

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Experiência de Introdução da GAM para Usuários e Profissionais da Saúde Mental

The AMM Strategy Introductory Experience for Mental Health Users and Professionals

Experiencias de Introducción de la Estrategia GAM para Usuarios y Profesionales de la Salud Mental

Gabriel Silvestre Minucci¹, Daiana Paula Milani Baroni²

¹ Universidade Federal de São João del Rei. *E-mail:* gabrielsilcci@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-9211-1178>

² Universidade Federal de São João del Rei. *E-mail:* daianapaulam@yahoo.com.br *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-5210-0650>

Informações do Artigo:

Gabriel Silvestre Minucci

gabrielsilcci@gmail.com

Recebido em: 16/09/2022

Aceito em: 22/04/2023

RESUMO

Este artigo propõe apresentar reflexões em torno de três experiências de introdução da estratégia GAM - Gestão Autônoma de Medicação em diferentes contextos. A estratégia GAM se inscreve dentro das propostas das novas abordagens em saúde mental que priorizam as narrativas dos sujeitos em relação às suas próprias experiências. As intervenções foram realizadas por meio de oficinas e a coleta de dados por método de pesquisa-ação e pesquisa participante. Buscamos apresentar também sobre o desenvolvimento da GAM no Brasil e discutir sobre o processo de medicalização social. Por meio das discussões, foi possível conhecer algumas perspectivas relacionadas aos tratamentos e diagnósticos.

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde Mental; Medicalização; Autonomia; Relação Médico-Paciente.

ABSTRACT

This article proposes to present reflections on three experiences of introducing the AMM strategy - Autonomous Medication Management in different contexts. The AMM is part of the proposals for new approaches to mental health that prioritize the subjects' narratives in relation to their own experiences. Interventions were carried out through workshops and data collection was carried out through the method of action-research and participant research. We also seek to present the development of AMM in Brazil and discuss the process of social medicalization. Through the discussions, it was possible to know some perspectives related to treatments and diagnoses.

KEYWORDS:

Mental Health; Medicalization; Autonomy; Physician-Patient Relationship.

RESUMEM

Este artículo propone reflexionar sobre tres experiencias de introducción de la estrategia GAM - Gestión Autónoma de la Medicación en diferentes contextos. La GAM es parte de las propuestas de nuevos enfoques en salud mental que priorizan las narrativas de los sujetos en relación a sus propias vivencias. Las intervenciones se realizaron a través de talleres y la recolección de datos se llevó a cabo a través del método de investigación-acción e investigación participante. También buscamos presentar el desarrollo de GAM en Brasil y discutir el proceso de medicalización social. A través de las discusiones, fue posible conocer algunas perspectivas relacionadas con los tratamientos y diagnósticos.

PALABRAS CLAVE:

Salud Mental; Medicalización; Autonomía; Relación Médico-Paciente.

Da Medicalização Da Existência Ao *Recovery*

As determinações entre a saúde e a doença, entre o normal e o patológico, estabeleceram e fundaram (e ainda fundam) tecnologias de organização e categorização das possibilidades de existências. O normal seria o utópico tipo ideal em um ambiente experimental também ideal (Canguilhem, 1943/2009). Sob essa perspectiva ideal, fundaram-se normas, padrões e regularidades nos quais o desvio se categoriza como fora da média e, assim, dentro da anormalidade, da loucura. A construção desse modelo positivista, serviu a uma concepção de controle de populações, de indivíduos, de corpos e de práticas, revelando-se como

componente político-ideológico a respaldar relações de poder que justificavam uma distribuição social desigual de doenças, tratamentos, intervenções, diagnósticos, isolamentos, vidas e mortes. Assim, mascararam-se processos de origem e condição social, naturalizando e neutralizando os interesses econômicos e hegemônicos, perpetuando dimensões sociais, políticas, econômicas, históricas e culturais (Rose, 2013).

Historicamente, a psiquiatria utilizou-se de uma posição normatizadora e positivista em seu discurso, buscando inserir-se enquanto ciência segundo os modelos epistemológicos do século XIX ao definir objetos e métodos de observação e categorização. Seu campo de ordenação definiu os sujeitos enquanto instrumentos de estudo, produzindo saberes do campo social e ordenação de corpos e viveres ditos normais e patológicos. Para estes, definiu e empregou métodos diversos para correção e normalização de funcionamentos, justificando tratamentos como internações compulsórias em hospitais psiquiátricos, uso abusivo de medicamentos psicotrópicos, sedação contínua, cirurgias de lobotomia, espancamentos e choques elétricos. Assim, a conduta psiquiátrica, materializada nos hospitais e asilos criados, impunha a internação, condenando o sujeito ao isolamento da realidade exterior, ao ócio forçado, à submissão total, à perda de perspectivas, ao definhamento e à morte (Andrade et al., 2010).

No Brasil, com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia em 1830, a lógica higiênica e disciplinar do discurso médico-psiquiátrico ganhou forma e efetividade com a criação dos hospícios nas décadas seguintes, estes como principais instrumentos terapêuticos, enclausurando o paciente e libertando a sociedade de um proeminente perigo. Tal questão fica ainda mais evidente com a formação da República em 1889, e a imposição de um controle social rígido e amplo, sob a justificativa de ordem, progresso e modernização. Ampliaram-se os hospitais psiquiátricos, hospícios, asilos, colônias agrícolas, quartéis e outros locais, assim como a medicamentação, o controle biopolítico sobre a vida, no sentido de distanciar e

apagar o sujeito da sociedade e da realidade. Tal aspecto ainda seguirá com o Regime Militar, em 1964, com verbas de estímulo aos hospícios e destinadas ao desenvolvimento de leitos e alas psiquiátricas em hospitais privados ou conveniados, os quais cresceram rapidamente (Fonte, 2012).

