
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
REGIANE BATISTA PEREIRA

**A ABORDAGEM DA GESTÃO AUTONOMA DA MEDICAÇÃO E SUAS
POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A AUTONOMIA DOS USUÁRIOS
DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: uma experiência realizada no
CAPS II do interior de Minas Gerais.**

Belo Horizonte

Maio/2023

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
REGIANE BATISTA PEREIRA

**A ABORDAGEM DA GESTÃO AUTONOMA DE MEDICAÇÃO E SUAS
POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A AUTONOMIA DOS USUÁRIOS
DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: uma experiência realizada no
CAPS II do interior de Minas Gerais.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Saúde Pública do Estado de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Políticas de Saúde Mental e Atenção
Psicossocial

Orientador: Dr. João Vinícius dos Santos
Dias

Belo Horizonte

Maio/2023

P436a

Pereira, Regiane Batista.

A abordagem da gestão autônoma de medicação e suas contribuições para a autonomia dos usuários de serviços de saúde mental: uma experiência realizada no CAPS II do interior de Minas Gerais. / Regiane Batista Pereira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

18 f.

Orientador(a): João Vinícius dos Santos Dias.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. GAM. 2. Saúde Mental. 3. Autonomia. 4 . Cogestão. I. Dias, João Vinícius dos Santos. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 495

Regiane Batista Pereira

**A ABORDAGEM DA GESTÃO AUTONOMA DE MEDICAÇÃO E SUAS
POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A AUTONOMIA DOS USUÁRIOS
DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: uma experiência realizada no
CAPS II do interior de Minas Gerais.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Saúde Pública do Estado de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em
Políticas de Saúde Mental e Atenção
Psicossocial

Orientador: Dr. João Vinícius dos Santos
Dias

Banca Examinadora

Esp. Thiago Magela Ramos
Gerencia Saúde Mental Divinópolis/MG.

Me. Rodrigo Silva Simas.
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Dr. João Vinícius dos Santos Dias (Orientador)
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Belo Horizonte, 25 de maio de 2023.

RESUMO

O presente artigo apresenta o processo de implementação e as possíveis contribuições de um Grupo de Gestão Autônoma da Medicação implantado no CAPS II- Centro de Atenção Psicossocial de um município do interior de Minas Gerais. O texto faz uma discussão acerca do modelo de cuidado que vem sendo adotado no interior dos serviços substitutivos, ainda muito centrado no modelo biomédico e tecnicista. Aponta-se como possibilidade de mudança de paradigma a abordagem de cuidado proposto pela GAM, que se coloca como uma prática emancipatória, propondo mudanças nos processos de cuidado em saúde mental baseados nos princípios da cogestão e autonomia. Para coleta de dados, análise e produção deste relato considerou-se o período de implementação do grupo, de agosto de 2022 até fevereiro de 2023. A implementação desta prática é considerada um avanço, visto que foi possível observar, através dos relatos dos participantes, maior consciência do processo de adoecimento, bem como de informações sobre o tratamento, promovendo a horizontalidade das relações de cuidado, valorizando prioritariamente a experiência do sujeito consigo mesmo e com o uso de medicações psicotrópicas.

Palavras Chaves: GAM, Saúde Mental, Autonomia, Cogestão.

ABSTRACT

This article presents the implementation process and potential contributions of an Autonomous Medication Management Group implemented in the CAPS II - Psychosocial Care Center of a city in the interior of Minas Gerais, Brazil. The text discusses the care model being adopted in substitute services, which is still heavily centered on the biomedical and technicist model. The GAM approach to care is presented as a possibility for a paradigm shift, proposing changes in mental health care processes based on the principles of co-management and autonomy. Data collection, analysis, and production of this report were based on the group's implementation period from August 2022 to February 2023. The implementation of this practice is considered an advancement, as it was possible to observe, through participants' reports, greater awareness of the illness process, as well as information about treatment, promoting horizontal care relationships and valuing primarily the subject's experience with themselves and the use of psychotropic medications.

