – o IDRC é uma corporação estatal cujos fundos provêm do Parlamento canadense para apoiar pesquisa internacional em países em desenvolvimento. Desde o seu início, como aponta O`Brien, o IDRC tem atuado no financiamento de “pesquisa-ação” e “pesquisa baseada na comunidade”, posição esta considerada radical à época.

⁷⁴ SOCIAL SCIENCE AND HUMANITIES RESEARCH COUNCIL OF CANADA/ CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA. Disponível em: <http://www.sshrc-crsh.gc.ca/>. Acesso: out/nov/dez/2011.

⁷⁵ ARUCI-SMC (Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades: Saúde Mental e Cidadania). Disponível em: [http://www.aruci-smc.org/pt/\(português\)](http://www.aruci-smc.org/pt/(português)) e <http://www.aruci-smc.org/fr/> (francês).

⁷⁶ Vide Apêndice.

Ainda segundo O'Brien, após o lançamento do programa ARUC pelo SSHRC, as duas agências começaram a dialogar sobre uma possível colaboração conjunta e, em 2007, acordaram uma colaboração através de uma versão internacional da ARUC, já que o modelo da ARUC era idêntico ao da pesquisa baseada na comunidade que o IDRC financiava desde a década de 1970. Assim, este novo programa, o ARUCI, pretendia apoiar pesquisa em que "canadenses e seus parceiros internacionais combinassem seus interesses e experiências para abordar questões de interesse comum aos parceiros da comunidade envolvidos no projeto".⁷⁷ Para isso, lançaram o edital em 2009 para financiamento conjunto, o SSHRC no âmbito do Canadá e o IDRC no âmbito internacional.

O convênio de cooperação entre a Universidade Estadual de Campinas e a *Université de Montréal*⁷⁸ assinado em 2010 visa durante um período de cinco anos "desenvolver e consolidar atividades de pesquisa e de formação entre a UdeM e a Unicamp, atingindo seus objetivos, particularmente no marco do projeto da Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades (ARUC Internacional) em saúde mental e cidadania, coordenado pela UdeM no Canadá e pela Unicamp no Brasil". As três ações principais objetivadas pelo convênio são o desenvolvimento de projetos de pesquisa em conjunto, o intercâmbio de pesquisadores e o intercâmbio de estudantes. As duas partes firmam o compromisso de pesquisar em conjunto assuntos de interesse comum nas áreas de serviço social, psicologia, sociologia, enfermagem, medicina preventiva e social e saúde pública.

Junto a esse convênio de cooperação principal foi assinado um termo aditivo⁷⁹ que estabelece o programa acadêmico de projetos e atividades relacionados ao projeto ARUC Internacional. Dessa forma, foram instituídas três vertentes que norteiam o projeto: a de pesquisa, a de formação e a de inovação social. A vertente **pesquisa** se articula em três eixos: 1- A realidade das pessoas com graves problemas de saúde mental na comunidade; 2- Transformação das políticas, serviços e práticas; 3- As práticas cidadãs. A

⁷⁷ Vide Apêndice.

⁷⁸ Vide Anexo B.

⁷⁹ Vide Anexo C.

vertente **formação** se desenvolve a partir de três eixos: 1- Formação de novos pesquisadores e profissionais que contribuam para qualificar os serviços e as práticas na comunidade; 2- Formação de interventores e usuários para a pesquisa; 3- Troca de saberes e práticas entre atores. A vertente **inovação social** se articula nos eixos: 1- Elaboração de novas práticas de intervenção e de transformação no interior dos organismos locais, regionais e nacionais; 2- Elaboração de mecanismos para apoiar os usuários em sua participação nas práticas, nas instâncias decisórias e nas suas ações sociais e políticas.

O financiamento desta pesquisa foi possível a partir da seleção do projeto Saúde Mental e Cidadania (SMC)⁸⁰ pelo comitê avaliador do IDRC (*International Development Research Centre*) que, dentre mais de cem projetos submetidos ao programa de financiamento, selecionou quatro e entre os quatro está o projeto coordenado por Onocko Campos no Brasil e Del Barrio no Canadá. Tal projeto tem como parceiros duas associações de usuários da saúde mental – no Canadá, a APUR (Associação das Pessoas Usuárias dos Serviços de Saúde Mental da Região do Québec) e no Brasil, a AFLORE – que representam o braço da comunidade dentro da Aliança Universidades-Comunidades. Esta pesquisa nasceu do encontro entre a APUR, o ÉRASME, o INTERFACES, a AFLORE e o GRIOSME (Grupo de Pesquisa sobre a Inclusão Social, a Organização dos Serviços e a Avaliação em Saúde Mental).

A ARUCI-SMC tem como objetivo geral a investigação de modelos de serviço de saúde mental no Brasil e no Canadá e utilização das descobertas para agregar aos debates na Academia e nas políticas, bem como ser útil para o treinamento de servidores e estudantes da área da saúde. Dentre as finalidades específicas do projeto SMC, tratam:

- do desenvolvimento de uma aliança acadêmica e profissional entre os parceiros do Canadá e do Brasil que forneça apoio e sustentação para o intercâmbio de pesquisa, conhecimento e treinamento;

⁸⁰ Vide Anexo D.

- da condução das pesquisas nos três eixos temáticos: as realidades das pessoas que vivem com problemas mentais; o ambiente institucional e a organização de serviços de saúde mental; e os processos e efeitos da participação de usuários do setor público ou da comunidade (por exemplo, através de associações de usuários de serviços de saúde mental);
- da construção da capacitação por meio do desenvolvimento de novo currículo, do treinamento de novos pesquisadores, da “educação” dos usuários, do apoio ao desenvolvimento profissional que construa as técnicas e o entendimento das maneiras de melhorar os serviços e a participação dos usuários dos serviços de saúde mental;
- da promoção do intercâmbio de conhecimento e resultados de pesquisa que fortaleça a liderança da comunidade e informe as opções de políticas em como melhorar a prestação de serviço de saúde mental.

O financiamento do IDRC prevê, conforme *Attachment C* do Convênio Unicamp e IDRC, constante do Anexo D, recursos para coordenação da pesquisa, bolsas de estudos de pós-doutorado, de mestrado e de iniciação científica, gastos com viagens, diárias, serviços, material bibliográfico e de consumo.

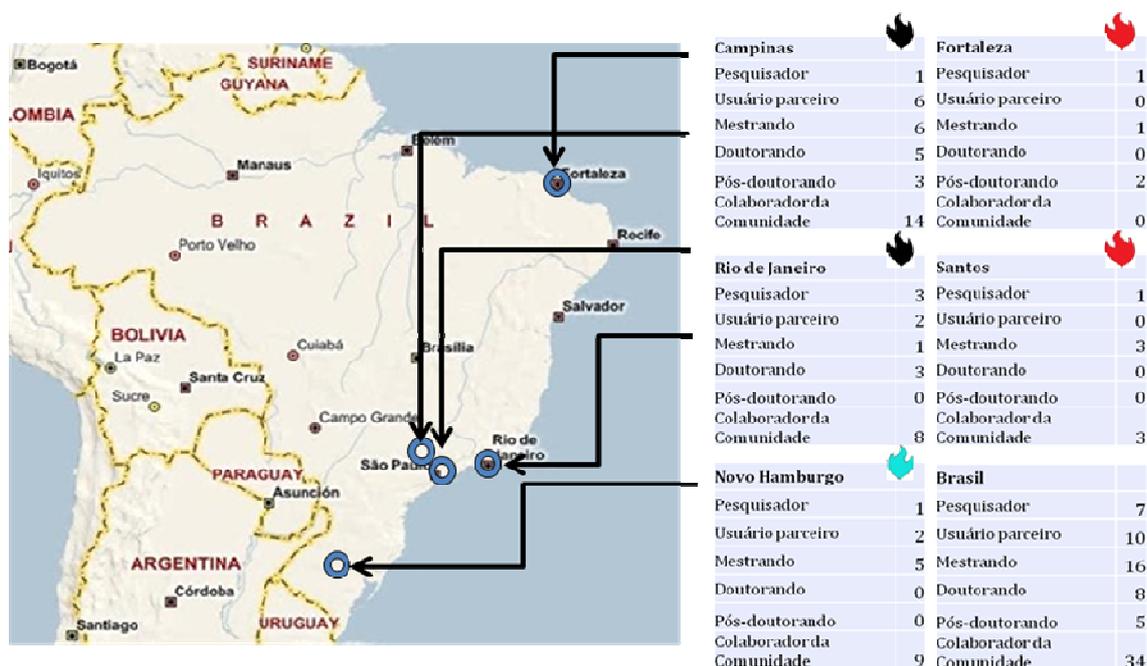
Dessa forma, tornou-se possível desenvolver todo um arranjo de pesquisa inovador⁸¹ por meio de um projeto multicêntrico do qual participam quatro outras universidades brasileiras (UFF, UFRJ, UFRGS e UNIFESP/Santos) além de parceiros no Ceará (UECE e Unifor).

A Aliança une os atores canadenses e brasileiros envolvidos em busca de avançar no âmbito dos conhecimentos, da renovação das práticas e da transformação social para chegarem ao fim comum almejado, qual seja “garantir que as pessoas que vivem com graves problemas de saúde mental

⁸¹ Vide figura 5.

possam exercer os seus direitos e ter acesso a uma qualidade de vida na cidade”⁸².

Figura 5 - Parceria da ARUCI no Brasil

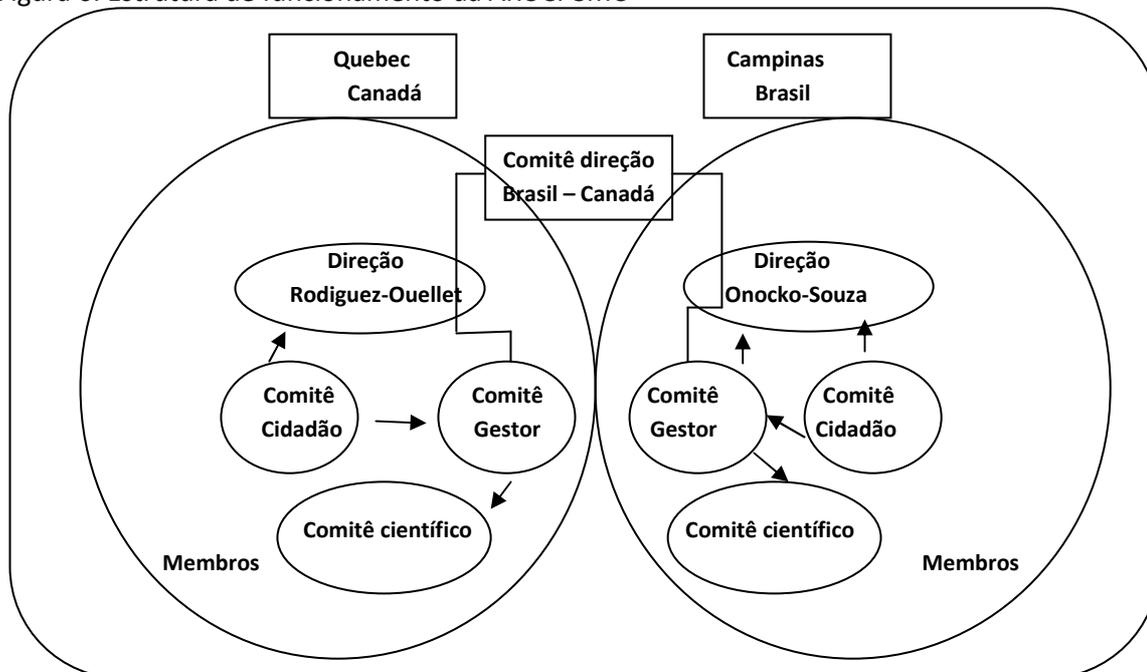


Fonte: Quadro elaborado por Deivisson Vianna, membro do *Interfaces*, para apresentação da pesquisa em setembro de 2011.

Esta pesquisa traz sua inovação também quanto à estrutura de funcionamento, conforme pode ser verificado na figura 6, que prevê um comitê de direção composto por dois comitês de co-direção universidade-comunidade: no Brasil, a Professora Rosana Onocko Campos da Unicamp e Nilson Souza do Nascimento da AFLORE; e no Canadá, a Professora Lourdes Rodríguez Del Barrio da *Université de Montréal* e Jean-Nicholas Ouellet do CAMEE (Centro de atividades pela manutenção do equilíbrio emocional de Montreal-Norte). Além do comitê diretor, existem outros três comitês: o comitê cidadão, o comitê gestor e o comitê científico.

⁸² ARUCI-SMC (Aliança Internacional de Pesquisa Universidades-Comunidades: Saúde Mental e Cidadania). Disponível em: [http://www.aruci-smc.org/pt/\(português\)](http://www.aruci-smc.org/pt/(português)) e <http://www.aruci-smc.org/fr/>. (francês).

Figura 6. Estrutura de funcionamento da ARUCI-SMC



Fonte: OTANARI, Thaís Mikie de Carvalho. Compartilhando olhares: a participação de usuários da saúde mental em uma experiência de produção de Conhecimentos. (adaptado).

O comitê cidadão é composto por usuários dos serviços que participam da pesquisa sendo um no Brasil e outro em Québec. Este comitê tem por objetivo “assegurar o respeito e a participação ativa das pessoas que vivem ou já viveram com problemas de saúde mental nas diferentes instâncias e atividades e permitir-lhes participar mais amplamente das diretrizes da ARUCI-SMC”⁸³, bem como avaliar os projetos de pesquisa a serem financiados dentro do programa da ARUCI-SMC.