Com a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, movimentos que ganharam força a partir de meados do século XX, houve o questionamento desses métodos empregados e a elaboração de outros modelos de atenção e gestão em saúde, com a transição de modelos hospitalocêntricos e intervencionistas para um modelo social e comunitário, defendendo a participação coletiva, a equidade, a universalidade, a atuação social nos serviços, organização e produção de saúde. Muitas práticas e ambientes passaram pelo processo de desinstitucionalização e novas condutas foram adotadas para a concretização de um modelo de atenção centrado no paciente (Andrade et al., 2010).

No entanto, apesar das modificações na rede de saúde mental, na proposta de cuidado e de humanização da atenção à saúde, muitas práticas permaneceram ainda dentro da lógica anterior, como a centralidade do tratamento farmacológico no processo de cuidado, não acompanhando as transformações que ampliam o cuidado para aspectos psicossociais. Outro exemplo de continuidade da lógica manicomial nos serviços de saúde mental seria a manutenção de uma relação distante entre médico-paciente, com atuação autoritária e intervencionista da Medicina, corroborando para a produção de um sujeito definido por práticas fármaco-intervencionistas dentro da realidade capitalista de operação da sociedade (Rose, 2013).

Essa regulação farmacológica do corpo na medicina se instituiu como uma atualização das formas de controle social, uma reescritura do poder disciplinar capaz de controlar e alterar comportamentos, fisiologia e performance, deixando de depender e se exercer apenas em hospitais e instituições para produzir corpos submissos a partir da administração de cápsulas e

comprimidos (Silva, 2018). Essa questão, aliada à ampliação do mercado farmacológico e associada à medicamentação da vida cotidiana, cria as margens da diagnosticabilidade e cronicidade das ditas enfermidades e transtornos psíquicos e faz nascer um sujeito estigmatizado, sedado e alienado tanto dentro quanto fora das dependências dos serviços de saúde, submetido aos interesses da indústria e do mercado e fadado às abordagens unidirecionais de administração de psicotrópicos, de técnicas fármaco-químicas, da medicalização e das internações, reduzindo-o apenas a “verbalizador/enunciador” de sintomas (Rosa & Winograd, 2011). A medicalização, a partir de Foucault, refere-se ao controle total do corpo e de suas experiências pelo campo médico, passando pela incorporação de aspectos sobre saúde e bem-estar e definindo as fronteiras do normal e anormal, e, assim, constituindo-se como dispositivo fundamental à biopolítica e ao controle social (Foucault, 1999).

Contudo, não são poucos os estudos que apontam a grande possibilidade de recuperação de pacientes com “distúrbios mentais”. Mesmo em pacientes que não apresentam melhora clínica visível, a recuperação pode ocorrer por meio da construção de maneiras de lidar com os sintomas e com as limitações causadas pela doença e pelo diagnóstico, assim como maneiras de lidar com as circunstâncias que não são suprimidas ou até mesmo que são causadas pelos medicamentos. Neste sentido, faz-se questionar sobre as condutas dos profissionais em saúde mental, que muitas vezes limitam o tratamento e cuidado do paciente a uma ideia diagnóstica, a um rol de sinais e sintomas, em uma visão simples, mecanicista e fora do ponto de vista do usuário, sendo este fadado à medicalização compulsória (Santos, 2014).

Assim, crescem no campo da saúde mental formas de se abordar a experiência de adoecimento a partir do enfoque do paciente, dando a ele a possibilidade de atuar na escolha de seu tratamento, assim como no seu processo de cura. Tais modalidades de intervenção priorizam o protagonismo e a autonomia do sujeito em relação ao tratamento, tendo a equipe de saúde a função de apoio nesse processo. Dentro desta perspectiva, considera-se o sujeito

para além da sua patologia manifesta, dando-lhe condição de tomar decisões sobre sua vida e advogar sobre suas escolhas. Esse olhar não patológico, mas empoderador dos sujeitos na construção de suas próprias experiências ganhou o nome de *recovery* na década de 1970. Os indivíduos organizavam-se na construção e no acesso a grupos de autoajuda, grupos de ajuda e suportes mútuos, cursos sobre seus transtornos e medicamentos, militância em favor da redução dos estigmas, luta por direitos enquanto cidadãos plenos, além de, em todo o processo, ser valorizada a vivência própria e os mecanismos autônomos de construção de seus enfrentamentos (Santos, 2014).

Grupos GAM - Uma Nova Via para o Sujeito Medicalizado?

Neste contexto de abertura para novas práticas em saúde mental onde se insere o *recovery*, surgiram, na década de 1990, no Canadá, os grupos de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), a partir da organização da comunidade insatisfeita com a abordagem biomédica na saúde mental, objetivando construir e garantir a participação dos usuários nas decisões sobre seus tratamentos, promovendo diálogo e trocas de conhecimento efetivas entre todos os agentes envolvidos. O fato de esses grupos terem surgido a partir da comunidade permitiu trazer elementos de transformação local, participação social, autonomia, coletividade, e criação de rede comunitária de cuidado (Onocko-Campos et al., 2013). A partir de 2007, o governo canadense adotou e começou a incentivar a estratégia GAM nos planos nacionais de saúde mental (Santos, 2014).