Keywords: GAM, Mental Health, Autonomy, Co-management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
ESP MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO.....	7
2) METODOLOGIA.....	8
3) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
4) CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA.....	12
5) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1) INTRODUÇÃO

Este artigo busca refletir sobre o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e seus avanços nas práticas e cuidados em saúde mental nos últimos anos, através do relato da experiência de implementação de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um CAPS II do interior de Minas Gerais.

Através deste relato busca-se refletir sobre a introdução de novas abordagens que pautam sua finalidade na emancipação dos sujeitos portadores de sofrimento mental, com intuito de superar o paradigma manicomial ainda persistente nas redes de atenção psicossocial.

O interesse por este tema surgiu a partir da experiência de trabalho da autora em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do interior de Minas Gerais. Nessa experiência, foi possível perceber que mesmo com a substituição dos grandes hospitais psiquiátricos, pelos chamados serviços substitutivos, ainda persistem práticas manicomiais pautadas na tutela, ‘hipermedicalização’ e nas relações horizontalizadas de poder, marcadas pela dominação do profissional de saúde sobre o paciente. Pela vivência neste serviço da rede de saúde mental, foi percebido que tais práticas reproduziam usuários passivos, com pouca crítica sobre si mesmo e do adoecimento que lhe acometia, com limitada participação nos processos decisórios sobre seu tratamento.

Essa experiência possibilitou o interesse e contato com discussões acerca de novas abordagens de cuidado que promovessem a autonomia e auto-gestão dos usuários, e dentre as que mais acarretou motivação foi a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), o que culminou na implementação desta intervenção no interior do CAPS II desde agosto de 2022.

No intuito de investigar a temática, buscou-se por referenciais que pudessem embasar teoricamente o assunto abordado e, após a realização de um levantamento bibliográfico, constatou-se que tal abordagem surgiu em Quebec no Canadá em 1993 e foi adaptada para realidade brasileira através de um grupo de pesquisadores. Tal modelo de intervenção em saúde mental vem demonstrando ser uma prática potente de fortalecimento e ‘empoderamento’ dos usuários das redes de atenção psicossocial do país para além de uma simples apropriação de conhecimento sobre medicação. A partir do interesse e das leituras realizadas sobre o tema abordado, emergiu o seguinte questionamento: quais as contribuições o método GAM pode trazer para promoção da autonomia dos usuários da rede de atenção psicossocial?

Assim, o presente artigo tem como objetivo analisar a implementação de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação em um Centro de Atenção Psicossocial, valendo-se dos impactos no cotidiano e práticas do serviço, bem como na vida dos participantes.

2) METODOLOGIA

O presente artigo leva em consideração o período de implementação do grupo, ocorrido em 09 de agosto de 2022 até fevereiro de 2023. O intervalo abrange desde a data do primeiro encontro do grupo de GAM até a data de redação deste texto, período que permitiu seis meses de observação e coleta de dados significativos para análise.

Concomitante ao processo de implementação da abordagem, foi feito um estudo bibliográfico visando um aprofundamento sobre a temática. Levou-se em consideração importantes autores que participaram do processo de implementação da GAM no Brasil, como os professores Rosana Onocko e Eduardo Passos.

A escrita do presente relato de experiência se deu através da junção entre a pesquisa de campo, desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado, conjugada com outros procedimentos como a análise de documentos.

A técnica de coleta de dados adotada consistiu na observação sistemática e no registro no diário de campo da autora, bem como na ata de registro dos encontros. É importante destacar que o diário de campo é um instrumento de registro diário e faz parte das técnicas de pesquisa.

De acordo com Minayo (1993) no diário de campo

Constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. Falas, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõem o quadro das representações sociais (Minayo, 1993, p.100).

Diante disso o presente relato de experiência busca validar a produção de conhecimento a partir das vivências do cotidiano da prática profissional por meio de uma redação crítica-reflexiva sobre a experiência e seus desdobramentos, desafios e insuficiências (MUSSI, et al, 2021).

3) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No campo da saúde mental a Reforma Psiquiátrica brasileira foi um importante marcador e divisor de águas que promoveu a ruptura do modelo asilar e biomédico de cuidado para propor uma rede de cuidados com base territorial, com objetivo de promover a autonomia e reconstrução dos direitos de cidadania aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Compreendendo a Reforma Psiquiátrica como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, cabe dizer que a mesma não deve ser entendida como um fato isolado mais num processo histórico e contínuo, e que vem “transformando a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não somente as instituições e práticas psiquiátricas vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamentos e legitimidade a tais práticas”. (Amarante, p 12, 2007).

Falar de processo incide em pensar em movimento, algo que caminha como exemplifica Amarante (2007). É neste contexto e 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. Buscando superar a visão que reduz o processo da reforma a mera reestruturação dos serviços, um dos principais desafios da RPB hoje é avançar no processo amplo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas em sofrimento mental.

No modo da atenção psicossocial, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são considerados dispositivos institucionais estratégicos para superar o modelo asilar na reforma psiquiátrica. No entanto, como explica Costa-Rosa (2000), a existência de vários dispositivos não garante uma mudança significativa em relação ao modelo asilar de cuidados.

Poderemos concordar que um modelo ‘hospitalocêntrico’ e ‘medico-centrado’ é diferente de um modelo centrado no ambulatorio e no trabalho da equipe multiprofissional: percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatorio pode continuar ocupando o lugar de ‘depositário’ que é o hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa: assim como pode continuar situando-se como sujeito especialista (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção. (COSTA-ROSA, p.144, 2000)

Com efeito cabe dizer que a RPB trouxe inúmeros benefícios e avanços no campo do cuidado em saúde mental, mas como explica Bezerra Jr. (2007), por ser uma política pública de mudança de paradigma, se desdobra em diversos planos: assistencial, jurídico,

político e sociocultural. Sobre o plano assistencial, o autor chama a atenção para a necessidade de se pensar sobre formas inovadoras de organizar o cuidado, além de modelos de intervenção que possam se adequar aos novos dispositivos, indo além da clínica tradicional.

Como uma das dimensões do plano assistencial, a clínica precisa avançar no sentido da elaboração de dispositivos teóricos e de ações “que ao mesmo tempo retenham o horizonte fundamental da clínica (a ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito) e amplie o alcance da rede” (Bezerra Jr., 2007, p. 244). Apesar do avanço e da consolidação do campo da atenção psicossocial no país, a dimensão do protagonismo de usuários ainda é embrionária na experiência brasileira.

Nesse contexto, surgem no cenário internacional novas tecnologias de cuidado em saúde mental que propiciam o protagonismo dos usuários e uma dimensão crítica dos métodos de tratamento, sendo uma delas a Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

A abordagem GAM teve início no Canadá, mais especificamente na cidade de Quebec, em 1993. Na época, o uso de medicamentos para o tratamento de saúde mental era amplamente aceito e muitas vezes considerado a única opção de tratamento. No entanto, grupos de usuários começaram a defender o acesso mais amplo à informação sobre medicamentos prescritos, bem como a validação das diferentes experiências e significados que cada indivíduo pode ter com a medicação.

A GAM surgiu então através de um processo de construção coletiva e muito participativa, com a organização de grupos de debates entre usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários e profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde, que vale ressaltar não faziam parte dos serviços oferecidos pelo governo canadense. Atualmente a GAM faz parte do plano de ação elaborado pelo governo e sua prática é reconhecida e estimulada (ONOCKO, et al, 2014, p.12).

Uma das ferramentas resultantes dos debates sobre a construção da Gestão Autônoma da Medicação é o Guia GAM. Elaborado no ano de 2001, este guia propõe que os usuários da saúde mental tenham acesso às informações necessárias para reivindicar seus direitos e reflitam sobre o papel que a medicação e outras práticas ocupam em suas vidas. Além disso, o guia sugere que o usuário deixe de ser tratado como um "objeto" do tratamento e passe a ser considerado um "sujeito ativo" e uma "pessoa de pleno direito".

O Guia GAM construído no Canadá foi adaptado para a realidade brasileira nos anos de 2009 e 2010, por um grupo de pesquisadores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde de Campinas/SP, Novo Hamburgo/RS e Rio de Janeiro/RJ. A adaptação

buscou levar em conta o contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e da existência do SUS- Sistema Único de Saúde.