O comitê científico tem por finalidade avaliar os projetos de pesquisa que são financiados dentro do programa e é composto por pesquisadores da área de saúde mental de outras universidades e que não fazem parte da pesquisa.

O comitê gestor, composto por pesquisadores, usuários, trabalhadores e representantes da área de saúde mental, desempenha o papel de apoio à direção geral na implementação das orientações⁸⁴ da ARUCI-SMC,

⁸³ Vide web site da ARUCI-SMC. Disponível em: <http://www.aruci-smc.org/pt/apresentacao/governanca/comite-citoyen/>.

⁸⁴ A ARUCI-SMC se orienta através de três objetivos principais, tais como: a renovação das práticas de saúde mental; a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com graves

bem como o planejamento e avaliação destas orientações e a programação da pesquisa e das atividades.

O funcionamento da pesquisa em nível local se dá por meio das reuniões multicêntricas bimestrais que ocorrem geralmente em Campinas e contam com a participação de pesquisadores, estudantes, usuários e trabalhadores tanto locais quanto dos outros campos da pesquisa (RS, RJ e CE). Em nível internacional, isso se dá através dos seminários promovidos conjuntamente com o Canadá por meio de videoconferências trimestrais, as quais se baseiam em discussões teóricas, práticas, e em torno dos projetos de pesquisa desenvolvidos, buscando a troca de experiências e saberes entre Brasil e Canadá.

As principais pesquisas desenvolvidas no Brasil no âmbito da Aliança são “Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e do usuário”, “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” e “Pesquisa avaliativa de saúde mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do estado de SP”.

Com a primeira foi possível conhecer a experiência das pessoas com esquizofrenia e a dos psiquiatras inseridos na rede pública de saúde mental e a partir disso, buscou “formular estratégias para a redução do estigma e empoderamento (*empowerment*) do portador de transtorno mental grave, no contexto sócio-cultural brasileiro”.⁸⁵

Com a segunda pesquisa, desenvolveu-se um dos maiores projetos dentro da Aliança que diz respeito à adaptação e validação do *Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM)* à realidade brasileira, e que vem se desdobrando em outras fases como a capacitação dos trabalhadores da saúde mental e a discussão do Guia do Moderador que seria uma espécie de norteador dos trabalhadores que irão aplicar o GGAM nos serviços de saúde.

problemas de saúde mental; e a melhoria das possibilidades de participação social e cidadania destas pessoas.

⁸⁵ Vide <http://www.aruci-smc.org/pt/projetos/a-realidade-das-pessoas-eixo-1/experience-narrative-and-knowledge-the-perspective-of-the-psychiatrist-and-the-user/#c261> .

A terceira pesquisa se desenvolveu durante o ano de 2011 por meio de um curso de capacitação sobre a temática da avaliação em saúde mental e do qual participaram representantes (trabalhadores e gestores) de todos os CAPS III do estado de SP, que ao final puderam de forma avaliativa e participativa construir um “leque de indicadores de avaliação de serviços que constituem a maior aposta da política pública na reformulação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil”.⁸⁶

4.4 A ARUCI-Saúde Mental e Cidadania – resultados e benefícios para a sociedade.

Um dos principais resultados do Saúde Mental e Cidadania foi o lugar ocupado pelos usuários dentro da pesquisa, por meio da participação nas diversas fases e instâncias da Aliança.

Conforme já relatado anteriormente, o convênio Brasil-Canadá prevê o financiamento de pequenos projetos ligados à temática da saúde mental na comunidade. Portanto, em 2010 abriu-se um edital para financiamento de projetos que se enquadrassem nos três eixos da vertente pesquisa (A realidade das pessoas com graves problemas de saúde mental na comunidade; Transformação das políticas, serviços e práticas; As práticas cidadãs). Deste processo, resultou a seleção de cinco projetos: dois em Campinas e três no Rio Grande do Sul.

Os dois projetos de Campinas estão situados no eixo “Práticas cidadãs”: o “Guia do Usuário de Saúde Mental (GUSM)” – projeto desenvolvido pela AFLORE de desenvolvimento de um guia que norteie os grupos compostos por usuários nos CAPS III de Campinas e que promova discussões coletivamente no intuito de fortalecer a autonomia dos usuários a partir da reflexão quanto ao seu tratamento, o lugar onde se tratam, seus direitos e a política desenvolvida nestes serviços para que assim se “empoderem” como

⁸⁶ Vide <http://www.aruci-smc.org/pt/projetos/as-politicas-servicos-e-praticas-de-saude-mental-eixo-2/pesquisa-avaliativa-de-saude-mental-indicadores-para-avaliacao-e-monitoramento-dos-caps-iii-do-estado-de-sao-paulo/> .

cidadãos; o outro projeto campineiro é “O resgate da cidadania pela intersectorialidade e pela participação popular” – composto por profissionais da saúde mental e membros da comunidade, o projeto busca a reativação de um espaço público, a Casa de Cultura Andorinhas (localizado na periferia de Campinas), através da intersectorialidade entre a comunidade e serviços da Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura, Esporte e Departamento de Parques e Jardins. Este projeto pretende estimular “a responsabilização da comunidade, a partir da co-gestão com equipamentos intersectoriais, promovendo a aproximação da comunidade local com a cultura produzida pela humanidade, bem como a convivência social, através de oficinas, atividades (pedagógicas, de promoção à saúde, esportivas, culturais e assistenciais) e construção de projetos coletivos”.⁸⁷

Os projetos desenvolvidos no RS são: “Conquista de cidadania: como se constrói a participação?”, “Gestão de Medicamentos com moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos” e “O Agente Comunitário de Saúde como força motriz da desinstitucionalização”. O primeiro se situa no eixo “Práticas cidadãs” e é desenvolvido pela usuária do CAPS de Novo Hamburgo/RS, Sandra Hoff, juntamente com outros usuários, estudantes e trabalhadores da saúde mental. A pesquisa visa por meio de um grupo de intervenção do Guia GAM dentro do CAPS de Novo Hamburgo construir um espaço de reflexão e discussão coletiva da autonomia, da cidadania e participação dos usuários em seu tratamento almejando uma melhor qualidade de vida. O segundo projeto tem por objetivo investigar a gestão dos medicamentos em um SRT de Porto Alegre/RS e outro de Viamão/RS e, a partir disso, “sensibilização dos sujeitos quanto à relação existente entre a medicação e o exercício do protagonismo”.⁸⁸

Todos estes projetos de pesquisa desenvolvidos no âmbito da ARUCI-SMC, bem como a forma participativa que a própria aliança se estrutura

⁸⁷ Vide <http://www.aruci-smc.org/pt/projetos/as-praticas-cidadas-eixo-3/the-rescue-of-citizenship-through-intersectoral-and-popular-participation/>.

⁸⁸ Vide <http://www.aruci-smc.org/pt/projetos/as-politicas-servicos-e-praticas-de-saude-mental-eixo-2/medication-management-with-residents/> .

e funciona, nos permitem pressupor que resultarão em benefícios para a sociedade como um todo.

Podemos apontar como resultados destes dois anos e meio que a pesquisa Saúde Mental e Cidadania tem se desenvolvido: a ampliação da participação dos usuários no contexto da pesquisa e dentro dos serviços, a tomada de consciência por parte dos trabalhadores da visão dos usuários e uma mudança na perspectiva da Academia quanto ao problema enfrentado pelas pessoas em sofrimento psíquico.

O cenário das políticas e práticas apresenta algumas diferenças entre os dois países como, por exemplo, na questão da participação do usuário no processo do tratamento e na luta política. Sabemos que no Canadá existe uma tradição de participação comunitária bastante estruturada, que se traduz num usuário com maior empoderamento e autonomia, existindo diversos serviços de saúde mental que são concebidos e gerenciados pelo movimento comunitário. Por este motivo, também as pesquisas e intervenções estão sendo realizadas nos organismos comunitários (sociedade civil), diferentemente do Brasil, onde a rede pública está mais presente. As experiências comunitárias brasileiras (associações de usuários e familiares de saúde mental) existem, mas encontram-se ainda muito dispersas e incipientes. O intercâmbio entre as duas experiências tem sido muito enriquecedor e tem produzido alguns efeitos de empoderamento

Por outro lado, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica propiciou uma crítica mais radical ao modelo manicomial, propondo a extinção progressiva dos manicômios, com a concomitante implantação de uma rede substitutiva de serviços de saúde mental, ao contrário do modelo canadense, que convive ainda com os hospitais psiquiátricos.

A inserção do usuário dentro da pesquisa GAM possibilitou uma maior autonomia e independência do mesmo quanto ao seu tratamento e a discussão do mesmo com o seu médico e com a equipe multiprofissional dos CAPS, bem como também possibilitou se relacionar melhor com a família. Isso

pode ser evidenciado pelo relato⁸⁹ produzido pela usuária Sandra Hoff quando da escrita do relatório de pesquisa:

Não saberia falar de mim, sem falar do Gam. A pesquisa tornou-se ainda mais participativa, com ela minha vontade de criar, veio com mais força, a escrita voltou a fazer parte dos meus dias, e agora de minha vida. O Gam trouxe de volta o equilíbrio que tanto procurava. Com ele, redescobri minha autonomia e cidadania.

Esse processo de empoderamento dos usuários a partir do conhecimento dos seus direitos, do reconhecimento da sua voz dentro dos serviços e da universidade, bem como o modo como os trabalhadores dos CAPS os encaram após adentrarem na pesquisa GAM e na pesquisa de avaliação em saúde mental, possibilitou um aumento na sua auto-estima e uma melhora crescente na qualidade de vida.

A aproximação do usuário da saúde mental da academia permitiu um entendimento melhor por parte desta do problema sofrido por eles e também uma inovação trazida por esta pesquisa é o artigo que os usuários participantes estão produzindo em conjunto com alguns pesquisadores. É a voz dos sujeitos da pesquisa dentro da pesquisa. A partir daí, será possível o diálogo destas pessoas com a comunidade científica e assim a produção do conhecimento ficará mais atrelada à realidade, mais factual.

A pesquisa participativa permitiu também ao usuário ser ouvido, poder falar sobre seu cotidiano, sobre a medicação, seu problema, a relação com o médico, com a sociedade e também suas críticas para com o seu tratamento, os impactos da medicação na sua vida. A pesquisa proporcionou que os usuários saíssem do silêncio e colocassem para fora suas incertezas, suas esperanças, enfim, proporcionou ao usuário ser ouvido e, principalmente, a falar, a expor suas idéias, suas aflições. E permitiu também que os mesmos integrantes pudessem aprender com isso.

⁸⁹ Vide Anexo A.

Faz-se necessário pontuar que o projeto ARUCI-SMC no Brasil visa favorecer a estruturação de alguns grupos de pesquisa universitários que são contra-hegemônicos nos meios universitários. Da mesma forma, apoiar grupos de usuários que participam da criação de organizações comunitárias.

A relação entre pesquisadores, organizações comunitárias e os demais parceiros incluindo os usuários e a maneira como se desenha a Aliança, propicia que esta aproximação dos diversos atores seja mais efetiva e aprofundada. Na grande maioria das atividades, há representação de todos os envolvidos e um incentivo para que expressem suas opiniões. As reuniões multicêntricas nas quais os diversos campos se encontram são momentos ricos de trocas pessoais, regionais e institucionais.

Outro resultado do trabalho foi a aproximação da universidade e dos Grupos de Pesquisa aos “campos” de pesquisa. A maneira como foi estruturado o projeto produziu uma série de condições que aproximaram os usuários, os trabalhadores dos serviços de saúde mental, os alunos e os pesquisadores. Houve movimentos nas duas direções, tanto de saída da universidade para vivenciar os serviços e associações comunitárias, quanto a vinda de usuários e profissionais para a universidade.

A criação do web site bilíngüe da ARUCI-SMC propiciou uma maior interlocução entre os dois países e também é uma forma de divulgação e difusão das práticas, das pesquisas, enfim, do trabalho desenvolvido por esta parceria Brasil-Canadá em Saúde Mental e Cidadania.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos que considerar que o Brasil possui além de uma população três vezes maior que a do Canadá, um histórico de desigualdade social, o que torna a gestão pública brasileira muito mais desafiante e de difícil execução. Também a implantação do sistema universal de saúde e a própria reforma na saúde mental brasileira são mais recentes e por isso temos que dar o tempo necessário para que elas enquanto processos possam se consolidar.

O convênio Unicamp-Canadá tem se mostrado um aprendizado de como realizar a gestão pública da saúde mental, na qual os usuários sejam sujeitos e não mais fadados à exclusão.

Este tipo de interação entre universidade e comunidade tem propiciado o fortalecimento das ações comunitárias, a instrumentalização e capacitação dos usuários e um incentivo à participação dos mesmos, enquanto cidadãos e atores sociais, através de projetos que almejam troca e valorização do conhecimento dos mesmos. Ao mesmo tempo, permite aos representantes da universidade um enorme aprendizado a partir também de toda experiência e conhecimento trazido pelos usuários. Neste sentido, acreditamos que este conhecimento produzido coletivamente, a partir de tensões e consensos, concordâncias e discordâncias, tem gerado a possibilidade de produção de um conhecimento compartilhado que também tem potencial de ser aplicado em outras regiões do Brasil e até internacionalmente em parceria com países como Canadá.

Percebe-se pelo “andar da carruagem” uma grande apropriação de poder por parte dos usuários e assim, uma conquista de cidadania a partir do momento em que conseguem se colocar perante as pessoas e lutar por seus direitos, levando assim a uma melhor qualidade de vida. Isso também pode ser evidenciado pelo aumento na participação dos usuários nas instâncias de tratamento, na família e também na academia, bem como nos eventos de relevância e de debate sobre saúde mental.