No Brasil, a construção dos grupos GAM veio a partir da Aliança Internacional de Pesquisas Universidade-Comunidade – Saúde Mental e Cidadania (Aruci-SMC), uma união entre Canadá e Brasil. Partiu-se de uma pesquisa multicêntrica estabelecida por quatro universidades públicas brasileiras - Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - que tinha como propósito a elaboração

de um guia GAM adaptado à realidade nacional e a implantação da estratégia em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) no país. Assim, grupos de Intervenção foram propostos, desde o ano de 2009, nos serviços de saúde em Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Novo Hamburgo-RS (Onocko-Campos et al., 2013). Sendo assim, no Brasil, a GAM se constituiu, primordialmente, a partir da proposta de membros de universidades públicas e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em um histórico de lutas e enfrentamentos no sistema de saúde, o qual, apesar de defender a participação social e a autonomia dos pacientes, teve e ainda tem como percalços uma sociedade que enxerga o usuário da saúde mental como incapaz e lida com dificuldades políticas, econômicas e gerenciais (Passos et al., 2013; Santos, 2014).

Além de contextos diferentes de surgimento, alguns aspectos fundamentais à estratégia GAM ganharam outros contornos no cenário brasileiro, com influências advindas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica. Tais movimentos contribuíram ao situar o sistema de saúde para além de um setor de serviços, tendo-o como um campo de ordenação, lutas e construção política, constituindo-o enquanto meio de articulação de reformas sociais e a saúde como meio de agenciar a edificação do SUS e de outro modelo de vida (Campos & Onocko-Campos, 2009). Essa visão, durante a adaptação da estratégia GAM, possibilitou entender demandas específicas dos usuários e trazer para as discussões o contexto próprio das Políticas Públicas brasileiras. Nesse sentido, Onocko-Campos et al. (2012) expõe a necessidade de adaptação cultural em relação a três aspectos: os direitos dos cidadãos, o impacto da medicação nas relações amorosas e sexuais e o acesso ao trabalho e à geração de renda.

De acordo com Onocko-Campos et al. (2013), os usuários de psicotrópicos apoiados no Guia GAM teriam maior apoio para conseguirem estruturar e opinar sobre os tratamentos, em um movimento de gestão compartilhada e responsabilidade sobre as decisões antes instituídas. O paciente, assim, poderia se sentir “empoderado” e participante ativo de seu processo, admitindo uma gestão diferenciada das condutas organizadas dentro dos serviços de

saúde e construindo sua melhora para além deles.

A produção em grupo na GAM busca engajar a participação de todos de modo a favorecer o reconhecimento de afinidades e o desmembramento de uma ideia de si e de sua própria experiência de adoecimento e tratamento a partir de perspectivas exclusivamente medicalizantes ou psicologizantes, abrindo espaço para novas versões e elaborações, portanto, novos posicionamentos em termos de experiência e de subjetividade. Um dos pilares dos trabalhos de grupo é a constituição de um processo grupal em que a composição de diferentes experiências e de individualidades permite surgir um espaço de comunhão, afetação e apoio mútuo. A formação de grupo, o acolhimento e a grupalidade permitem que o protagonismo de cada participante se construa na gestão compartilhada e reflexiva, recusando a posição passiva e automática de gerenciamento da vida (Jorge et al., 2012).

Nesta perspectiva, a autonomia se articula para além da ideia de independência e autossuficiência, atravessando o meio coletivo, uma vez que o sujeito se autoconstitui e constitui o mundo à sua volta em rede. Assim, autonomia seria a construção de redes e vínculos pelo indivíduo. Quanto mais diversa a rede de relações se constrói e se constitui, mais autônomo o sujeito estaria. Nesse sentido, também se define o caráter cogestivo da GAM, entendendo cogestão como uma estratégia de autonomização, protagonismo e empoderamento dos sujeitos (Passos et al., 2013).

Como primeira aproximação ao conceito de empoderamento, tem-se a seguinte formulação: “Aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (Vasconcellos, 2003, p. 55). Sendo assim, um ponto fundamental da estratégia GAM é o resgate e o empoderamento do usuário e do trabalhador em relação ao debate sujeito-doença-saúde. A ideia de empoderamento no contexto brasileiro se origina da noção de *empowerment* desenvolvida em países de língua inglesa e

remete a movimentos sociais de busca por direitos civis, pautados pela tentativa de apropriação e tomada de decisão por parte dos receptores de intervenções em saúde ou saúde mental no intuito de reverter o processo histórico de passividade e subordinação nas decisões políticas e no campo dos direitos (Carvalho, 2004).

Diante o exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar a introdução da estratégia GAM e ampliar a prática no Brasil por meio da elaboração de experiências com usuários de psicotrópicos, profissionais e pesquisadores em saúde mental, por meio da realização de oficinas e de um seminário em uma cidade da região do Campo das Vertentes, Minas Gerais. Para tanto, foi utilizada a perspectiva da pesquisa-ação e da pesquisa participante, no intuito de desenvolver reflexões acerca das práticas de novas intervenções em saúde mental que priorizem a autonomia e o empoderamento de sujeitos usuários de medicações psicotrópicas.

Método

A organização de oficinas, em momentos distintos com usuários, profissionais e com a equipe de pesquisa, aliada à proposta de pesquisa-ação e de pesquisa participante, possibilitou a participação na vivência grupal e atuação em seus fluxos, sem, no entanto, invalidar a proposta de intervenção, de acordo com a metodologia. Inclusive, a escolha por oficinas reforçaria aspectos buscados no próprio GAM, trazendo à tona questões sobre a complexidade humana, suas dimensões subjetivas e sociais (Melo et al., 2016).

O material de análise foi produzido sob a forma de diários de campo, cujos registros foram realizados durante e de forma subsequente à observação das oficinas, contendo anotações em relação às atividades realizadas, ao número de participantes, às formas de interação e a qualquer outro tipo de conteúdo que pudesse vir a contribuir em nossas análises. Foram organizadas duas oficinas de cinco horas de duração com a participação de 15 profissionais da rede de Saúde Mental do Campo das Vertentes e oito oficinas em ambiente de Universidade com 90 minutos de duração e com a participação de dez a 12 pessoas, dentre

profissionais interessados e, sobretudo, usuários de medicações psiquiátricas. Um seminário de introdução da estratégia GAM também foi oferecido a profissionais da saúde mental por convite de representantes da saúde mental do estado de Minas Gerais e de alguns municípios da região do Campo das Vertentes, contando com a participação de mais de 50 profissionais.