Entre os princípios da GAM, a autonomia e a cogestão são considerados pilares básicos e orientadores desta abordagem. A autonomia não é entendida como individualismo, mas sim como proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, em que a autonomia significa estar em relação com os outros e não sozinho.

Como sugere Kinoshita (1996)

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos, a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/ coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (p.57).

Tal princípio impele os usuários a tomarem o lugar de protagonistas e corresponsáveis pelo tratamento que seguem e, conseqüentemente, pelas suas vidas. O poder decisório antes conferido apenas ao saber médico e técnico agora é colocado de maneira horizontal e não mais importante que o saber e a experiência do sujeito.

No contexto da GAM os usuários dos serviços de saúde mental são impulsionados a compartilhar suas experiências e tomar as decisões de forma conjunta aos outros saberes, o que leva em direção ao segundo princípio que é a cogestão. Falar de gestão autônoma não significa falar de uma gestão independente, mais de uma cogestão (ONOCKO, et al, 2014), o que sugere um “fazer junto” com os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado.

A GAM aposta no valor das conversas para decidir juntos o melhor plano de tratamento. Aposta-se que em conjunto pode-se criar e sustentar formas de tratamento que isoladamente não seriam possíveis. Ampliar as possibilidades de cuidado partindo do ponto de vista do próprio usuário é produzir uma gestão autônoma.

Passos (2013), explica tal proposta,

A gestão do cuidado em saúde, no contexto democratizante..., que consiste em colocar lado a lado cuidadores e sujeitos cuidados, cogerindo os processos de cuidado e coproduzindo-se mutuamente. A cogestão, assim, pode ser entendida também como uma estratégia de autonomização e protagonização dos diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários e familiares) implicados no processo de produção de saúde; com efeito, quando colocada em ação, ela cria condições para diferentes expressões da autonomia. (p.30-31)

Nesse sentido, o manejo cogestivo suscitado pela GAM, convoca os profissionais a se posicionarem em um patamar de igualdade perante os usuários, colocando sua dimensão técnica do trabalho a serviço das próprias estratégias de vida dos sujeitos validando e reconhecendo as experiências singulares de cada um (CAMPOS, 2006).

Contudo, ao longo da história, mesmo com as mudanças e todo processo de ‘desinstitucionalização’ da loucura, ainda sim, velhas práticas persistem vestida com novas roupagens (FOUCAULT, 1997 [1961]). Percebe-se no campo do cuidado em saúde mental, que a lógica manicomial ainda persiste nos modos de operar dos serviços substitutivos, com a centralização do saber médico e técnico nas tomadas de decisão, o uso ou aumento da prescrição de medicações e a permanência-dia como único recurso terapêutico oferecido. A concentração do cuidado centrado apenas no interior dos CAPS produz um limite tênue entre o cuidado e a tutela.

A superação do paradigma manicomial pressupõe a restauração, promoção e fortalecimento da autonomia e cidadania dos usuários, possibilitando aos sujeitos maior controle sobre suas vidas, e uma participação mais ativa em direção a mudança. Sendo assim, a GAM pode vir a ser uma aposta potente enquanto instrumento de emancipação e ‘empoderamento’ dos usuários, visto que almeja a ‘horizontalização’ das relações de poder e decisão, através do acesso a informação e conhecimento.

4) CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A implementação da abordagem GAM - no CAPS II de um município do interior de Minas Gerais teve origem a partir do desejo da autora, trabalhadora da saúde mental, em tentar de forma concreta produzir no cotidiano do serviço alguma abordagem que buscasse o fortalecimento e emancipação dos usuários. Se percebia que as práticas institucionais permaneciam muito enrijecidas no modelo médico-centrado e a construção do projeto terapêutico singular (PTS) ainda muito empobrecido, valendo-se na maioria dos casos apenas da medicação e da permanência-dia como intervenção terapêutica possível.

Observando tal realidade, que geralmente não é questionada na prática dos profissionais, percebe-se que ela constitui um modelo de cuidado pré-estabelecido que carrega uma herança histórica manicomial. Esse modelo se baseia na institucionalização e na medicação, ou seja, na ideia de que o diferente precisa se silenciar e se adequar às normas e protocolos. Essa prática tem reproduzido no usuário uma posição passiva de

aceitação, sem questionar o que lhe é proposto ou, ainda pior, sem levar em consideração sua experiência de vida ou seus desejos.