A participação do usuário possibilitou não só aos trabalhadores, mas também aos pesquisadores e estudantes das universidades enxergarem e ouvirem a experiência do usuário, tornando a pesquisa participativa e qualificando-a como mais próxima da realidade das pessoas que vivem em sofrimento psíquico (o sujeito da pesquisa) e trazendo isso para o âmbito acadêmico que muitas vezes está distante do seu objeto de pesquisa.

A inovação e o ponto principal desta pesquisa não é só o pesquisar *sobre* a saúde mental, mas o pesquisar *com* – com quem sofre, com quem experienciou uma internação psiquiátrica, com quem sente na pele a exclusão e o estigma da doença mental. Essa experiência de pesquisar e produzir conhecimento juntos faz com que reconheçamos que o conhecimento científico pode ser gerado não só pela academia, como também pelos que se encontram fora dela e que trazem consigo uma bagagem de vivências que os acadêmicos sozinhos não poderiam dar conta. É o trazê-los para dentro da universidade e, assim, a universidade dá a sua contribuição de volta à sociedade.

Esta iniciativa de financiamento de uma parceria da universidade com a comunidade nos mostra a importância que ela tem para a gestão pública de saúde mental brasileira, na medida em que, conforme afirma David O'Brien, “o fortalecimento da pesquisa baseada na comunidade em informar as políticas públicas deriva da sua habilidade de analisar/sintetizar as experiências do mundo real e as perspectivas dos cidadãos”.

Desse modo, pesquisas como a propiciada pelo convênio internacional estudado podem resultar em mudanças nas políticas de governo e nas práticas das organizações. Contudo, mesmo que isso não acontecesse, como bem sintetiza David O'Brien, “um processo de pesquisa que facilite a reflexão crítica sobre o *status quo* ou sobre um novo programa pode ser um processo muito ‘empoderador’”. Ele ainda sugere que “colaborações internacionais que reúnam pesquisadores e parceiros não-acadêmicos são uma maneira ideal de comparar política pública e identificar oportunidades para mudança”.

Dessa forma, espera-se com este trabalho apontar a importância do estabelecimento de parcerias entre universidades-comunidades, bem como entre países e realidades diferentes, para a construção do saber voltado à cidadania, à participação social, à autonomia e que contribua para o aprimoramento das práticas e políticas públicas de saúde mental no Brasil.

6. REFERÊNCIAS

ALIANÇA INTERNACIONAL DE PESQUISA UNIVERSIDADES-COMUNIDADES: SAÚDE MENTAL E CIDADANIA (ARUCI-SMC). Disponível em: <http://www.aruci-smc.org/fr/> (francês) e <http://www.aruci-smc.org/pt/> (português).

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

BARRRIO, Lourdes Rodríguez Del; PERRON, Nadine; OUELLETTE, Jean-Nicholas. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, Rosana; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. 2008. p. 465.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>.

BRASIL. LEI FEDERAL nº 10.216, de 06/04/2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005, 56p. Disponível em: http://bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p. Disponível em: http://bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 7, Edição*

Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>

CAMBUY, Karine. *Experiências comunitárias em saúde mental: repensando a clínica psicológica no SUS.* 2010. 323f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2010.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90).* 4ed.rev.e atual. Campinas: Editora da UNICAMP, 2006.

CHAUÍ, Marilena de Souza. *Escritos sobre a universidade.* São Paulo. Editora UNESP, 2001.

CONILL, Eleonor Minho. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out-dez, 2000.

_____. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). Diretórios dos Grupos de Pesquisa no Brasil. *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces.* Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0079406OSL9FN7>.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: http://www.paho.org/hr-ecourse-p/assets/pdf/Module1/Lesson1/M1_L1_3.pdf

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIAS SOBRINHO, José. O sentido ético da avaliação. In: *A universidade na encruzilhada. Seminário Universidade: por que e como reformar?* Brasília, 6-7 ago. 2003. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Educação, 2003.

_____. Educação superior, globalização e democratização. Qual universidade? *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 28, Abril 2005.

FERNANDES, Bernardo Mançano. Extensão, parceria, cidadania: o trilema da autonomia na captação de recursos para realização de políticas públicas. *Anais do 2º Congresso de Extensão Universitária da Unesp*. Bauru: UNESP, 2002.

GRUPO DE PESQUISA *Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces*. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/index.php

INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE (IDRC). Disponível em: <http://www.idrc.ca>.

KODA, Mirna. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*. 2002. 195f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. IN: CAMPOS, Gastão Wagner [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

MATIAS-PEREIRA, José. *Manual de gestão pública contemporânea*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINGUILI, Maria da Glória; CHAVES, Adriana Josefa; FORESTI, Miriam Celi Pimentel Porto. *Universidade brasileira: visão histórica e papel social*. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/oep/Eixo%201%20-%20Tema%201.pdf>

ONOCKO CAMPOS, Rosana T. Vertentes analíticas em pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. Rio de Janeiro: *Physis*. (no prelo).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atlas Saúde Mental 2011. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2011/mental_health_17102011/en/

OTANARI, Thaís Mikie de Carvalho. *Compartilhando olhares: a participação de usuários da saúde mental em uma experiência de produção de conhecimentos*. Projeto de doutorado em andamento na *Université de Montréal*. 2011.

PACHECO, Maria Inez Pagnosi. A sociedade civil em parceria com a universidade. In: SANTOS, Gislene Aparecida dos (org.). *Universidade, formação, cidadania*. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTANA, Raquel Santos. O Desafio de Extensão Comprometida com a Realidade Social. *Anais do 2º Congresso de Extensão Universitária da Unesp*. Bauru: UNESP, 2002.

SOCIAL SCIENCE AND HUMANITIES RESEARCH COUNCIL OF CANADA/ CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA. Disponível em: <http://www.sshrc-crsh.gc.ca/>.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TURATO, Egberto Ribeiro. Conceitos de Pesquisa Qualitativa em Saúde Mental. In: BARROS, Nelson Filice; CECATTI, José Guilherme; TURATO, Egberto Ribeiro. *Pesquisa Qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas: FCM, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

APÊNDICE

ENTREVISTA REALIZADA COM DAVID O'BRIEN* EM 30 DE NOVEMBRO DE 2011

1- How the International Community-Universities Research Alliance was born? What does ICURA aim? Please tell us about this partnership between the IDRC and the SSHRC.

O'Brien: The ICURA program is a partnership between the International Development Research Centre and the Social Sciences and Humanities Research Council. IDRC and SSHRC have similar objectives as research funding organizations, but we have different sources of funding within the Canadian government. IDRC is a Crown Corporation and we receive our funds from the Canadian Parliament, whereas SSHRC is an agency that reports to Industry Canada (a government department). Another difference is that IDRC has an international mandate to support research and research capacity in low and middle income countries. IDRC does not have a mandate to support research in Canada. Like the CNPq in Brazil, SSHRC funds researchers working at universities within the country.

While IDRC and SSHRC have different origins, geographical mandates, and funding, both organizations realize that there are opportunities to work together. Since IDRC began in the 1970s, we have been funding 'action-research' or 'community-based research', which was a radical departure from the mainstream approach of research funding in North America which emphasized expert-led or laboratory-based science that was isolated from social issues of the time. In 1990, the SSHRC launched a new program called the Community-University Research Alliance program, which provided explicit support for action-research, or community-based research. However, it was not until 2000 did the two organizations begin to rethink how they operated and why they never collaborated. For IDRC, there emerged an interest in global issues and connecting researchers where ever they may be working/living in order to connect researchers on issues of common interest. For SSHRC, Canadian university researchers were increasingly interacting with scholars around the world and they wanted Canadian funding agencies to provide opportunities to fund international collaborations.

In 2005, IDRC and SSHRC started a deliberate conversation on opportunities for collaboration. In 2007, we agreed in principle that our interests could be furthered by collaborating on an international version of the CURA program. SSHRC was funding CURA research in Canada and that model was identical to the community-based research that IDRC had been supporting since the 1970s. Combined with the mutual recognition that issues affecting communities (health, environmental, economic) are influenced by national and international trends and forces, we agreed to support an international version of the CURA program that would allow research and community partners to collaborate together on issues of mutual interest.

As the ICURA program description explained, IDRC and SSHRC were interested in funding research where Canadians and their international partners would combine their interests and experiences to address issues of common concern to community partners involved in the project.

Operationally, the research competition was launched in 2009 and both SSHRC and IDRC are involved in the funding and support of the selected projects. As

per our mandates, IDRC is supporting team members outside of Canada and SSHRC is funding Canadian participation.

2- What do you think that motivated the choice of the Mental Health and Citizenship project, coordinated by Prof. Rosana Onocko Campos in Brazil and by Prof. Lourdes Rodriguez Del Barrio in Canada to be chosen among many other projects?

O'Brien: The Mental Health and Citizenship proposal was selected because the selection committee felt the applicants made a strong case why the project was important. Furthermore, the committee agreed with the applicants that both Brazil and Canada had useful lessons to share in the reform of mental health care. This was an important consideration in the selection process because the ICURA program wanted to promote the two way flow of experiences and learning to and from Canada. The reviewers of the Mental Health and Citizenship project felt Brazil offered lessons for Canada and Canada offered lessons for Brazil. Finally, the selection committee felt the team was appropriate and the research program was exciting and feasible.

3- How do you think that this international convention can contribute to the mental health public management in Brazil?

O'Brien: All too often social policy is proposed and agreed to by individuals who are not the clients of social services. I think the strengthen of community-based research in informing public policy stems from its ability to analyze / synthesize real world experiences and perspectives of citizens on a given topic. Even if the research does not lead to changes in government policy or organizational practices, a research process that facilitates critical reflection on the status quo or new program can be a very empowering process. Where I think this international convention has an opportunity to influence change stems from the fact that researchers in Brazil and Canada have an opportunity to examine different approaches in mental health care. It is one thing for research to propose a change in mental health care based on analysis of the current system but it does add credibility to the research if the findings are based on analysis or comparative analysis of experiences elsewhere. For example, there has been considerable debate in Canada on how municipal governments prioritize their spending. Critics argue that the budgeting process is not open to public participation. I think the real move to opening municipal budget processes to public participation occurred because people around the world began to learn about participating budgeting in Brazil. When municipal government officials were told that their Brazilian counterparts were experimenting with a novel process and that it resulted in better outcomes and ownership, governments outside of Brazil began to take participatory budgeting seriously. I think you can find numerous other examples where innovative social experiments / social policies are developed in one place and taken up in another place. I would suggest that international collaborations bringing researchers and non-academic partners together are an ideal way to compare public policy and identify opportunities for change.

4- How do you see the role of university in society?

O`Brien: *I like how this question is worded: university in society. Public universities are funded by citizens and there should be a direct contribution back to society. Much has been made about the importance of academic independence, university autonomy and the threat to the advancement of science when the line separating universities from political society become blurred. I do sympathize with this position. At the same time, however, I am concerned for the long-run public support for universities when universities make little effort to be creative contributors to the social, economic and political life of their countries.*

*David O`Brien é especialista sênior do IDRC e acompanha as pesquisas do programa ARUCI.

ANEXO A

RELATO DA USUÁRIA SANDRA HOFF

Gam / Aruc

O começo de tudo...

O grupo de intervenção

Foi onde começamos à trabalhar com o guia Gam (Gestão Autônoma de Medicamentos). Com ele aprendemos que poderíamos sermos incluídos nas decisões sobre nosso tratamento medicamentoso. Negociando com o médico (em diminuir, reduzir), e também saber com quem poderíamos contar em nossos momentos de crise. Em nossas reuniões podemos constatar que toda medicação tomada tem seus efeitos colaterais, e a partir destas informações, a cada consulta com nosso médico, esclarecíamos nossas dúvidas, pois até então, tínhamos medo de falar. Com o passar do tempo nossa auto-estima e confiança foram dando um “chega pra lá” no medo e foi dando espaço para nossa autonomia conquistar nosso propósito de alcançarmos uma melhor qualidade de vida.

O Estudo do Gam

Foi um instrumento que mostrou-nos que em nossas vidas não é só o remédio que vai ajudar-nos. Todos nós temos algo que gostamos de fazer. Cada um tem seu momento. O que não podemos e desistir. Estas frases tem tudo a ver com a história de uma usuária chamada Beta. Ela com tantas barreiras encontradas em sua vida, misturando realidades com delírios, não perdera

totalmente a lucidez. Mas contudo, fora várias vezes internada, e quando acontecia isso, ela ajudava seus colegas (quando estava bem) ,participando das terapias ocupacionais. O tempo passou e hoje ela procura dar continuidade em sua vida, dentro da consciência no seu dia- a –dia. Sabemos que tem alguns de nós que tem limitações, mas dentro delas, muitos tem dons, basta descobri-los e trazê- los de de volta para a vida. Coordenar o estudo do Gam, levou- me pôr um caminho, onde junto com meus colegas usuários, debatíamos sobre diversos assuntos onde alguns ficavam tristes, outros riam. Cada caso era uma constante de surpresas, de emoções contidas, de lembranças de um passado que, as vezes, não queria passar mas também havia o presente, que começava dar sinais, que nem tudo estava perdido. Gostaria de ressaltar que todos os usuários leram trechos da história de Beta. Alguns de nós, identificaram- se com ela. Foi um grande conhecimento para ambos.