A finalidade das oficinas foi propor a discussão sobre questões que cerceiam a temática da GAM a partir da inspiração em seus seis passos presentes na Apostila GAM, abordando, de maneira geral, temas como medicalização, vivências dos usuários de medicamentos e organização da saúde mental a partir da experiência dos envolvidos. Também foram discutidas junto aos participantes as condições, possibilidades e dificuldades, de implementação da proposta, partindo para tanto da leitura do Guia de Apoio aos Moderadores (Campos et al., 2014) e de reflexões em torno de experiências de relações mais horizontais, dialógicas e coletivas.

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPSJ), sob protocolo nº 11967919.8.0000.5151, conforme recomenda e sob os padrões éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os encontros para a introdução dos guias GAM para os usuários de psicotrópicos foram planejados visando a utilização de questões disparadoras em relação aos tratamentos e ao uso de medicações psicotrópicas. Devido à dificuldade em conseguir suporte dos profissionais e dos serviços da rede de saúde mental local, os encontros foram delimitados principalmente ao ambiente universitário, condicionados às logísticas próprias da universidade e ao funcionamento do calendário acadêmico e de seus servidores. As demandas e os assuntos trazidos pelos usuários foram trabalhados de forma horizontalizada, observando o modo como os participantes poderiam ser afetados pelos temas e pela experiência de grupo.

No primeiro encontro, alguns guias GAM foram distribuídos aos participantes, além de ser disponibilizada uma versão virtual em grupo de uma rede social, formado para troca de mensagens entre os participantes. Pôde-se observar, no decorrer das oficinas, que o guia se tornou um instrumento múltiplo, ganhando intencionalidades próprias e cada usuário pôde assumir uma relação distinta com o seu.

Os encontros foram iniciados pela apresentação dos membros e a interrogação sobre a intenção de cada um naquele espaço, como entendiam e se identificavam com o tema das oficinas “Gestão Autônoma/Compartilhada de Medicação”. Seguiu-se com a discussão sobre “Para começo de conversa”, seguindo o direcionamento do guia GAM. Os moderadores-pesquisadores introduziram algumas informações sobre perspectivas da reforma psiquiátrica, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local, e novas abordagens em saúde mental, seguindo-se com a discussão sobre o surgimento da GAM e o seu início no Brasil, assim como alguns de seus princípios, como autonomia e cogestão. Para incentivar a formação de grupalidade, foi estimulado que cada participante relatasse sobre suas vivências na RAPS e suas compreensões sobre saúde mental.

Seguindo as sequências temáticas do guia GAM, demos início ao passo 1, “Conhecendo um pouco sobre você”, trazendo para reflexão a frase “Sou uma pessoa e não uma doença” e a discussão sobre como cada sujeito se relacionava com a denominação diagnóstica e com os tratamentos instituídos pelas equipes de saúde. Os relatos descreveram como cada qual se sentia atravessado por estas questões e as repercussões em suas vidas cotidianas, em suas relações familiares e no convívio social. A questão sobre “o que sou e o que posso ser para além da identificação diagnóstica?”, assim como a discussão sobre o uso de jargões e conceitos médicos, foi ampliada a partir da investigação “e quem é você?”. Todos foram estimulados a compartilhar suas histórias e compreensões e identificar nas narrativas aspectos em comum sobre “quem são”. Quando análises negativas de experiências eram trazidas pelos participantes,

estimulava-se que o grupo acolhesse aquela visão, pudesse se aproximar e orientar outras perspectivas para aquela vivência, sem negá-la.

O passo 2, “Observando a si mesmo”, foi abordado a partir da compreensão de cada um em relação à sua saúde, ao tratamento e ao uso de medicação. Foram usados como disparadores diversos questionamentos: (a) como se iniciou no uso de medicação e como a administra?; (b) quais são os efeitos esperados e adversos oriundos da utilização?; (c) o que entendem por tratamentos e quais seriam as formas de engajamento neles?; (d) haviam experimentado o abandono da medicação ou de uso de forma independente da prescrição médica?; (e) dentre outras questões. Além de estimular o compartilhamento dos sentidos atribuídos às perguntas e respostas, o grupo pode se movimentar no intuito de entender as múltiplas percepções que tinham sobre as equipes de saúde, sobre os tratamentos e os medicamentos, assim como as formas como buscavam para cuidar de si e organizar a própria experiência terapêutica.

No passo 3, “Ampliando a sua autonomia”, foram discutidas as redes de apoio, pessoas e dispositivos que os participantes identificavam como importantes dentro e fora da RAPS para a manutenção do tratamento, para auxílio com o uso e acesso à medicação e formas de cuidar de si mesmo. Também foi realizada a leitura em conjunto da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde Mental, buscando analisar coletivamente quais eram as vivências de cada em relação àqueles princípios e a responsabilidade sobre seu próprio tratamento.

Em “Conversando sobre os medicamentos psiquiátricos”, o quarto passo, foi estimulado que todos buscassem informações e as suas percepções em relação às medicações já utilizadas no passado ou em uso no presente. O intuito foi propiciar uma reflexão sobre as ações e efeitos dos fármacos desde a sua introdução e o reconhecimento da relação estabelecida com eles. Neste passo, foi feita a leitura de duas bulas de medicamentos mais comuns no grupo (olanzapina e carbonato de lítio) a pedido de uma participante. Alguns levaram caixas de

medicamentos, sendo possível conversar sobre as formas de apresentação dos fármacos, sobre a diferença entre genérico, similar e original, e sobre alopatia e homeopatia.