Após ingressar na especialização em saúde mental e atenção psicossocial em setembro de 2021 na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), a autora se viu tomada por vários questionamentos sobre sua prática profissional e sobre qual formas de cuidado estão se produzindo nos serviços substitutivos.

A angústia em avaliar sobre a responsabilidade da prática e a qual modelo ela estaria reproduzindo, resultou em um processo de auto-reflexão sobre a ética do cuidado e a busca por produzir uma mudança neste contexto. No decorrer da formação foi vislumbrada na abordagem da GAM uma possibilidade de intervenção junto aos usuários com objetivo de fortalecer o protagonismo e a autonomia dos mesmos, quebrando paradigmas históricos.

Sendo assim, a proposta da criação do grupo foi apresentada a coordenação do serviço e posteriormente para equipe. Num primeiro momento, foi convidada uma técnica de saúde mental de outro município mineiro que já conhecia a abordagem e era moderadora desde 2017 no CAPS II do seu território. A mesma apresentou para equipe o modelo de cuidado conforme o Guia orienta e os resultados e mudanças, mesmo que singelas, após a implementação do método no serviço onde atua.

Posteriormente para implementação efetiva, em reunião de equipe, foi limitado o número para dez participantes inicialmente, e definido que os usuários fossem indicados pelos seus respectivos técnicos de referência. Foi também definido como critério a participação de usuários que já tivessem passado pelo serviço e tivessem certa resistência ou dificuldade com uso da medicação.

Com a indicação de oito usuários, o grupo teve seu primeiro encontro no dia 09/08/2022, quando foi apresentada a proposta e definidos os acordos, como a frequência dos encontros, o local e o horário. Por sugestão e aprovação do grupo, ficou definido que os encontros aconteceriam quinzenalmente, às terças-feiras, às 8h30 da manhã, no CAPS II. Até a escrita deste artigo, ocorreram treze encontros, onde foi entregue um Guia para cada participante, e as reuniões foram construídas a partir dos conteúdos e propostas feitos pelo material, mas também pela necessidade e momento dos participantes. Manteve-se uma flexibilidade com relação a estruturação dos encontros conforme o grupo foi caminhando.

A proposta do Guia indica de forma pedagógica a construção de um caminho, e nesse processo há indicação de alguns passos. São um total de seis passos, que através de

textos, figuras, tabelas e questionamentos levam o sujeito a refletir sobre sua história, seu processo de adoecimento e suas experiências de vida e com o uso dos medicamentos, além de promover o acesso a informação sobre medicação psicotrópica e seus direitos enquanto usuários.

Percebeu-se no decorrer dos encontros a necessidade de adaptar alguns questionamentos para realidade e compreensão dos usuários, bem como a introdução de dinâmicas e brincadeiras para promover a descontração e aproximação entre os participantes.

Destacou-se em um dos primeiros encontros uma frase que foi transcrita do guia para um cartaz e afixada na sala onde acontecem as reuniões, a frase se pronuncia de forma afirmativa e na primeira pessoa: “EU NÃO SOU UMA DOENÇA, SOU UMA PESSOA”. O diálogo em torno de tal reflexão, proporcionou inúmeras discussões principalmente sobre a forma como próprio sujeito se enxerga, na maioria das vezes refletindo uma autoimagem carregada de discriminação, falta de aceitação de si próprio, e redução da pessoa em um amontoado de sintomas e doenças.

Ao longo do processo, percebeu-se a potencialidade desse espaço, que foi se constituindo como um lugar de fala e de identificação entre os participantes, estimulando o protagonismo dos usuários. Alguns deles se mobilizaram para ajudar outros em situações particulares, estabelecendo relações de cumplicidade e amizade para além dos encontros propostos.