As Multicêntricas

Foi uma conquista para nós usuários, termos acompanhados e participado na construção do novo guia Gam. Ali todos estavam com o mesmo objetivo : de levar melhores informações para termos uma melhor qualidade de vida. O fato que emocionou-me muito foi saber que a pesquisa era feita para usuários. Mas olhando todos, pesquisadores, trabalhadores e usuários juntos formando uma só parceria com RS – Campinas – Rio de Janeiro – Fortaleza fez-me refletir que a pesquisa já fez grandes progressos, pois a cada encontro saímos com mais saberes e mais força para que num futuro não tão distante, poderíamos avançar para outros estados. Pois cada vez o uso de psicotrópicos é maior.

As Vídeos – Conferências

Brasil e Canadá. Dois países unidos construindo novas práticas, novos saberes, para que o uso de psicotrópicos seja usado cada vez menos. Quando participei da primeira vídeo-conferência, foi uma experiência muito rica que jamais esquecerei. Depois vieram as outras, onde nós usuários do Brasil fazíamos perguntas para o Canadá e podíamos ter a noção que eles também tinham uma grande parceria conosco. Os usuários do Canadá tem um “carisma” muito grande. Quando estamos conversando sempre aprendo algo de muito forte, que no final de cada encontro levarei como um grande conhecimento e de que como dois países conseguem ao longo desses anos criar e desenvolver métodos e práticas para que nossas expectativas de vida que sejam cada vez maiores em relação ao uso cada vez menor de psicotrópicos.

Comitê Cidadão de Usuários

São encontros para que possamos ampliar (junto com outro colegas de outros estados), construir novas formas de construir projetos, visando o bem estar e dando autonomia para que juntos, com idéias, novas práticas, poderemos formar uma rede, onde todos poderão participar para poder concretizar atos em benefício para uma sociedade melhor.

Construção do Artigo - Usuários e Pesquisadores

Usuários e profissionais juntos, escrevendo artigos desenvolvidos, sobre temas da pesquisa, onde relatos são experiências de vida de cada um.

É muito gratificante porque torna-se um debate, onde através da escrita, nos conhecemos melhor, e conseguimos falar sem medos o que nos afeta, que às vezes, é o próprio medo que não nos deixa falar em outras ocasiões.

O Moderador

Aprovado o projeto, o guia esta de mais fácil entendimento.

Suas perguntas estão levando-nos á debates, onde a cada encontro o grupo une-se mais. Percebo o quanto a medicação afeta a vida de alguns, chegando, muitas vezes, alguns ficarem mais calados porque não sentem-se bem. Falam de suas vidas dentro e fora do Caps, da relação com a família e amigos. Todos que participam do das reuniões do Guia do Moderador querem de volta sua auto estima e confiança para retornarem á viver na

sociedade como cidadãos. Querem recomeçar suas vidas levando uma “bagagem “ de auto-conhecimento.

Concluindo...

Não saberia falar de mim, sem falar do Gam. A pesquisa tornou-se ainda mais participativa, com ela minha vontade de criar, veio com mais força, a escrita voltou a fazer parte dos meus dias, e agora de minha vida . O Gam trouxe de volta o equilíbrio que tanto procurava. Com ele, redescobri minha autonomia e cidadania.

Consegui reduzir minha medicação. Atualmente faço diversas atividades dentro do Caps. Temos um grupo de usuários (assim como o moderador), que reúnem-se semanalmente. Este grupo chama-se Ação de Usuários, que é coletiva. Ali resolvemos vários assuntos referente a saúde mental, infra estrutura do ambiente, falta de passagens, programamos passeios garantindo assim uma qualidade de vida melhor para todos. O importante é ver que meus colegas estão juntos, apoiando-me, e quando necessário, lutando pelas necessidades que vão surgindo dentro do Caps. E é assim, com essa união e muita força de vontade, que quase sempre, conseguimos resolver coisas importantes dentro do nosso cotidiano.

Sandra M. S. Hoff

Usuária do Caps-Centro de N.H.-RS e Pesquisadora

Novo Hamburgo, 03 de outubro de 2011.

ANEXO B

CONVÊNIO UNICAMP E UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE
A UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (UdeM)
E A UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP)**

Pelo presente convênio, de um lado, a **Université de Montréal**, adiante denominada "UdeM", sediada na Alameda Édouard-Montpefit, 2900, Montreal, Canadá, aqui representada pelo Magnífico Reitor, **Prof. Dr. Guy Breton**, e, de outro lado, a **Universidade Estadual de Campinas**, adiante denominada "UNICAMP", com sede na Avenida Roxo Moreira S/N, Barão Geraldo, Campinas, Brasil, neste ato representado pelo Magnífico Reitor, **Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa**, têm entre si justo e acertado o que segue, de acordo com as cláusulas e condições abaixo:

Artigo 1 – OBJETO

Este Convênio tem por objetivo desenvolver e consolidar atividades de pesquisa e de formação entre a UdeM e a UNICAMP, atingindo os seus objetivos, particularmente no marco do projeto de Aliança Internacional de pesquisa universidades-comunidades (ARUC Internacional) em saúde mental e cidadania, coordenado pela UdeM no Canadá e pela UNICAMP no Brasil.

Artigo 2 – COMUNICAÇÕES

As duas partes concordam em trocar informações, desenvolver, reciprocamente, a área acadêmica, cultural e administrativa, apoiar as trocas de publicações e outras ações de interesse.

As duas partes concordam em se comunicar, quando necessário, a fim de avaliar o desenvolvimento das ações de ensino e de pesquisa, e de apresentar o resultado das ações cumpridas ou em curso.

Artigo 3 – COOPERAÇÃO

O Convênio tem por objetivo favorecer a colaboração em três ações. As duas universidades se propõem de:

- a) desenvolver projetos de pesquisa em conjunto;
- b) intercambiar docentes;
- c) intercambiar estudantes.

Artigo 4 – ATIVIDADES DE PESQUISA EM CONJUNTO

As partes se comprometem a desenvolver atividades de pesquisa em conjunto em setores de interesse comum, entre outras nas áreas ligadas a ARUC Internacional em saúde mental e cidadania, tais como serviço social, psicologia, sociologia, enfermagem, medicina social e preventiva e saúde pública.



Artigo 5 – INTERCÂMBIO DE DOCENTES-PESQUISADORES

As duas partes se comprometem, conforme as regras em vigor:

- o intercâmbio de docentes por período de até um semestre acadêmico;
- uma participação conjunta em congressos, colóquios e estágios organizados por uma das universidades.

Artigo 6 – MODALIDADES DO PROGRAMA DE INTERCÂMBIO DE ESTUDANTES

Todo candidato admitido por uma ou outra instituição com o objetivo de seguir um programa de estudos devidamente autorizado, deve cumprir as seguintes condições:

- ter cumprido o equivalente a pelo menos um ano acadêmico de estudos em tempo integral, no curso matriculado na instituição de origem e se manter matriculado nesse mesmo curso durante a sua permanência na instituição receptora;
- possuir um excelente desempenho acadêmico;
- cumprir as exigências particulares impostas pelas instituições de origem e receptora.

O candidato aceito ao programa de intercâmbio:

- permanece inscrito em tempo integral e isento de taxas acadêmicas na universidade de origem. As instituições participantes se comprometem a não exigir o pagamento de taxas acadêmicas aos estudantes que elas recebem;
- se compromete a estudar em tempo integral durante pelo menos um semestre e não mais do que um ano acadêmico na instituição receptora, no programa de estudos aprovado pela instituição de origem;
- assume:
 - a) as taxas exigidas pela instituição receptora (taxas administrativas, pelas atividades estudantis e pelo seguro saúde) que serão conhecidos antecipadamente. O estudante estrangeiro na Udem é automaticamente inscrito em um regime coletivo de seguro médico, sendo sua inscrição obrigatória;
 - b) as despesas de transporte e estada (acomodação e alimentação) correrão por conta dele mesmo e das pessoas sob a responsabilidade dele;
- beneficia-se de programas de ajuda financeira eventualmente existentes, aos quais são contemplados na instituição de origem.

A instituição receptora fornecerá aos estudantes de intercâmbio um atestado acadêmico que lhe permitirá validar os créditos junto à instituição de origem.

Artigo 7 – SUPORTE FINANCEIRO

Os acordos financeiros relativos à realização dos projetos serão estabelecidos por meio



de consulta entre as duas universidades, em cada programa de cooperação.

As duas universidades se comprometem, para a realização das atividades de cooperação, a envidar esforços junto às agências de fomento.

Todo recurso financeiro acordado para atividades de cooperação será administrado pela instituição que o solicitou.

Artigo 8 – MODIFICAÇÕES

Durante sua vigência, o presente Convênio poderá ser modificado, de comum acordo, por qualquer das partes. As modificações estarão vigentes na data fixada pelas duas instituições.

Artigo 9 – VIGÊNCIA DO CONVÊNIO

O presente Convênio vigorará pelo prazo de cinco (5) anos, a partir da data em que for assinado pelas autoridades das instituições. Ele poderá ser reeditado por um mesmo período com a concordância das duas instituições, mediante o estabelecimento de um novo Acordo de Cooperação ou de um Convênio Específico. Cada parte poderá propor, mediante comunicação expressa, com antecedência de seis (6) meses, a modificação ou o término do convênio.

Artigo 10 – RESOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS

Para dirimir dúvidas que possam ser suscitadas na execução e interpretação do presente Convênio, as partes envidarão esforços na busca de uma solução consensual. Não sendo possível, as convenientes indicarão, de comum acordo, um terceiro, pessoa física, para atuar como mediador.

E por estarem assim justas e acordadas, as partes assinam o presente termo em duas (2) vias de cada versão, em Francês e em Português, de igual teor e para um só efeito.

Montreal, 10 septembre 2010

Campinas, 06 JUL. 2010



~~Prof. Dr. Luc Vinet~~ Dr. Guy Breton
Reitor
Université de Montréal
Campinas



Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa
Reitor
Universidade Estadual de



ANEXO C

**TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO UNICAMP E
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**



UNICAMP

Fis. Nº ~~39~~
Proc. Nº ~~02-2-29542/09~~
Rubrica ~~[assinatura]~~

Fis. 40
Processo 02-2-29542-09
Rubrica [assinatura]

TERMO ADITIVO Nº1 AO ACORDO DE COOPERAÇÃO ENTRE A UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (BRASIL) E A UNIVERSIDADE DE MONTREAL(CANADA)

A Universidade Estadual de Campinas, Brasil, representada pelo seu Reitor, Professor Doutor Fernando Ferreira Costa, e a Universidade de Montreal, Canadá, representada pelo seu Reitor, Prof. Dr. Guy Breton, resolvem firmar o presente termo aditivo ao acordo de cooperação celebrado entre as partes, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA 1

As duas instituições convenientes declaram a intenção de colaborar na área de Saúde Mental e cidadania., por meio da organização de um programa acadêmico que inclui os seguintes projetos e/ou atividades relacionados ao Projeto de Aliança Internacional de pesquisa universidades-comunidades (ARUC Internacional).
O Convênio tem por objetivo favorecer a colaboração em três ações.

- a) desenvolver projetos de pesquisa em conjunto;
- b) intercambiar docentes;
- c) intercambiar estudantes.

O projeto produzirá resultados nas seguintes áreas: avanço do conhecimento, da formação e da inovação social.

- Vertente pesquisa – As questões de pesquisa que orientarão os projetos se articularão em torno de três eixos:
 - 1- As realidades das pessoas com graves problemas de Saúde Mental na comunidade (condições de vida, experiência, estratégias);
 - 2- Transformação das políticas, serviços e práticas;
 - 3- As práticas cidadãs.

A determinação de projetos de pesquisa comparativos (Brasil-Canadá) articulados aos diversos eixos que permitirão também estruturar a meta-análise e a identificação dos projetos de pesquisa que sejam de interesse de diversos pesquisadores e parceiros vinculados a um ou outro eixo.

- Vertente formação
 - 1- Formação de novos pesquisadores e profissionais que contribuam para qualificar os serviços e as práticas na comunidade.
 - 2- Formação de interventores e usuários para a pesquisa.
 - 3- Troca de saberes e práticas entre atores.
- Vertente Inovação social
 - 1- Elaboração de novas práticas de intervenção e de transformação no interior dos organismos locais, regionais e nacionais.





Fis. Nº 40
Proc. Nº 02-2-29542/09
Rubrica

Fis. 41
Processo 021-29542-09
Rubrica

- 2- Elaboração de mecanismos para apoiar os usuários em sua participação nas práticas, nas instâncias decisórias e nas suas ações sociais e políticas

CLÁUSULA 2

Para a concretização do presente termo aditivo, as instituições convenientes comprometem-se a envidar esforços para captação dos recursos financeiros externos necessários para a sua execução.

CLÁUSULA 3

O presente termo aditivo vigorará pelo período de 5 (cinco) anos, contados da data de sua assinatura.

Qualquer alteração ou revisão do presente termo aditivo será efetuada mediante acordo formal a ser celebrado entre as partes.

CLÁUSULA 4

As partes convenientes ratificam todas as demais disposições do acordo de cooperação, desde que não tenham sido expressamente alteradas pelo presente termo aditivo.

E, por estarem justas e acordadas, firmam o presente termo aditivo em duas cópias de igual teor e forma, nas versões em português e francês.