No quinto passo, “Por onde andamos?”, foi explorado como os participantes comunicavam-se e agiam em relação aos tratamentos instituídos, como se reconheciam nas condutas empregadas e no diálogo com os profissionais da equipe de saúde. Nos casos em que o usuário se colocava de maneira passiva ao tratamento, o grupo era mobilizado para que se assumisse uma postura cogestiva, investigando se haveria a possibilidade de gerir ativamente as condutas em conjunto com os serviços. Em algumas narrativas, foi enfatizada a potência da rede de apoio no suporte e na orientação sobre o tratamento, fortalecendo também a autonomia de cada um enquanto usuário.

O sexto passo, “Planejando nossas ações”, atravessou todos os outros encontros, a partir da identificação das dificuldades a serem superadas, da discussão do grupo e proposição de pontos de vista e compreensões que complementassem as observações e estimulassem ações individuais e coletivas. A grupalidade e o sentimento coletivo enquanto usuários de um sistema de saúde foram trabalhados em todos os encontros, orientando-se a troca de experiências e reflexões sobre o que é possível transformar, criar e adaptar em termos de construção da saúde. Não houve um encerramento formal do grupo, mas suspensão temporária dos encontros e posterior impossibilidade da retomada das atividades devido à pandemia de SARS-Cov-2 em 2020 e 2021. Muitos participantes mantiveram contato por meio das redes sociais e do engajamento e participação em demais grupos em saúde mental promovidos pela universidade de caráter presencial ou *online*.

Oficinas e Seminário - Problematizações Quanto a Aberturas e Impasses

Como resultado das intervenções inspiradas na GAM realizadas nos contextos deste trabalho, pudemos observar a grande dificuldade na recepção da proposta por parte dos profissionais, uma vez que se encontram inseridos e habituados a atuar a partir de um modelo

de trabalho no qual não se problematiza os lugares ocupados e a dinâmica das relações entre cuidadores e cuidados. Neste contexto, o papel da medicação e da consulta para prescrição dos psicotrópicos parece ainda ocupar o centro do projeto terapêutico dos pacientes em saúde mental, que por consequência, percebem qualquer outra proposta de intervenção apenas como complementar.

Das oficinas com os usuários de medicamentos psicotrópicos, pudemos observar alguns pontos relevantes que, mesmo parcialmente, apresentam um quadro das possibilidades de diálogo, das condições de acesso às informações e de produção de saberes e algumas vias de transformação das relações entre profissionais e pacientes. Dentre as nossas observações podemos destacar para reflexão: o desconhecimento dos usuários em relação à estruturação do SUS, da RAPS e da reforma psiquiátrica e a expectativa por intervenções educativas, ou seja, o recebimento passivo (verticalizado) de um saber sobre o seu adoecimento, tratamento e medicação (ao invés da troca de experiências e da narrativa em primeira pessoa). No entanto, ocorreram algumas chances de quebra, como quando um participante, ao solicitar explicações sobre a bula de sua medicação, teve como proposição de um dos profissionais participantes a leitura da bula coletivamente, com o objetivo de estabelecer maior proximidade e horizontalidade e, durante o processo, a manifestação conjunta da não absoluta compreensão de todos os termos e explicações.

Dos minicursos com os profissionais de saúde mental da região do Campo das Vertentes, podemos destacar algumas tentativas de aproximação com a proposta da estratégia GAM por parte de alguns participantes. Muitos profissionais pediram o afastamento das suas atividades de trabalho diárias para participar do minicurso com duração de 10 horas. Dentre as trocas e os encaminhamentos ocorridos podemos ressaltar algumas estratégias utilizadas por nós, anfitriões do minicurso, para despertar interesse e engajamento por parte dos profissionais, como a mudança do nome do projeto no convite divulgado a fim de facilitar a adesão,

contornando qualquer resistência que o nome Gestão Autônoma de Medicação pudesse causar, fazendo supor que a proposta poderia incentivar o paciente a assumir seu tratamento de forma independente da equipe que dela faz parte. Sendo assim foi utilizado o nome Gestão Compartilhada de Medicação. Ressaltamos também a dificuldade de se construir parcerias com profissionais da saúde mental dentro da universidade e fora dela, o que supomos estar relacionado também à resistência ou ao desinteresse em se colocar em questão as relações ou posições já estabelecidas na clínica convencional entre profissionais e pacientes. Outro ponto de relevância que pudemos observar ao longo dos meses que se seguiram à introdução da proposta GAM para os profissionais tratou-se da observação quanto a não aplicação da proposta em seus contextos de trabalho, nem tão pouco a busca por algum suporte para discussão do assunto com a equipe daqueles que fizeram parte do minicurso.

Cabe ainda destacar, como ponto de reflexão no sentido de sensibilização dos profissionais envolvidos na proposta de apresentação da GAM, a importância de se aproximar a realidade do paciente à realidade dos profissionais, estes muitas vezes também usuários de medicamentos psiquiátricos. Pudemos notar uma mudança no foco da discussão no momento em que foi possível, por meio de uma estratégia de facilitação do grupo voltada para o envolvimento pessoal dos profissionais participantes, conhecer um pouco da história de cada participante. Foi possível observar que grande parte deles (cerca de 70%) também fazia uso de medicamentos psiquiátricos. A discussão foi encaminhada no sentido de que estes profissionais percebessem que eles próprios também faziam uso das medicações psiquiátricas assim como seus pacientes, portanto, se tratava de possíveis sujeitos agentes e destinatários da proposta GAM. Foi possível então estabelecer uma mudança de foco na discussão com o reconhecimento por parte dos profissionais de que também estavam incluídos em uma experiência de adoecimento mental. Muitos dos relatos de adoecimento foram relacionados ao trabalho (sobrecarga, pressão, conflitos, estresse) o que nos leva a refletir sobre o trabalho em

saúde mental como potencialmente adoecedor.