Um ponto importante foi a percepção de que o CAPS desempenha um papel importante na vida dos usuários, constituindo-se como lugar de pertença, aliança, acolhimento e respeito, não somente para tratamento. No entanto, a centralidade que o serviço acabou por ocupar na vida desses sujeitos, foi se constituindo como único lugar de pertencimento, e de laço social possível. Essa linha tênue acabou por reproduzir relações sociais limitadas direcionando ao lugar do tratamento como único lugar que os cabe.

Foi possível perceber nas falas e registros dos próprios participantes uma vida social empobrecida, que se restringe ao círculo familiar e a locais de tratamento de saúde. Muitos relataram que após o adoecimento o círculo de convivência e amizades reduziram consideravelmente, assim como a própria circulação por espaços sociais diversos. Observa-se com isso como o estigma e o pré-conceito ceifaram desses sujeitos outras possibilidades de vida e de acesso.

Um ponto muito importante constatado pela experiência, foi o quanto os encontros proporcionaram uma inflexão de autoconhecimento e crítica sobre o processo de adoecimento desses sujeitos e suas experiências particulares, algo que muitos expuseram como novo em todo percurso de tratamento.

Alguns participantes expuseram sua experiência com os encontros: “Nesses anos todos de tratamento, nunca havia falado abertamente sobre meu adoecimento e sobre essas informações das medicações” (sic). “Nunca tinha parado para pensar na minha história, ou no que tem dentro da minha cabeça” (sic).

Compreendeu-se que a GAM vai para além de um guia sobre uso de medicação. A abordagem proporciona acesso, pela via da informação, promove o olhar do participante para sua própria história, para além de sua redução a uma doença ou diagnóstico

A medida que avançávamos no guia, foi se percebendo como o desconhecimento dos participantes sobre o motivo pelo qual faziam uso de determinada medicação e para que elas se destinavam era uma realidade. Observou-se com isso como o tema da medicação e seus efeitos é algo que fica restrito ao domínio técnico. As informações circulam pouco e o próprio usuário pouco sabe para qual finalidade se faz uso de determinada medicação.

Nota-se com essa observação o quanto ainda existe, de forma sutil e velada, o controle e o saber técnico como condutor e gerenciador do cuidado dentro dos serviços substitutivos. No interior do processo histórico da reforma psiquiátrica podemos analisar que saímos do manicômio, mais cáimos em uma trama medicamentosa e tecnicista enquanto forma de controle dos sujeitos.

Nesse contexto a GAM surge como um verdadeiro nadar contramaré nesse mar histórico de exclusão. Ela nos convida, enquanto profissionais do campo da atenção psicossocial, a estar num segundo plano, e a experienciar a falta de ter o controle de tudo. Os usuários e suas experiências com seu adoecimento e processos de vida são os principais protagonistas na condução do grupo. Essa experiência constituiu-se como um espaço de aprendizagem e quebra de paradigmas, pois buscar a posição de moderador de um grupo GAM foi um convite a sair de cena enquanto técnica em saúde mental.

Um momento muito marcante nesse processo, se deu em um determinado encontro que foi discutido sobre o que nós precisamos para viver enquanto pessoas. Surgiram falas como dinheiro, comida, Deus, e uma participante disse: “eu preciso de amor, eu não tenho amor na minha casa” (sic). Essa fala foi muito marcante. O que essas

pessoas buscam e almejam nem sempre vão estar em uma medicação ou no nosso lugar de técnico, são coisas da vida, do humano. Essa mulher queria amor e afeto.

É importante destacar que, a implementação do grupo de GAM no CAPS II reverberou em uma movimentação da rede de saúde mental local em se aproximar da temática e implementar em outros dispositivos. No CAPS Ad deste mesmo município teve início um outro grupo com a abordagem GAM.

Atualmente, alguns usuários abandonaram os encontros e outros participam de forma esporádica, mas até o momento cinco participantes permanecem de forma efetiva e contínua. Essa situação levou à reflexão sobre como foi decidido pelos técnicos do serviço qual usuário deveria receber o convite para participar do grupo e como uma ferramenta tão poderosa ficaria limitada ao acesso de poucas pessoas. Também foi questionado se deveria haver limitação na participação no grupo ou se a escolha deveria ser deixada inteiramente ao usuário.