Data: 06 JUL. 2010

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa
Reitor
Universidade Estadual de Campinas

Data:

~~Prof. Dr. Guy Breton~~ **Dr. Guy Breton**
Reitor
Universidade de Montreal



ANEXO D
CONVÊNIO UNICAMP E IDRC

No. 21
 Date: 02/10/10
 [Signature]

Memorandum of Grant Conditions

Please find enclosed the Centre's grant agreement (MGC). Before returning the MGC to the Centre, kindly ensure you have:

- READ CAREFULLY ALL SECTIONS;
- SIGNED THE MGC ON THE LAST PAGE;
- COMPLETED THE BANKING INFORMATION FORM (IF YOU ARE BASED OUTSIDE CANADA) — FAILURE TO DO SO OR TO PROVIDE ACCURATE INFORMATION WILL RESULT IN GRANT PAYMENT DELAYS;
- ENSURED ALL RESEARCH TEAM MEMBERS, AS WELL AS YOUR FINANCIAL AND ADMINISTRATIVE STAFF ARE INFORMED OF YOUR INSTITUTION'S OBLIGATIONS WITH RESPECT TO THIS MGC.

We thank you very much for your kind collaboration in providing all the requisite information.

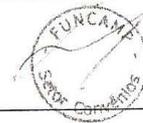
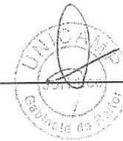
Table of contents

1. Project Objectives 2. Recipient 3. Project Leader 4. Contacts 5. Availability of Centre Funds and Term 6. Amendment	Attachment A – Additional Terms and Conditions of the Grant A1. Definitions A2. No Legal Partnership A3. Right of Deduction A4. Ethical Standards A5. Goods, Vehicles and Equipment A6. Dissemination of Results A7. Intellectual Property Rights A8. IDRC Logos A9. Disclaimers A10. Indemnification A11. Project Budget A12. Grant Administration A13. Payments and Financial Reports A14. Allowable Expenses A15. Centre Review A16. Environment A17. Compliance with Anti-Terrorism Principles A18. Anti-Corruption A19. Return of Centre Funds A20. Visits to Project	A21. Calls for Proposals A22. Transmission of Medical or Other Confidential Information A23. Wild Plants A24. Compliance with National Laws A25. Governing Law and Arbitration A26. Sub-contractors A27. Non-Assignment A28. Notices A29. Non-Compliance A30. Termination A31. Non-Waiver A32. Language A33. Counterparts A34. Survival A35. Roles and Responsibilities Attachment B – Schedule of Project Milestones Attachment C – Project Budget Attachment D – Banking Information Form
---	---	---

MGC200801E

Head Office / Siège : PO Box / BP 8500, Ottawa, ON, Canada K1G 3H9
 (150 Kent Street, Constitution Square / 150, rue Kent, Complexe Constitution Square)
 Phone / Tél. : 613-236-6163 Fax / Téléc. : 613-238-7230

Regional Offices / Bureaux régionaux : Cairo / Le Caire • Dakar • Montevideo • Nairobi • New Delhi • Singapore / Singapour



www.idrc.ca www.crdi.ca

Canada

Memorandum of Grant Conditions

The International Development Research Centre (hereinafter called *the Centre*) has approved a grant in an amount of up to 1,000,000 CAD to the

Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP - FUNCAMP
Campinas, Sao Paulo, Brazil

(hereinafter referred to as *the Recipient*)

to enable the Universidade Estadual de Campinas to undertake, in collaboration with the Université de Montréal, Canada, hereinafter referred to as *the Collaborating Institution*, the research Project entitled, Mental Health and Citizenship, described in Section 1 of this Memorandum (hereinafter the "Project").

The Recipient agrees that the payment of any funds under this Memorandum is subject to its compliance with the conditions set out herein, including those in Attachments A, B, and C — which form an integral part of this Memorandum.

1. Project Objectives

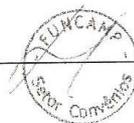
The overall objective of the Project is to investigate mental health service models in Brazil and Canada, and to utilize findings to inform related academic and policy debates, and training for health care providers and students.

The specific objectives of the Project are as follows:

- 1.1. **To develop an academic and professional alliance** among Canadian and Brazilian partners that supports and sustains research, training and knowledge exchange;
- 1.2. **To conduct research** into i) the realities of people living with mental health problems; ii) the institutional environment and organization of mental health services; and, iii) the processes and effects of participation by users in the public or community sector (e.g., associations of users of mental health services);
- 1.3. **To build capacity** by i) developing new curricula, ii) training new researchers, iii) educating users, and iv) supporting professional development that builds the skills and understanding on ways to improve services and the participation of users of mental health services; and
- 1.4. **To promote the exchange of knowledge and research findings** to strengthen community leadership, and inform policy options for how to improve mental health service provision.

2. Recipient

It is understood that all Centre Funds provided for the Project will be received and administered by the Recipient. The Recipient shall assume all the financial administration, reporting and other contractual obligations contained herein.



P/B N° 133
P/B N° 02 P/B 133/133
Rev.

3. Project Leader

The Project will be led by Rosana Teresa Onocko Campos, an employee or otherwise authorized representative of the Recipient. The Recipient shall consult with the Centre before making any change in leadership. It is a condition of this Memorandum that the Project Leader demonstrates the required scientific and administrative skills to pursue the objectives of this Memorandum successfully.

4. Contacts

4.1. For the Centre

The technical aspects of the Research Work, conducted under this Memorandum, will be monitored by Mr. David O'Brien, Program Officer. This designated officer will be in contact with the Project Leader (see Section 3). The Centre reserves the right to designate a new contact without amending this Memorandum.

The administrative aspects of the work will be under the responsibility of Ms. Louise de Margo, Grant Administrator.

The address of the above contact persons is

IDRC Research Partnerships Challenge Fund
International Development Research Centre
150 Kent Street, PO Box 8500
Ottawa, Ontario, K1G 3H9
Tel: 613-236-6163 ext. 2502
Fax: 613-234-7457
E-mail: dobrien@idrc.ca; ldemargo@idrc.ca

4.2. For the Recipient

Director Executivo
Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP
Campus Unicamp s/n, Barao Geraldo
Caixa Postal 6078
Campinas, Sao Paulo, Brazil CEP 13.083-970
Tel: 55 19 3521-2871
Fax: 55 19 3521-2862

5. Availability of Centre Funds and Term

Notwithstanding anything to the contrary contained in this Memorandum, the Centre's obligations herein are subject to sufficient funds being made available to the Centre by the Parliament of Canada during the Grant Duration, as defined herein.

The time for completion of the Research Work is 60 months from the Commencement Date (see definitions in Attachment A) ("Grant Duration"). The Centre Funds will therefore remain available to the Recipient during this period. Research expenses incurred by the Recipient outside the Grant



Duration will not be accepted by the Centre. For the purposes of this Memorandum, Research Work Completion Date shall be the last day of the Grant Duration (June 30, 2014).

For the purpose of this Memorandum, the Commencement Date shall be July 1, 2009 and the Contract Completion Date shall be 90 days from the Research Work Completion Date.

The Centre's offer will expire 90 days after the date of issue of this Memorandum. If the Centre does not receive a signed copy of this Memorandum within that time, the offer will be deemed to have expired, unless otherwise extended by the Centre in writing.

6. Amendment

This Memorandum may only be modified by a written amendment between the Centre and the Recipient.

In witness thereof, the Recipient accepts the terms and conditions of this Memorandum.


 Signed on behalf of the Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP - FUNCAMP

13/11/09
 Date

Jose Roberto Zan
 Signatory's name in block letters

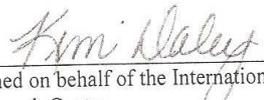
CEO Replacement
 Signatory's title


 Signed on behalf of the Universidade Estadual de Campinas

10/29/2009
 Date

Fernando Ferreira Costa
 Signatory's name in block letters

Rector
 Signatory's title


 Signed on behalf of the International Development Research Centre

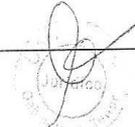
August 12, 2009
 Date

Kim Daley
 Signatory's name in block letters

Grant Administration Officer
 Signatory's title

- Encl. Attachment A – Additional Terms and Conditions of the Grant
 Attachment B – Schedule of Project Milestones
 Attachment C – Project Budget
 Attachment D – Banking Information Form

KD/lm



Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

135
P/C No. 02 P1849/10
JF

A1. Definitions

For the purpose of this Memorandum, the following definitions shall apply in addition to those definitions provided for in the main body of this Memorandum:

Centre Funds shall mean moneys set out in the Project Budget (Attachment C) which are provided or to be provided as the case may be, subject to the terms and conditions contained in this Memorandum.

Collaborative Project shall mean a project undertaken jointly by two or more recipients of the Centre (*Collaborating Institutions — preamble of this Memorandum where this applies*).

Commencement Date shall mean the date set out in Section 5 of this Memorandum.

Contract Completion Date shall mean the earlier of: a) the date specified in Section 5 of this Memorandum; b) the date on which all milestones, including final reports, are submitted to the Centre and final payments have been made by the Centre; or c) the Termination Date as defined herein.

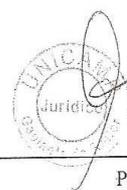
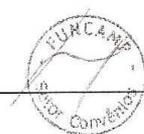
Grant Duration shall mean the number of months during which Centre Funds are available to the Recipient to carry out the Research Work, as defined in section 5 of this Memorandum.

Digital Library refers to the free, electronic, internet-based and publicly accessible archive hosted and maintained by the Centre containing, among other things, records of Project Outputs.

Intellectual Property means (i) all domestic and foreign patents and applications therefor and all reissues, divisions, continuations, renewals, extensions and continuations-in-part thereof; (ii) all patentable inventions, invention disclosures, improvements, trade secrets, proprietary information, know-how, technology, technical data, schematics and customer lists, and all documentation relating to any of the foregoing; (iii) all copyrights, copyright registrations and applications therefor, and all other rights corresponding thereto throughout the world; (iv) all designs and any registrations and applications therefor; (v) all trade names, corporate names, domain names, trade dress, logos, common law trademarks, trademark registrations and applications therefor; and (vi) all rights to sue for past, present and future infringements or misappropriations of any of the foregoing.

International Organization shall mean an organization founded by an agreement of state governments and having legal personality at international law.

Memorandum shall mean this Memorandum of Grant Conditions, which incorporates all Attachments appended to it.



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

Milestone or Milestones shall mean a significant event in the progress of the Project as outlined in Attachment B. Examples of Milestones include, but are not limited to, technical reports, financial reports, meetings, and workshops.

Project Invention shall mean (i) all domestic and foreign patents and applications therefor and all reissues, divisions, continuations, renewals, extensions and continuations-in-part thereof; (ii) all patentable inventions, invention disclosures, improvements, trade secrets, proprietary information, know-how, technology, technical data, schematics and customer lists, and all documentation relating to any of the foregoing; related to the Project, which the Recipient, its employees or Subcontractors may invent, conceive, produce or reduce to practice, either solely or jointly with others in pursuit of the Project objectives.

Project Outputs shall mean any and all research-related outputs and results of the Project and publications and reports produced in relation to the Project, submitted by the Recipient to the Centre in any form now existing or hereafter invented.

Project Phase shall mean a different project, which comprises Research Work closely related to the Research Work included in this Memorandum. The different projects, which constitute Project Phases, are documented under different Memoranda.

Property includes real and personal property of every description, and deeds and instruments relating to or evidencing the title or right to property, or giving a right to recover or receive money or goods, and all funds transferred from the Centre to the Recipient pursuant to this Memorandum by whatever means of transfer.

Research Work shall mean those tasks undertaken by the Recipient as part of its efforts to achieve specific Project objectives.

Research Work Completion Date shall have the meaning set out in section 5 of this Memorandum.

Subcontractors shall include but not be limited to recipients and sub-recipients of the Recipient.

Termination Date shall mean the date on which this Memorandum terminates pursuant to sections A16, A18, A29 or A30.

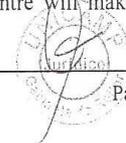
A2. No Legal Partnership

The Recipient undertakes the Project on its own behalf and not on behalf of the Centre, and this Memorandum and the Centre Funds flowing there from shall in no way be construed as creating the relationship of principal and agent, of partnership in law; or of joint venture as between the Centre and the Recipient or any other person involved in the Project.

The Centre assumes no liability with respect to any accident to any person or any loss or damage to any person or property arising from the Project.

A3. Right of Deduction

After the Centre receives the Recipient's acceptance of the present Memorandum, and concludes similar agreements with any Collaborating Institutions, if any, the Centre will make the initial



payment under this Memorandum to the Recipient in accordance with Attachment B (Schedule of Project Milestones) of this Memorandum; provided the Recipient is in compliance with all of its contractual obligations to the Centre, including such obligations that may arise in connection with any other agreement it may have concluded with the Centre ("Other Contractual Obligations").

All further payments with respect to this Project shall be made in accordance with the terms of this Memorandum on the continued condition that the Recipient remains in compliance with this Memorandum and all of its Other Contractual Obligations, if any.

Should the Recipient be in default of its obligations pursuant to this Memorandum or Other Contractual Obligations, if any, the Centre reserves the right to deduct any or all amounts which the Recipient may owe the Centre against the amounts the Centre may owe the Recipient pursuant to this Memorandum.

A4. Ethical Standards

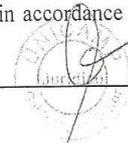
It is the policy of the Centre that Research Work involving human subjects or animals be carried out in accordance with high ethical standards. The signature of the Recipient on the Memorandum signifies that the Recipient fully complies with these standards.

The Recipient shall immediately report to the Centre any difficulties it encounters in complying with the ethical standards described below. In the final technical report, the Recipient shall describe how it complied with the ethical standards in carrying out the Project.