De modo geral, das nossas percepções quanto aos impasses vividos enquanto equipe propositora da estratégia GAM, podemos destacar: as expectativas (e consequente frustrações) de alguns participantes propositores das dinâmicas da GAM em relação ao não interesse na suspensão do tratamento alopático por parte dos usuários de medicamentos (indicando certa ansiedade em se promover mudanças que os usuários não se sentiam ainda interessados em realizar); a coexistência de outras formas de medicalização/psicologização (uma vez que, ao flexibilizar determinado saber psiquiátrico convencional, ainda se poderia incorrer em tentativas de instituir uma nova verdade generalizante em saúde de base médica, alternativa ou psicológica); a dificuldade de questionarmos nós mesmos quanto às nossas posições ocupadas nas relações de poder e saber. Também foi vivenciado como impasse a ocorrência de perguntas sob a forma de consulta médica ou psicológica durante as reuniões do grupo, nos exigindo ressaltar inúmeras vezes a proposta do projeto e nossa função não clínica naquele contexto. Por fim, cabe ainda destacar uma outra dificuldade a ser considerada em relação à responsabilidade passível de ser atribuída aos propositores da GAM por profissionais externos diante do abandono/mudança/redução/suspensão do tratamento por alguns participantes usuários no decorrer das semanas da oficina. Nesse sentido, buscávamos deixar explícita a função dos encontros como espaço de diálogo sobre tratamentos, medicações e condições de adoecimento e cura, e não como espaço para incentivo ao abandono de tratamento ou de medicação, tendo em vista toda a complexidade do processo de introdução e retirada de medicamentos.

Tratamento *versus* Medicação - Vias de Reflexão

Durante uma das oficinas com usuários, ao se questionar sobre o que se compreendia por “tratamento”, diversos aspectos e elaborações foram trazidos, observando-se o predomínio de falas que apresentavam uma compreensão sobre o tratamento a partir de uma visão integral de saúde *versus* uma visão de tratamento como uso contínuo e garantido da medicação. A este

respeito, temos como exemplos falas de participantes: “o tratamento é o acompanhamento com atenção, carinho, visão, solidariedade, não uma obrigação, ou que tem que dopar, cortar as vozes, mas ouvir as pessoas e saber o que se passa na mente delas” (R., mulher, 26 anos); e a de outra participante que aborda o seu medo em relação à realização de um tratamento recém-instituído: “medo que me mude totalmente” (G., mulher, 21 anos). Tal posição foi corroborada por outros participantes que enfatizavam medo, insegurança ou desconhecimento em relação ao tratamento medicamentoso, tendo-o enquanto algo externo, autoritário e distante. Poucos dos presentes pareciam saber especificar as abordagens terapêuticas utilizadas em seus casos ou relatar a possibilidade de diálogo ou negociação com a equipe que os acompanhava.

Outro aspecto importante relatado quando abordado o tema “tratamento” foi a afirmação de alguns participantes sobre a percepção de não eficácia do uso da medicação e ainda assim a designação de “estar em tratamento”. Outros participantes relataram prejuízos vários advindos do uso dos remédios, apresentando diversos efeitos colaterais desconfortáveis e problemáticos para o desempenho das atividades diárias e para o contato social, mas, mesmo assim, mantinham o seu uso. O relato de uma participante em relação ao tratamento representar qualidade de vida enfatizou o contraste presente nos demais relatos que apontavam o tratamento como ineficaz, ou seja, sem respostas satisfatórias.

Neste sentido, cabe refletir sobre o direcionamento e o foco dos tratamentos instituídos em todos esses casos, se eles seriam abordagens que buscam atender prioritariamente aos jogos de interesse da equipe de saúde, por vezes inserida em uma perspectiva de silenciamento de sintomas e uso do diagnóstico como padrão de reforço para uma visão clínica biomédica e verticalizada, ou se seriam tratamentos realmente voltados para os interesses dos pacientes, pautados pela preocupação em relação aos efeitos colaterais das medicações, eficácia, cuidado e negociação, uma vez que muitos discursos apresentavam o “tratamento” como algo impositivo e externo. A este respeito temos que: “o médico não pergunta sobre doenças e

interações medicamentosas, sobre condições de saúde, só querem saber sobre os sintomas”, (M., mulher, 42 anos), ou ainda a fala de uma participante que afirmou que ao tentar discutir com seu médico sobre o tratamento empregado, foi repreendida com a seguinte frase “para que você quer saber, se você não entende nada mesmo?” (R., mulher, 26 anos).

Faz-se importante considerar que a análise isolada do sintoma e consequente silenciamento do sujeito pode conduzir à piora do quadro do paciente, considerando-se a perspectiva de que o sintoma tem um sentido que está intrinsecamente relacionado ao sujeito e a sua compreensão alusiva ao processo de cura (Lacan, 2003). Sendo assim, algo identificado como sintoma pelo clínico pode ter para o sujeito outro sentido, como no caso de alguns participantes que relataram que a audição de vozes os ajudavam a se organizar por meio de conselhos de vozes amigas ou de parentes já falecidos, assim como vozes de anjos ou entidades analisadas como benéficas para si, como nos exemplos a seguir: “quando escuto vozes de familiares que já morreram eu fico muito feliz que eles estão ali” (S., mulher, 60 anos) ou “uma voz que me aconselha e eu sinto que é melhor seguir ela . . . que está sempre me ajudando” (S., mulher, 60 anos).