Constata-se a necessidade de expandir essa prática na rede de atenção psicossocial, permitindo que a participação nos grupos seja escolha dos usuários e não condicionada a decisão técnica. A instituição de um grupo GAM revelou uma realidade dura e velada sobre as nossas práticas e essa ferramenta de emancipação precisa ser difundida em diferentes espaços de cuidado em saúde, ampliando assim o seu acesso.

4) CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro ponto a se destacar é o quanto a possibilidade de ampliação de autonomia dos usuários está intrinsecamente ligada a forma como conduzimos esses sujeitos e sua história. Como questiona Campos (2006), nossas práticas estão aumentando o coeficiente de autonomia desses usuários? Ou, pelo contrário, tem produzido um exército de seres tutelados. A nossa responsabilidade enquanto coprodutores dessa autonomia foi levada para discussão na construção dos projetos terapêuticos singulares em algumas reuniões de equipe. Observou-se uma dificuldade em produzir um cuidado para fora dos muros e paredes dos serviços substitutivos e para além da prescrição de psicotrópicos.

A psiquiatria e o modos operante do paradigma manicomial coloca o sujeito entre parênteses para se ocupar das doenças, doença aqui ligado ao campo da natureza e do orgânico, enquanto que os sujeitos que a vivenciavam ficam em segundo plano. Em contrapartida o modelo de atenção psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica foi de

colocar a doença entre parênteses para se ocupar do sujeito e sua experiência. O contato passa ser então com a experiência de vida de cada sujeito (AMARANTE, 2007).

Sendo assim, cabe dizer que a GAM, assim como o modo de atenção psicossocial buscam proporcionar uma inflexão de mudança no olhar para o sujeito em sofrimento psíquico, a doença fica em segundo plano e o cuidado passa ser direcionado a pessoa humana. Com isso compreende-se que essa nova tecnologia de cuidado se vale de princípios já conhecidos e intrínsecos a nossa prática.

Com a experiência da GAM o que se percebeu foi uma maior consciência crítica por parte dos usuários sobre seus quadros psíquicos e uma maior adesão ao uso de determinados medicamentos, sabendo para qual finalidade cada um se direcionava, bem como a autoconfiança para solicitar a diminuição ou retirada de outros. Pode-se afirmar que este instrumento de cuidado se caracteriza como um espaço de educação popular, visto que os diálogos, discussões e aprendizados se baseiam na experiência de vida de cada um com seu adoecimento.

Contudo, está vivência revela o quanto ainda estamos atrelados a um modo de produção de cuidado em saúde mental muito conectado à figura do médico e na medicação como únicos caminhos possíveis, e o quanto isso reverbera de forma negativa no projeto terapêutico e na vida desses sujeitos. Não se trata meramente de uma crítica ao uso de medicações psicotrópicas, mas de uma reflexão sobre as práticas nos serviços substitutivos que priorizam ou minimizam a clínica do cuidado em saúde mental ao ato médico.

Referir-se ao campo saúde mental, nos impele a um imenso e vasto espectro de conhecimentos envolvidos entre si. Conforme aponta Amarante (2019), seria muito limitante e, até mesmo, estéril pensar uma prática e uma clínica de cuidado em saúde mental baseada apenas em um único saber, a psiquiatria, ou muito menos exercida por fundamentalmente por um profissional, o psiquiatra.

O desafio de implantar e moderar um grupo GAM em um CAPS II, tem se constituído como espaço de aprendizado, desconstrução de saberes e práticas. Considera-se a própria experiência de introduzir essa abordagem um avanço e o desafio presente é difundir essa prática em meio a rede de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BEZERRA, Jr., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 17(2), 243–250, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *Tratado de saúde coletiva*, v. 1, p. 669-688, 2006.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. *Loucura & Civilização collection*, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 5ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva. 1997 (1961).

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. Em PITTA, Ana. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 55-59.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição. São Paulo: Hucitec/RJ: Abrasco, 1993.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

ONOCKO, Rosana Teresa. C; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice, et AL. *Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores*. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>

PASSOS, Eduardo. et al. Autonomia e Cogestão na Prática em Saúde Mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, Nº 41, pp 24-38, maio-agosto, 2013.