A4.1. Information Gathering

The Recipient agrees to comply with the following principles which aim at protecting the dignity and privacy of every individual who, in the course of the Research Work carried out under this Project, will be requested to provide personal or commercially valuable information about him/herself or others (hereinafter referred to as "Subject of Research"):

- a) Before an individual becomes a Subject of Research, he/she shall be notified of:
 - the aims, methods, anticipated benefits and potential hazards of the research;
 - his/her right to abstain from participation in the research and his/her right to terminate at any time his/her participation; and
 - the confidential nature of his/her replies
- b) No individual shall become a Subject of Research unless he/she is given the notice referred to in the preceding paragraph and provides a freely given consent that he/she agrees to participate. No pressure or inducement of any kind shall be applied to encourage an individual to become a Subject of Research.
- c) The identity of individuals from whom information is obtained in the course of this Project shall be kept strictly confidential. At the conclusion of the Project, any information that reveals the identity of individuals who were Subjects of Research shall be destroyed unless the individual concerned has consented otherwise in writing. No information revealing the identity of any individual shall be included in the final report or in any other communication prepared in the course, or as a result, of this Project, unless the individual concerned has consented in writing to its inclusion beforehand.
- d) When children are involved in the Project, it is the policy of the Centre that special care be taken to ensure that their participation is undertaken in accordance with high ethical



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

standards. Accordingly, in addition to the requirements of paragraphs A4.1(a) – A4.1(c) being complied with, children shall not be allowed to participate unless:

- their parents or guardians have been counseled with respect to the children's participation in accordance with the requirements of paragraphs A4.1(a) – A4.1(c); and
- their parents or guardians have given their free, explicit, and informed consent to the participation of the children in the Project.

Parents or guardians shall have the right to withdraw their children from the Project at any time.

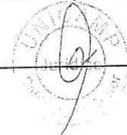
A4.2. Projects Involving Human Subjects in Biomedical Research

The Recipient agrees to comply with the following terms and conditions in carrying out any Research Work under the Project, which involves human subjects in biomedical research:

- a) In accepting Centre Funds pursuant to this Memorandum, the Recipient agrees to comply with the *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* developed by the Council for International Organizations of Medical Sciences and the World Health Organization.
- b) In addition to the requirements of paragraphs A4.1(a) – A4.1(d) being complied with, the Recipient shall:
 - i) submit the research protocol for the Project to an appropriately constituted ethics review committee in its institution or at the national level (in the country where the Research Work will be carried out); and
 - ii) provide the Centre with a copy of the Committee's written approval of the protocol.
- c) The Recipient shall take whatever steps may be necessary to ensure:
 - i) that health care services that are essential to the safe conduct of research are available and accessible to Subjects of Research as necessary; and
 - ii) that effective treatment is provided to those Subjects of Research who react adversely to any aspect of the experimental procedure to which they have been subjected.
- d) The Recipient shall take all reasonable steps to ensure:
 - i) that Subjects of Research who are discovered to have health problems as a result of the research are referred to appropriate support and health care services consistent with national health care standards in the country in which they are resident; and
 - ii) that beneficial interventions or products developed as a result of research undertaken in the course of the Project are made available to Subjects of Research who were involved in the Project and who may benefit from them.

A4.3. Projects Involving Biological Knowledge

The Centre supports the objectives of the 1992 Convention on Biological Diversity, in particular that of promoting the fair and equitable sharing of the benefits arising from the use of genetic resources. Recipients involved in any project that may entail the use of



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

139
02, P 18 F3 H109
J

dissemination of knowledge, including traditional knowledge, to which a person or group of persons may claim moral or legal rights, will not take steps that would prejudice such claims or diminish their value. In particular, the Recipient will not profit or act in such a way as to facilitate profit by third parties through the commercialization or dissemination of such knowledge without the concurrence of the Centre. Where the use or dissemination of such knowledge is envisioned, the Recipient will ensure that the moral or legal rights of any potential claimants are respected, through consultation with them and compensation to them where available. This section will survive beyond the Contract Termination Date.

A4.4. Medical Treatments

The Centre does not support Projects promoting or resulting in the promotion of medical treatments that are not sanctioned as safe and efficacious in accordance with recognized national and international standards. The Recipient will not, during the course of this Project or through activities arising from it, recommend the use of medical treatments that do not meet these standards.

A4.5. Projects Involving the Use of Animals

It is the policy of the Centre that any animals used in Centre-supported Projects should be treated in a humane way. Therefore, it is a condition of this Memorandum that:

- a) All animals are acquired according to law;
- b) The facilities in which the animals are kept accommodate their needs;
- c) The environment in which the animals are kept is reasonably comfortable and constant;
- d) Reasonable amounts of food and water are provided to the animals;
- e) Reasonable veterinary care is provided to the animals;
- f) No animal is subjected to pain or distress unless it is a necessary aspect of experiments that has been approved by the Centre; and
- g) Where euthanasia is necessary, the method used rapidly produces a state of unconsciousness.

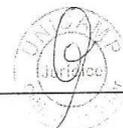
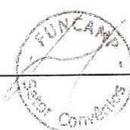
A5. Goods, Vehicles, and Equipment

A5.1. Procurement

The Recipient shall ensure that all procurement orders valued over 5,000 CAD are conducted on a competitive basis, locally or internationally as appropriate.

When a Canadian Recipient purchases goods, vehicles, or equipment on behalf of a Collaborating Institution, it shall arrange for their delivery to the collaborating institution. The Canadian Recipient shall arrange for the goods, vehicles, or equipment to be adequately insured during shipment and undertakes that such coverage shall remain valid until the Collaborating Institution takes delivery of them.

The Centre assumes no responsibility in the event of loss or damage to such goods, vehicles, or equipment.



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

File # 130
Date 02/18/2019
Sub. [Signature]

A5.2. Importation

The Recipient, if taking delivery of goods, vehicles or equipment purchased with Centre Funds for the Project, whether purchased by the Recipient, by a Collaborating Institution, or by the Centre, is responsible for undertaking all formalities and other administrative arrangements necessary for importing the goods, vehicles or equipment into the country in which the Research Work will take place. The Recipient will also take all necessary steps to ensure that Centre Funds are not used for the direct payment of custom, import, or other duties or taxes levied with respect to such importation.

A5.3. Ownership and Insurance of Goods, Vehicles and Equipment

All goods, vehicles, or equipment purchased with Centre Funds, whether procured by the Recipient, a Collaborating Institution, or the Centre, shall be regarded, at the time of delivery, as Property belonging to the Recipient receiving the goods, vehicles or equipment. The Recipient shall insure any goods, vehicles, or equipment purchased with Centre Funds and assumes any and all liability relating to its failure or inability to secure insurance coverage. Under no circumstances will the Centre assume responsibility in the event of loss or damage to any goods, vehicles or equipment purchased with Centre Funds.

A5.4. Vehicle and Equipment Safety

The Recipient shall ensure that any equipment or vehicle provided through this Memorandum is used with the required safety precautions so that risks to the physical safety of individuals are minimized.

A5.5. Use of Vehicles Purchased in this Project or an Earlier Project Phase

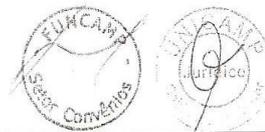
The Recipient shall ensure that any vehicle purchased with Centre Funds shall be used exclusively for carrying out the objectives of the Project and only made available to personnel working on the Project for their official use. A suitable logbook shall be maintained to record vehicle use, and the Centre reserves the right to examine this travel logbook.

Any vehicle purchased with Centre Funds during a previous Project Phase shall be used exclusively for carrying out the objectives of the Project and only made available to personnel working on the Project for their official use. The vehicle logbook shall continue to be maintained to record vehicle use, and the Centre reserves the right to examine this travel logbook.

A5.6. Sale, Cession, or Disposal of Equipment or Goods

During the course of the Project, no goods, vehicles, or equipment purchased with Centre Funds shall be sold, ceded, or otherwise disposed of without the prior approval of the Centre.

Sales made after the Project is completed may trigger taxes; such taxes shall be the exclusive responsibility of the Recipient.



131
2-7-10-109
Sub. [Signature]

A6. Dissemination of Results

A6.1. License

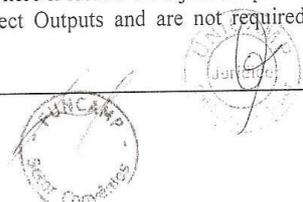
1. The Recipient irrevocably grants the Centre a non-exclusive, royalty free right throughout the world to:
 - a) use all or any part or parts of the Project Outputs for non-commercial purposes in relation to the IDRC Digital Library, including, without limitation, to reproduce, copy, store, distribute, publish, adapt, digitize, transmit, communicate, telecommunicate and display, or otherwise use, the Project Outputs in any medium now existing or hereafter invented; and
 - b) authorize and license any third party accessing the Project Outputs via the Digital Library to read, download, print, reproduce, copy, distribute or search the Project Outputs and to link to the full texts of such outputs, crawl them for indexing, pass them as data to software or otherwise use them for any other lawful non-commercial purpose.
2. The Recipient authorizes the Centre to provide to any member of the public who so requests, one copy of any report, writings, films, tapes or other medium containing Project Outputs in digital, electronic or other form now existing or hereafter invented.
3. Following consultation with the Recipient, the Centre may undertake other forms of publication or distribution of the Project Outputs, directly or through a third party where it is in the best interests of promoting development.
4. The Recipient shall provide the Centre with two copies of any Project Outputs, including any Project Outputs existing as audio or visual material. In addition an electronic version specifying the software and, where applicable, hardware used will be provided by the Recipient to the Centre. When submitting Project Outputs to the Centre pursuant to this subsection 4, and to ensure that due credit is given by the Centre in using such Project Outputs, the Recipient shall insert notices in each Project Output submitted using the following formats:

"This work is used with the permission of _____ [insert legal name of copyright holder – either the Recipient or other party as appropriate].

Copyright, _____ [insert year of creation/copyright], _____ [insert legal name of copyright holder – either the Recipient or other party as appropriate]."
5. The Recipient shall ensure that it obtains all the necessary consents and permissions from its employees, Subcontractors and other parties with whom it contracts in pursuit of the Project objectives to ensure that the Project Outputs are made available to the Centre in accordance with this Section A6.1.

A6.2. Copyright Holder's Continuing Rights

Copyright holders, including the Recipient where it creates a Project Output continue to have the right to publish, in any form, the Project Outputs and are not required to obtain the



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS

Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

132
P. N. 02P1352101
Date: 1/1/01

consent of the Centre to do so, except where the Recipient has signed a subsidiary Memorandum of Understanding with respect to Intellectual Property.

In any Collaborative Project, publication of the Project results will be effected jointly by all Centre recipients, unless such recipients agree otherwise in writing.

A6.3. Duty to Acknowledge

1. The Recipient will recognize the support of the Centre by including in all publications the following acknowledgement:

"This work was carried out with the aid of a grant from the International Development Research Centre, Ottawa, Canada."

2. In its distribution of copyright holder's works, the Centre shall ensure the copyright holders' works are professionally indexed and that copyright and permitted use notices inserted by the Recipient in Project Outputs pursuant to Section A6.1(4) above are reproduced.

A6.4. Disclaimers

The Recipient shall ensure that the following wording is inserted in the credits to any video production produced in the course of the Project, which references the Centre's financial support for the production of such video: "The views expressed in this video production are those of the participants and interviewees and do not necessarily represent those of IDRC or its Board of Governors."

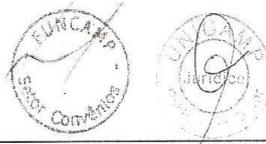
A6.5. Warranties

The Recipient confirms and warrants that:

- a. It has the right to grant the permissions contained in this Section A6;
- b. It is either the sole owner of the Project Outputs licensed under this Section A6 or has obtained the necessary consents to allow the Centre to disseminate the Project Outputs as outlined in this Memorandum;
- c. There are no claims or legal proceedings pending or threatened, the outcome of which could adversely affect the Centre's rights given under Section A6;
- d. There are no agreements of any nature in favour of anyone that could interfere with the rights granted under Section A6 to the Centre; and
- e. Neither the Project Outputs, nor the use of the Project Outputs by the Centre under Section A6 will violate or infringe upon the intellectual property or privacy rights of anyone, nor will they defame anyone.

A7. Intellectual Property Rights

The Recipient shall respect Intellectual Property rights and shall ensure that its employees and its Subcontractors respect Intellectual Property rights.



133
P. N. 02.11.18/31/109
Sub. J.P.

A7.1. Project Inventions, Intellectual Property and Computer Programs

A7.1.1. Notice Obligations

The Recipient shall promptly notify the Centre of:

- a) any and all Project Inventions; and
- b) computer software, its documentation, or other related material ("Computer Programs") it, its employees or Subcontractors intend to develop or adapt in the course of the Project, with full information as to content and authorship, where possible.

A7.1.2. Limitations

The Recipient shall ensure that the rights in the Project Inventions are neither licensed, nor assigned by the Recipient, its employees or Subcontractors without the express written consent of the Centre, which consent may be conditional on specific terms, as deemed appropriate by the Centre.

The Recipient shall ensure that no patent application in relation to the Project Inventions is filed without the Centre's express written consent, which consent may be conditional on specific terms, as deemed appropriate by the Centre.

A7.1.3. Open Source Software

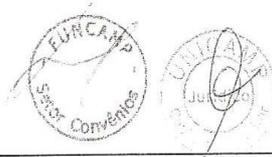
The Recipient shall make the Computer Programs it develops in the course of the Project available open source, on terms and conditions to be agreed upon between the parties, acting reasonably. The Recipient shall ensure that Computer Programs are not otherwise assigned or licensed without the express written consent of the Centre.

A7.1.4. Memorandum of Understanding

When it is deemed likely that a Project Invention may be created, the Recipient shall be required to conclude a Memorandum of Understanding with the Centre in relation to the intellectual property right considerations that might flow from the creation of such Project Inventions, the timing for which shall be set out in Attachment B – Schedule of Milestones. Such Memorandum of Understanding shall be incorporated by reference herein and appended as an amendment to this Memorandum.