Pudemos observar que os participantes, ao narrar sobre seus diagnósticos e itinerários terapêuticos, apesar de alguns não saberem o nome das medicações utilizadas, seu vocabulário continha palavras técnicas, jargões médicos e siglas da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID-10), mostrando a apropriação dessas terminologias e o impacto da medicalização em suas vidas. Um dos participantes trouxe, ainda, como uma alternativa terapêutica, a internação. Ela narrou já ter sido internada no passado por solicitação própria, já que se sentia “esgotada” e desejava outro recurso de tratamento, percebendo a experiência como possibilidade de descanso e reflexão. Outra participante narrou ter sofrido uma internação involuntária, sentindo que “estava em uma prisão”, e continua: “tudo que eu falava, mandavam dar injeção toda hora e uns dez comprimidos, aí eu parei de falar e só ficava deitada

na cama. As enfermeiras ficavam me vigiando, onde eu ia tinha enfermeira, e ficavam anotando tudo que eu estava fazendo” (A., mulher, 40 anos). De acordo com mais uma participante, a internação seria uma estratégia utilizada para controlar o paciente: “o médico ameaçou me internar e ainda disse ‘se você não ajudar, vou te internar’. E deixa eu te falar como é lá, você apanha, tem pessoas muito piores, tem choque, não vai ter sua família” (F., mulher, 30 anos).

Ao trazermos o tema dos recursos terapêuticos aos quais os presentes tinham acesso, a maioria afirmou que fazia acompanhamento nos dispositivos da rede pública de saúde mental da região, elencando psiquiatras, espaços de convivência, psicólogos e hospitais de internação psiquiátrica. Alguns disseram recorrer ao sistema suplementar em busca de tratamento, com consultas “privadas”, terapias holísticas, psicólogos, professores de yoga e de artes, dentre outros. Foram citadas como terapêuticas também, as práticas religiosas, o apoio social de amigos, vizinhos e familiares e as propostas grupais desenvolvidas no ambiente da universidade, citando a introdução ao GAM.

Da discussão sobre os recursos terapêuticos acessíveis, despreendeu-se uma reflexão desenvolvida por um dos pesquisadores sobre a falta de estudos dos efeitos inesperados do uso de certas medicações psiquiátricas, mais precisamente, dos benzodiazepínicos, os quais, a longo prazo, poderiam, segundo pesquisas apresentadas por ele, causar déficits cognitivos e alterações de comportamento. Diante desta reflexão, as manifestações de grande parte dos usuários apontaram que, diante da aflição, desconforto ou sofrimento em que se encontravam (ou se encontram) no momento da busca por tratamento, a preocupação com os efeitos a longo prazo se tornava secundária, estando em primeiro plano a necessidade de alívio imediato do mal-estar. Ou seja, diante de uma experiência de sofrimento considerada insuportável, a melhor opção seria ainda a medicação, e não caberia pensar em danos futuros em tal condição.

Foi notável no processo de apresentação da GAM, que, ao tratarmos do tema dos diagnósticos, uma das participantes, mãe de um usuário de psicofármacos, relatou com

convicção e satisfação o fato de ela mesma ter “diagnosticado” seu filho, antes de qualquer equipe multiprofissional. Uma vez que havia parentes que apresentavam o mesmo comportamento, o fato serviu de padrão de análise para aquela mãe reconhecer e identificar o seu filho também “com o transtorno”. Tal situação nos leva a refletir sobre como o processo de medicalização e patologização das vidas e condutas (a partir de certos jogos de interesses sociais, políticos e econômicos) observadas e categorizadas dentro de espectros de anormalidade pode extrapolar os limites das intervenções do campo da medicina, munindo a população para que ela mesma incorpore os mecanismos de avaliação médica e um controle social de uns sobre os outros.

Outro tema trazido ao debate foi a participação de familiares no tratamento e a compreensão destes em relação às experiências dos usuários de medicamentos, havendo vários relatos em relação ao apoio da família, tanto na interpretação de seus quadros, quanto no controle do acompanhamento terapêutico. A este respeito se tem os seguintes relatos: “minha mãe me ajuda a estudar sobre a medicação, converso bastante com ela” (M., mulher, 42 anos); “minha mãe que me dá os remédios, porque uma vez eu parei de tomar, e ela que cuida agora e assina o papel no CAPS” (A., mulher, 40 anos); “meus pais me dão os remédios, o médico disse que tinha que ser rigoroso [o uso]” (A., homem, 30 anos).

Em contrapartida, uma das participantes questionou a necessidade de intervenção frequente da família: “a minha palavra não vale nada. Nunca entregam o remédio na minha mão, alguém sempre tem que me acompanhar na consulta. Pegar o remédio e assinar os papéis tem que ser outro, eu não” (A., mulher, 40 anos). A partir dessas experiências, pode-se questionar se a introdução dos familiares no tratamento tem sido feita de modo a fortalecer a rede de apoio e o compartilhamento de responsabilidades ou como um dispositivo de controle, tutela e às vezes desapropriação do próprio usuário de seu poder de escolha e negociação.

Outro importante aspecto discutido no grupo foi quanto à retirada de forma independente da medicação, o que pudemos verificar pelos seguintes relatos: “meu organismo já se acostumou, quando tento tirar, eu passo mal” (A., mulher, 40 anos); “sem a medicação eu vou ficando cada vez mais nervosa, mais agitada” (S., mulher, 60 anos). Foi possível observar por estes fragmentos que a manutenção do uso da medicação ocorria devido ao medo e à intolerância dos efeitos da retirada, às vezes confundidos com o agravamento do próprio quadro psíquico. Essas alterações sentidas e induzidas pela dependência aos remédios psicoativos têm como consequência uma adesão forçada, condição a ameaçar a possibilidade da redução por vontade própria e a ocasionar uma distorção da autopercepção.