A7.2. Availability of Germplasm

Subject only to relevant quarantine regulations, the Recipient shall make available to the Centre or any institution conducting research in the same area of research as that described in the Project which so requests it any improved germplasm that has been developed in whole or in part as a result of the Project.



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A
Additional Terms and Conditions of the Grant

134
02/18/2009
JP

A8. IDRC Logos

The Centre authorizes the Recipient to use solely for the Project purposes all IDRC logos on a non-exclusive basis for the Grant Duration, subject to the Recipient complying with the Centre's policies governing such logos' permitted use as outlined in at:
http://www.idrc.ca/en/ev-42828-201-1-DO_TOPIC.html.

A9. Disclaimers

The Recipient shall ensure that appropriate disclaimers protecting the Centre and the Recipient are included in any website and other related platforms the Recipient creates in pursuit of the Project Objectives. The parties will jointly identify the required disclaimers and agree on the wording of such disclaimers.

A10. Indemnification

The Recipient shall indemnify and hold the Centre harmless against any claims, actions, losses, damages arising out of a violation, breach of warranty under this Memorandum or an infringement of intellectual property rights committed in the course of or in relation to the Project, to the extent of its liability or that of its employees and Subcontractors.

A11. Project Budget

Centre Funds shall be used exclusively for the budgetary purposes set forth in Attachment C (Project Budget). Unless specifically indicated in this Memorandum, all budget line items shall be considered as upper-limit estimates against which actual and reasonable costs are reported (see Section A13 on matters related to reporting).

The Recipient shall contact the Centre and obtain its written consent before making any substantial changes in budgetary allocation. The budget will be reviewed annually during the Grant Duration; through the provision of annual disbursement forecasts (see Section A13.2).

A12. Grant Administration

The Centre will make payments to the Recipient according to the schedule set forth in Attachment B (Schedule of Milestones), which forms an integral part of this Memorandum. The Recipient agrees that the payment of any Centre Funds under this Memorandum is subject to its compliance with the conditions set out in this Memorandum, including all attachments, as may be amended from time to time by the parties.

A12.1. Interest Earnings

Any interest earned while Centre Funds are in deposit at the Recipient's bank (see Section 2), whether in a separate Project account or in a general account, shall be fully credited by the Recipient to the Project and reported as earnings on Project financial reports (Sections A13.2 and A13.6).



Such Project earnings shall be applied to the Project. Where they are not applied to the Project, the Project Budget (per Attachment C) will be reduced by an amount equivalent to the earnings.

A12.2. Working Currency

The working currency of the Recipient is the currency of the Project Budget in Attachment C. Notwithstanding the working currency of the Recipient, the Centre limits its liability to the Canadian currency value stated in this Memorandum.

A13. Payments and Financial Reports

A13.1. Requests for Payment

All payments to the Recipient, except the final payment, shall be considered advances until the Project Milestones, as set forth in Attachment B, are satisfactorily achieved and a financial report of actual expenses incurred against the payment is accepted by the Centre.

The submission of a financial report (including the financial forecast, as per A13.2) will implicitly serve as a request.

A13.2. Submission and Format of Interim Financial Reports

Financial reports shall be prepared in a format similar to that of the Project Budget (Attachment C). Financial reports shall also be duly signed by the Project Leader of the Recipient institution and a duly authorized financial officer of the same institution. The report will include:

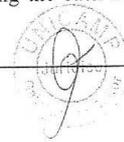
- a) a certification, in the working currency of the Recipient, of the amount of Centre Funds expended and accrued on the Project to the report date;
- b) a certification of the amount received in the working currency after the actual bank conversion of the Centre payment;
- c) a certification of the amount of interest earned as per Section A12.1, in the working currency;
- d) other amounts received and against which the Centre has imposed per Attachments C; and
- e) a forecast of expenditures, in the working currency, for the following payment period.

The Recipient shall submit its reports to the Centre contact designated in Section 4.1 in accordance with the Schedule of Project Milestones (Attachment B).

A13.3. Review and Acceptance

Within 20 calendar days of receipt of a report, the Centre shall notify the Recipient, in writing, of any errors, omissions or clarification required in the report, in which case any outstanding payment will be withheld until the report is deemed acceptable.

Notwithstanding the Schedule of Project Milestones (Attachment B), the financial forecast submitted by the Recipient will serve as basis for establishing the cash flow needs for the



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

136
P. N. 01718-0101
P. N. 01718-0101
P. N. 01718-0101

period or Milestones covered by the next payment and, consequently, the amount of the payment itself. Thus, the actual timing and amount of payments in annual or bi-annual instalments will be dependent on receipt and acceptance of the required reports or Milestones.

A13.4. Payment

A13.4.1. Dependency on Milestone or Technical Report

Release of any payments is contingent upon the acceptance by the Centre's contact (see Section 4.1) of the Project Milestones (Attachment B) achieved as at the date of the financial report.

The Centre reserves the right to increase or decrease the number and frequency of payments.

A13.4.2. Canadian Recipients

Payment to Canadian Recipients will be made by cheque and sent to such Recipient at the address indicated in Section 4.2 of this Memorandum.

A13.4.3. Recipients outside Canada

Payment to Recipients who are located outside Canada will be made by bank transfer according to information provided by the Recipient in the Banking Information Form (Attachment D).

A13.5. Holdback and Final Payment

The Centre will retain a certain percentage of the available Centre Funds until the receipt of the final technical report and final financial report described respectively in Attachment B and in Section A13.6. The actual amount of the final payment will take into account the total actual expenditures of the Project.

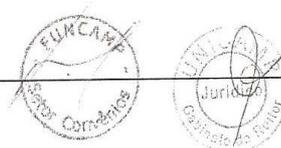
Additional specific conditions attached to the release of the final payment may be present in Attachments B and C.

A13.6. Submission and Format of Final Financial Report

The final financial report shall be prepared and submitted in the same manner as the interim financial reports (see Section A13.2) with the exception of the forecast of expenditures (A13.2.e).

A14. Allowable Expenses

No Project-related expenses will be paid if these expenses were incurred outside of the period of availability of the Centre Funds (see Section 5 of this Memorandum). Failure to submit the required reports on time (see Attachment B) will result in the Centre requesting a refund of the portion of the grant for which there has been a failure to account.



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

13.5
P. N. No. 02-1187-1109
R. N. No. 

The following sections describe restrictions which are placed upon the payment for the items, goods, or services set forth in the Project Budget (Attachment C).

A14.1. Air Travel

Any air tickets purchased by the Recipient with Centre Funds, directly or indirectly, must be in excursion class or at lower fares. The applicable fare shall be purchased for the most direct and economical routing. The Recipient may reroute or upgrade at the Recipient's own expense.

A14.2. Per Diems for Subsistence

Per diems paid with Centre Funds to researchers and other Project participants while on travel shall not exceed the schedule of maximum per diems in force at the Centre.

Further information on the applicable rates is available from the Centre contact designated in Section 4.1 of this Memorandum.

A14.3. Taxes

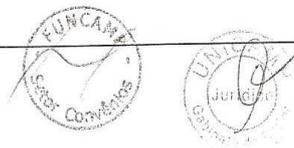
As stipulated elsewhere in this Memorandum (Section A5.2), Centre Funds shall not be used to pay for custom, import, or other duties or taxes levied with respect to importation. Outside of Canada, Centre Funds shall not be used to pay any other form of direct or indirect taxation except where:

- a) consumption-based taxes are embedded in the cost of small goods (supplies, stationary, gas, fuel, petrol, etc.) and services (restaurant and hotel meals, consultants, printing and reproduction, etc.) which are locally procured by the Recipient;
- b) it is more economical to purchase local goods and equipment with the embedded duty and custom taxes than to purchase goods abroad and in addition pay for shipping, insurance, duty and taxes (this provision is not meant to be invoked to circumvent the work involved in getting the tax or duty exemption, where either the Centre or the Recipient is entitled to one and it would cost less to do so);
- c) local taxes cover the cost of utilities (water, sewage, garbage pick-up and other essential municipal services); and
- d) taxes are part of the cost of employment and payable over and above basic salaries (e.g. payroll taxes; employer's contributions to public health care, social security, public pension schemes, etc.).

The Centre will reimburse the Recipient for any applicable Canadian federal or provincial taxes on expenses paid with Centre Funds only if the Recipient has already claimed from the authorities a reimbursement of its input taxes. The Centre will only pay for the net tax.

After the last financial report has been submitted by the Recipient and settled by the Centre, all Canadian and other taxes due are the responsibility of the Recipient, and the Recipient will be liable for any tax owing.

Reimbursable taxes are deemed to be budgeted in the line items to which they apply and need not be separated. The Recipient must ensure that it does remain auditable.



A14.4. Project Indirect Costs

The Centre does not allow the recovery of overhead on its grants. It does however allow the recovery of indirect expenses incurred in the conduct of the Research Work and in the administration of the Centre Funds. Indirect expenses can only include:

- a) salaries and benefits of personnel which support and administer the Project, such as secretaries, clerks, accountants, etc.;
- b) stationery and other office supplies;
- c) telecommunication cost (unless the nature of the Research Work has warranted a specific budget line item for that purpose — see Attachment C); and
- d) computer equipment used for the administration or accounting of the Centre Fund disbursements.

The Recipient shall keep track of its indirect cost charges in order to satisfy the requirements of any possible audit (see Section A15). Where the Recipient has a policy of recovering its indirect costs through the application of a percentage, it shall be able to satisfy the Centre or its designated auditors that the levy is fair and reasonable.

Under no circumstances will the Centre consider indirect costs over 13% of the recipient-administered grant value excluding the amount awarded toward the procurement of Property, which will be vested in the Recipient, and excluding the amount of the indirect costs themselves.

In the event total actual expenditures are less than originally budgeted, the indirect costs shall be reduced to ensure that indirect costs not exceed 13%.

A15. Centre Review**A15.1. Where the Recipient is a Government Ministry, Department or Institution, or an International Organization**

Where the Recipient is a government ministry, department or institution, or an International Organization, such recipient agrees that, if the Centre so requests, financial reports will be supported by original (or certified copies of) invoices or other documents verifying the transaction.

Such recipient agrees, if the Centre so requests, to give the Centre reasonable access to all Project records (excluding information regarding *Subjects of Research*) including pertinent financial records relating to the Project. Such recipient shall maintain such records for a period of two years after the Contract Completion Date.

A15.2. All Other Recipients

Where the Recipient is not a government ministry, department or institution, or an International Organization, such recipient will institute financial and administrative procedures acceptable to the Centre with respect to the Project and will, at the request of the

MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

129
02/18/2009
J

Centre, periodically review such procedures and the progress of the Project with the representatives of the Centre.

In addition, such recipient agrees that, if the Centre so requests, the final financial report (Section A13.6) shall be certified by external auditors and the cost of such audit shall be borne by the Centre.

Such recipient further agrees, if the Centre so requests, to give the Centre, or its designated auditor(s), reasonable access to all Project records (excluding information regarding *Subjects of Research*), including financial records relating to the Project to permit the Centre to verify all pertinent financial records and compliance with the terms and conditions of this Memorandum in the use of Centre Funds. Such recipient shall maintain financial records for a period of two years after the Contract Completion Date.

A16. Environment

A16.1. Sustainable Development

The Recipient shall plan and implement the Project in a manner that promotes sustainable development and the protection of the environment.

A16.2. Environmental Assessment

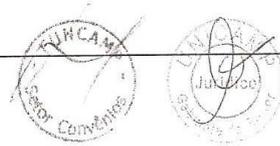
Under the *Canadian Environmental Assessment Act* ("CEAA"), the Centre is required to ensure that an environmental assessment of certain projects (as the word "project" is defined in the CEAA) is conducted before providing financial assistance to carry out such projects in whole or in part. Should such an assessment be required, the Recipient shall conduct an environmental assessment and prepare a screening report in accordance with CEAA and forward it to the Centre.

The Centre reserves the right to take any action necessary to ensure compliance with the requirements of the CEAA or to ensure environmental protection more generally, including but without being limited to, the termination of the Agreement or the imposition of any mitigation or follow-up measures necessary to reduce, eliminate or control any adverse environmental effects of the Project. Without restricting the generality of the foregoing, this right shall apply in situations where the environmental assessment screening report is deemed by the Centre to be inadequate to ensure compliance with the requirements of the CEAA.

A16.3. Centre Authorization to Proceed

If an environmental assessment is required, the Centre shall determine whether the Project is likely to cause significant adverse environmental effects on receipt of the environmental assessment screening report provided by the Recipient and any other information that the Centre deems to be relevant.

The Recipient shall provide the Centre with any additional information requested by the Centre in order to enable the Centre to meet the requirements of the CEAA. The Recipient shall not in any way implement or carry out the Project until the environmental assessment



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

140
02.P.18.F3.F109
Sub.

screening report, if required, has been submitted to the Centre and the Centre has provided its authorization to proceed in writing.

A17. Compliance with Anti-Terrorism Principles

The Recipient acknowledges that the Centre is bound by Canada's *Anti-Terrorism Act* 2001, c.41 (hereinafter "*ATA*"), including the provisions of the *Criminal Code of Canada* R.S.C. 1985, c. C-46 (hereinafter "*Code*") brought into effect by the *ATA*, namely Part II.1 of the *Code* (see: <http://laws.justice.gc.ca/en/C-46/index.html>), which *Code* provisions create offences related to the participation in, financing, facilitation and carrying out of terrorism and support for entities affiliated with terrorism. The Centre is committed to adhering to the provisions and principles of the *ATA* in all work it undertakes and supports.

During and after the term of this Memorandum, with regards to the Project and all Property provided by the Centre to the Recipient pursuant to this Memorandum, the Recipient shall ensure that the Property is not used in any manner that would constitute a breach of the *Code*.

The Recipient further agrees to comply with any other instructions regarding compliance with the terms and conditions of this Section A17, which the Centre may be required to issue during the term of this Memorandum in response to changes to Canadian law.

A18. Anti-Corruption

The Recipient declares and guarantees that no offer, gift or payment, consideration or benefit of any kind, which constitutes an illegal practice, has been or will be made to anyone by the Recipient, either directly or indirectly, as an inducement or reward for the award or execution of this Memorandum. Any such practice is grounds for terminating the Agreement or taking any other corrective action as required.

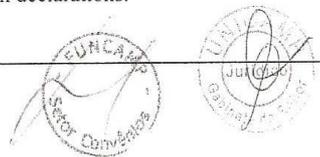
The Recipient shall declare in writing to the Centre if the Recipient, its officers or employees included in the Project:

- a) were convicted during a period of three years prior to the submission of the Project proposal, by a court of law in Canada or in any other jurisdiction for an offence involving bribery or corruption or;
- b) are under sanction, for an offence involving bribery or corruption, imposed by a government, a governmental organization or a development organization providing development assistance.

The Recipient shall require its Subcontractors to declare to the Recipient in writing if they or any of their officers or employees involved in the Project:

- a) were convicted during a period of three years prior to the submission of the Project proposal, by a court of law in Canada or in any other jurisdiction for an offence involving bribery or corruption or;
- b) are under sanction, for an offence involving bribery or corruption, imposed by a government, a governmental organization or a development organization providing development assistance.

The Recipient shall make such declarations it receives from its Subcontractors known to the Centre by providing the Centre with a copy of such declarations.



141
02/10/2016
[Signature]

The Centre may terminate this Memorandum forthwith for default where it is found that the Recipient has made a false declaration.

A19. Return of Centre Funds

Within 60 calendar days after the Research Work Completion Date but no later than the Contract Completion Date, whichever is sooner, the Recipient shall return to the Centre any Centre Funds not used for the Project.

A20. Visits to Project

The Recipient, at the request of the Centre, will permit officers or representatives of the Centre to visit the Project site(s) at times convenient to the parties concerned and will facilitate the discussion of the results and progress of the Project between Centre representatives and Project personnel.

A21. Calls for Proposals

Subject to any restrictions imposed by the Centre, the Recipient shall in the course of administering one or more calls for proposals pursuant to the Project, comply with its internal procedures and practices governing calls for proposal. In addition, the Recipient, shall exercise due diligence, act fairly and in good faith in the evaluation and selection of the proposals submitted.

A22. Transmission of Medical or Other Confidential Information

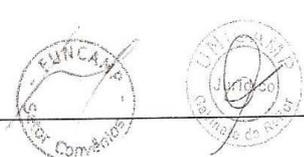
The Recipient shall take all reasonable measures to ensure protection against unauthorized access or intrusion to the confidential information contained in the personal digital assistants or being transmitted on a network.

A23. Wild Plants

Uncommonly used wild plants must be proven safe for general consumption prior to or during the support of work which would lead to promoting their human consumption. Prior to any promotion for human consumption, uncommonly used wild plants must be proven safe for general human consumption in a nutritionally well-balanced diet by consumers generally, without regard to their age or gender.

A24. Compliance with National Laws

In carrying out this Project, the Recipient shall, subject to its privileges and immunities, be responsible for complying with all applicable laws and regulations of the countries in which the Research Work will be carried out and to which Project personnel may have to travel to as part of the Project.



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A
Additional Terms and Conditions of the Grant

142
002183-107
J

A25. Governing Law and Arbitration

This Memorandum shall be governed and construed in accordance with the laws of the Province of Ontario or Canada, as applicable. Any dispute or disagreement arising from the interpretation or application of this Memorandum shall be settled by arbitration as follows:

- a) Both parties will first endeavour to settle any difference amicably by direct dealings;
- b) If no agreement is reached within sixty days, the matter shall be referred to the arbitration of a single arbitrator, if the parties agree on one, or failing agreement, as appointed in accordance with the Rules of the United Nations Commission on International Trade Law (UNCITRAL).

The UNCITRAL Rules will apply to any arbitration proceedings between the parties. The arbitration will take place in Ottawa, Canada or such other location the parties mutually agree. The official language of the proceedings will be in either of Canada's official languages as determined by the parties, failing agreement, as determined by the arbitrator. The award and determination of the arbitrator shall be binding upon the parties and their respective heirs, executors and assigns. Each of the parties will bear its own expense with respect to any arbitration proceedings. Notwithstanding anything to the contrary in this Memorandum or the UNCITRAL Rules, the parties hereto will bear jointly the expenses of the arbitrator and associated rental costs for the purposes of arbitration on an equal basis.

A26. Sub-contractors

Subject to any restrictions imposed by the Centre, the Recipient may enter into any sub-contract in pursuit of the Project objectives **provided** the Recipient ensures that any and all resulting contracts with Subcontractors are consistent with **ALL** of the Recipient's obligations contained in this Memorandum.

A27. Non-Assignment

Subject to the parties' agreement to the contrary, this Memorandum and any rights or obligations arising therefrom may not be assigned by the Recipient without the Centre's prior written consent.

A28. Notices

Any notice that is delivered shall be deemed to have been received on delivery; any notice sent by electronic mail or telecopier shall be deemed to have been received one working day after being sent; any notice given by letter shall be deemed to have been received 15 calendar days after the date of mailing.

A29. Non-Compliance

Any non-compliance by the Recipient with the terms and conditions of this Memorandum shall be considered to be a breach such that it may be immediately terminated at the sole discretion of the Centre, without notice or any further obligation. In the event of such termination the Recipient shall:



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A

Additional Terms and Conditions of the Grant

143
Fis. N°
FEB N° 00.F.18.00109
Rub.

- a) be liable to reimburse the Centre for the value of all Property granted to the Recipient by the Centre under this Memorandum to the date of termination which has been improperly disposed of; and
- b) return to the Centre any funds and advances not yet spent or irrevocably committed.

The Recipient will notify the Centre contact immediately at such time as it becomes aware of any actual, possible or foreseeable breach of this Memorandum.

In the event that the Recipient fails to comply with any of the terms and conditions outlined in this Memorandum, the Centre may refuse to release new payments and the Recipient shall, upon request, return any unspent Centre Funds.

A30. Termination

This Memorandum shall immediately terminate without notice if the Recipient (i) ceases to carry on business; (ii) commits an act of bankruptcy within the meaning of Canada's *Bankruptcy and Insolvency Act*, R.S. 1985, c.B-3, as amended, or is deemed insolvent within the meaning of Canada's *Winding Up and Restructuring Act*, R.S. 1985, c. W-11, as amended, or makes an assignment, against whom a receiving order has been made under comparable bankruptcy legislation or in respect of whom a receiver, monitor, receiver-manager or the like is appointed; or (iii) becomes insolvent or makes an application to a court for relief under Canada's *Companies' Creditors Arrangement Act*, R.S. c. C-25, as amended, the *Bankruptcy and Insolvency Act*, the *Winding Up and Restructuring Act* or comparable local legislation (collectively or severally referred to as "Act of Insolvency").

In the event of termination arising out of an Act of Insolvency, the Recipient's ownership rights in any intellectual property and other Project Outputs funded by Centre Funds and developed in pursuit of the Project Objectives shall be deemed to have automatically transferred to the Centre the date immediately preceding the actual Act of Insolvency.

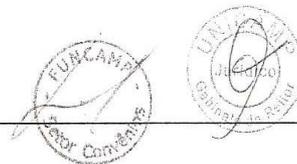
A31. Non-Waiver

No waiver of any provision of this Memorandum shall be deemed to constitute a waiver of any other provisions (whether or not similar); nor shall such waiver be binding unless executed in writing by the party to be bound by waiver.

No failure on the part of any Party to exercise and no delay in exercising any right under this Memorandum shall operate as a waiver of such right; nor shall any single or partial exercise of any such right preclude any other or further exercise of such right or the exercise of any other right.

A32. Language

The parties have requested that this Memorandum and all notices or other communications relating thereto be drawn up in English. Les parties ont exigé que ce contrat ainsi que tous les avis et toutes autres communications qui lui sont relatifs soient rédigés en anglais.



MEMORANDUM OF GRANT CONDITIONS
Attachment A
Additional Terms and Conditions of the Grant

File N° 144
P.E. N° 02 P 18 22 109
Rub. *gp*

A33. Counterparts

This Memorandum may be executed by the parties in separate counterparts, each of which shall be deemed to constitute an original, but all of which together shall constitute one (1) and the same agreement. This Memorandum will be considered fully executed when all parties have executed an identical counterpart, notwithstanding that all signatures may not appear on the same counterpart. This Memorandum and those contemplated herein may be executed and delivered by facsimile signatures and shall be binding on all parties hereto as if executed by original signature and delivered personally.

A34. Survival

All representations, warranties, disclaimers, indemnifications and reporting obligations contained in this Memorandum shall survive the Contract Completion Date.

A35. Roles and Responsibilities

The Recipient will be responsible for overall coordination and administration of various sub-projects including but not limited to the following duties:

- Conclude contracts with the relevant partner organizations and ensure that any resulting agreements with such institutions are consistent with the Recipient's obligations pursuant to this Memorandum, including but not limited to ensuring that the partner organizations grant publication and dissemination rights to the Centre in relation to any of the Project Outputs.
- Define detailed time lines, deliverables and milestones for projects designed and implemented with partner organizations.

[Handwritten signature]

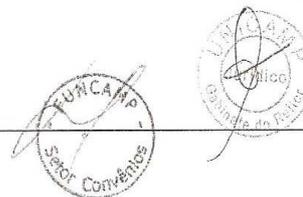
FUNCEAMP
Associação de Funcionários do Centro de Estudos em Saúde Pública e Ambiental

UNICAMP
Gabinete do Reitor

FIS N°: 145
 F/E N°: 02 P 18 27 109
 Rub. JP

Attachment B Schedule of Project Milestones

Milestone	Due Date	Submitted by	Centre Payment Amount
Commencement	Official Commencement Date (see Section 5)	n/a	125,000 CAD
Second payment	6 months after Commencement Date	n/a	75,000 CAD
First narrative report – ICURA Milestone Framework ① including ethics approval of research protocol	Due January 15, 2010	Recipient ②	n/a
First financial report, covering Research Work as at March 31, 2010 as per the requirements of Section A13.2.	Due April 30, 2010	Recipient (see Section 2)	n/a
Payment by the Centre, following acceptance of narrative report and satisfactory financial report.	Upon receipt of satisfactory reports	n/a	Yes ③
Second narrative report – ICURA Milestone Report ①	Due January 15, 2011	Recipient ②	n/a
Second financial report, covering Research Work as at March 31, 2011 as per the requirements of Section A13.2.	Due April 30, 2011	Recipient (see Section 2)	n/a
Payment by the Centre, following acceptance of narrative report and satisfactory financial report.	Upon receipt of satisfactory reports.	n/a	Yes ③
Third narrative report – ICURA Mid-Term Report ①	Due December 15, 2011	Recipient ②	n/a
Third financial report, covering Research Work as at March 31, 2012 as per the requirements of Section A13.2	Due April 30, 2012	Recipient (see Section 2)	n/a
Payment by the Centre, following acceptance of narrative report and satisfactory financial report	Upon receipt of satisfactory reports	n/a	Yes ③
Fourth financial report, covering Research Work as at March 31, 2013 as per the requirements of Section A13.2	Due April 30, 2013	Recipient (see Section 2)	n/a



Milestone	Due Date	Submitted by	Centre Payment Amount
Payment by the Centre, following acceptance of satisfactory financial report	Upon receipt of satisfactory report	n/a	Yes ③
Final narrative report (two print copies and, where possible, an electronic copy). ①	Due September 30, 2014	Recipient ②	n/a
Final financial report covering all funds expended on the Project, in the same form and including the details of the Budget as set forth in Attachment C – see Section A13.6	On or no more than 30 days after the Research Work Completion Date (see Section 5).	Recipient (see Section 2)	n/a
Final payment by the Centre, following acceptance of the final narrative report (including, among other things, the research results dissemination plan) and satisfactory final financial report.	30 days after receipt of satisfactory final reports (see Section 5)		Up to 50,000 CAD ④

- ① Reporting guidelines will be provided to the Recipient under separate cover.
- ② All technical reports are to be prepared jointly by the Recipient and the collaborating institution or as deemed acceptable by the Centre's contact (see Section 4.1).
- ③ The amount of these payments will be based upon an analysis by the Centre of the accounted expenditures as well as of the forecast submitted by the Recipient as identified in Section 2 of the Memorandum. Refer to Section A13 for the reporting requirements and the frequency of payments. Advances of Centre Funds typically cover half a year's cash requirements.
- ④ The amount of the final payment indicated here is based upon the forecast of the initial grant budget. The actual amount will be such that the net grant amount administered by the Recipient will not be exceeded — this is determined on the basis of the total amount awarded to the Recipient on page one of the Memorandum, less the amount administered by the Centre as per Attachment C of this Memorandum.

If the Recipient fails to submit any one of the above-mentioned final reports by the Contract Completion Date, the Centre may close the Project. In such an instance, the Centre shall withhold all future payments and will be entitled to the immediate return of any unspent and unaccounted funds.