Conforme já exposto, em um dos encontros, foi acordado que seria realizada a leitura da bula de algumas medicações mais utilizadas entre os participantes, de modo a compreender a indicação do uso, a forma de atuação e os efeitos colaterais. A leitura foi realizada em relação à olanzapina e ao carbonato de lítio, sendo dividida entre todos os presentes que compartilharam o mesmo parecer sobre o descrito, atribuindo a conotação de difícil compreensão. Houve o questionamento por parte dos usuários se a escrita das bulas seria direcionada aos usuários ou aos profissionais. A dificuldade de compreensão e exposição obscura das informações indicava o não endereçamento aos leigos. Quando perguntados sobre a frequência de leitura da bula, grande parte dos presentes respondeu negativamente: “não, porque eu começo a sentir tudo” (F, mulher, 30 anos); “sinto que fico muito mais confusa” (C., mulher, 50 anos).

Conclusão

A estratégia GAM busca se estabelecer no Brasil como dispositivo complexo, aglutinando questões como autonomia, cuidado, acolhimento, empoderamento, cogestão e participação social, adaptados dentro do contexto brasileiro e considerando o cuidado e o protagonismo como aspectos fundamentais do processo em saúde. Assim, em contraposição

ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, a GAM favorece a experiência do sujeito na construção da própria realidade de cuidado. Desta forma, propõe o redimensionamento da posição do usuário diante do seu tratamento, buscando refletir sobre a comum condição passiva do paciente e incentivar uma condição ativa de agente no próprio processo de cuidado, repercutindo nas ações das equipes do campo da saúde mental.

Embora seja precoce trazer definições mais precisas quanto às repercussões da GAM para seus participantes, podemos compreendê-la como uma potência, em termos de espaço de diálogo e de transição para possíveis novas relações entre os envolvidos no tratamento, assim como espaço de mudança em relação à percepção do tratamento e do uso de medicações, em uma tentativa de cuidado, corresponsabilização e humanização. Podemos entendê-la também como possibilidade de resistência em relação às forças coercitivas institucionais que dizem o que somos, dos nossos corpos e de nossas vivências em termos de saúde mental.

Consideramos que a narrativa do sujeito sobre seu próprio processo de adoecimento e a forma como o compreende e o vivencia de fato (usando seus próprios termos e sua capacidade de interpretação) podem criar condições de empoderamento, uma vez que ele passa a ocupar o lugar novamente de locutor de sua própria história (em vez de ser falado como sujeito fora do discurso), e, quem sabe, com isso, possa propor e conduzir novamente seu próprio destino (ao invés de seguir um fatídico prognóstico). A GAM atua, assim, contextualizando o usuário enquanto sujeito social, trazendo a cura a partir das relações sociais e retirando-a de dentro do restrito *setting* médico-psiquiátrico ou psicológico.

Embora a estratégia GAM venha compor com demais práticas no sentido de desmedicalização do sofrimento, deve-se estar atento a outras formas de captura médica ou psicológica, ainda diluídas em novas propostas em saúde mental. Diante da expectativa pedagógica de alguns participantes e da resistência de outros profissionais, assumir posições já bem demarcadas de saber-poder, favorecendo relações verticalizadas dentro dos encontros,

torna-se algo a que se deve resistir continuamente. Os locais que muitos tomam como seu nos grupos (lugar do paciente, do médico, do psicólogo, do pesquisador etc.) partem de realidades já dadas, em que o paciente se encontra em uma posição passiva-receptor e os demais em uma posição ativo-conhecedores. Cabe às novas abordagens em saúde mental repensar essas dinâmicas e elaborar outras formas relacionais mais íntegras no sentido de preservação da história e da vida dos sujeitos.

Referências

- Andrade, M. T. M., Medeiros, E. F., & Patriota, L. M. (2010). A Reforma Psiquiátrica na prática e a prática da Reforma Psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSi (Centro Campinense de Intervenção Precoce) de Campina Grande–PB. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 2(4-5), 44-57. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v2i4-5.68457>
- Campos, G. V. S.; Onocko-Campos, R. T. (2009). Gestão em saúde. In *Dicionário da educação profissional em saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro. <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>
- Campos, R. O., Passos, E., Palombini, A., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., & Melo, S. S. J. (2014). *Gestão autônoma da medicação—Guia de Apoio à Moderadores*. DSC/FCM/UNICAMP. https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. (6a ed). Forense Universitária. (Original publicado em 1943)
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1088-1095. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>
- Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 1(18), 1-20. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>
- Foucault, M. (1999) *Aula de 17 de março de 1976. Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France. Martins Fontes.
- Jorge, M. S. B., Campos, R. O., Pinto, A. G. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Experiências

- com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22, 1543-1561. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400015>
- Lacan, J. (2003) *Ato de Fundação. Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Melo, A. S. E. D., Maia, O. N. Fo., & Chaves, H. V. (2016). Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28, 153-159. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1162>
- Onocko-Campos, R. T., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa., O. D. Jr., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Surjus, L. T. L. S., Arantes, R. L., Emerich, B. F., Otanari, T. M. C., & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 967-980. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. de L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M., & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2889-2898. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
- Passos, E., Palombini, A. L., Campos, R. O., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., Marques, C. C., Zanchet, L., Cervo, M. R., & Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, (41), 24-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Rosa, B. P. G. D. D., & Winograd, M. (2011). Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*, 23, 37-44.

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>

Rose, N. (2013). *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*.

Paulus.

Santos, D. V. D. (2014). *Gestão Autônoma da Medicação: da prescrição à escuta* [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório institucional UNICAMP.

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/deivisson2014doutorado.pdf>

Silva, C. D. C. D. (2018). Farmacovigilância: uma estratégia biopolítica. *Saúde e Sociedade*, 27, 860-870. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018166735>

Vasconcellos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias*. Paulus.