The background of the cover is a vibrant, abstract composition of colorful splatters and brushstrokes in shades of yellow, orange, red, purple, and blue. At the bottom, several stylized hands in various colors (red, orange, green, blue, purple) are raised, reaching towards the center. The overall effect is one of energy and diversity.

Organizadores

Leilany Dantas Varela
Antonio Germane Alves Pinto

GAM-demia

Experiências com grupos de
Gestão Autônoma da Medicação
na pandemia COVID-19

Editora

**SER
TÃO
CULT**

Edições UVA

ORGANIZADORES



Leilany Dantas Varela

Enfermeira. Doutoranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) na Universidade Regional do Cariri (URCA). Mestra em Saúde da Família pela URCA. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do Município de Milagres-CE. Docente do Centro Universitário Paraíso (UNIFAP). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).



Antonio Germane Alves Pinto

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA). Bolsista-Pesquisador do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Pesquisador e Líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).



Organizadores

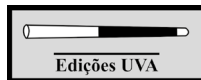
Leilany Dantas Varela
Antonio Germane Alves Pinto

GAM-demia

Experiências com grupos de
Gestão Autônoma da Medicação
na pandemia COVID-19

Sobral-CE
2025

Editora
**SER
TÃO
CULT**



GAM-demia - Experiências com grupos de Gestão Autônoma da Medicação na pandemia COVID-19

© 2025 copyright by: Leilany Dantas Varela, Antonio Germane Alves Pinto (orgs.)

Impresso no Brasil/Printed in Brazil



Editora
**SER
TÃO
CULT**

Rua Maria da Conceição P. de Azevedo, 1138
Renato Parente - Sobral - CE
(88) 3614.8748 / Celular (88) 9 9784.2222
contato@editorasertaocult.com.br
sertaocult@gmail.com
www.editorasertaocult.com.br

Coordenação Editorial e Projeto Gráfico
Marco Antonio Machado

Coordenação do Conselho Editorial
Antonio Jerfson Lins de Freitas

Conselho Editorial
Antonio Marcos Tosoli Gomes
Cristiane da Silva Monte
Francisco Ari de Andrade
Francisco Ricardo Miranda Pinto
Israel Rocha Brandão
João Silveira Muniz Neto
Percy Antonio Galimberti
Raul Max Lucas da Costa

Revisão
Danilo Ribeiro Barahuna

Diagramação e capa
João Batista Rodrigues Neto

Catálogo
Leolgh Lima da Silva - CRB3/967



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia – Sobral-CE
CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613
Filiada à



Reitora
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Vice-Reitor
Francisco Carvalho de Arruda Coelho

Diretora das Edições UVA
Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente)	Maria Amélia Carneiro Bezerra
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque	Maria José Araújo Souza
Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo	Maria Somália Sales Viana
Ana Iris Tomás Vasconcelos	Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Carlos Augusto Pereira dos Santos	Raquel Oliveira dos Santos Fontinele
Claudia Goulart de Abreu	Simone Ferreira Diniz
Eneas Rei Leite	Renata Albuquerque Lima
Francisco Helder Almeida Rodrigues	Tito Barros Leal de Ponte Medeiros
Israel Rocha Brandão	Virginia Célia Cavalcanti de Holanda
Maria Adelane Monteiro da Silva	

Catálogo
Neto Ramos CRB 3/1374

G11 GAM-demia: Experiências com grupos de Gestão Autônoma da Medicação na pandemia COVID-19. / Leilany Dantas Varela, Antonio Germane Alves Pinto (Orgs.). - Sobral CE: Edições UVA; Sertão Cult, 2025.

178p.

ISBN Edições UVA: 978-65-87115-67-2 - E-book em pdf
ISBN Edições UVA: 978-65-87115-68-9 - papel
ISBN Sertãoocult: 978-65-5421-201-4 - E-book em pdf
ISBN Sertãoocult: 978-65-5421-202-1 - papel
Doi: 10.35260/54212007-2025

1. Pandemia- COVID-19. 2. Saúde pública. 3. Gestão autônoma de medicação. 4. Psicossocial. I. Varela, Leilany Dantas. II. Pinto, Antonio Germane Alves. III. Título.

CDD 362.1
CDD 615.5

Esta obra teve sua primeira tiragem impressa e versão para acesso eletrônico (e-book) financiada com recursos do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde (PPSUS-CE) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ceará (FUNCAP), Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) na pesquisa “Práticas de cuidado em saúde mental na COVID-19 produzidas pelas experiências com grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Ceará.”, sob coordenação do Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto da Universidade Regional do Cariri (URCA), aprovada na Chamada 02/2020 PPSUS-CE, processo N°: P20-0171-00018.01.00/20, com vigência de 01/03/2021 a 14/07/2023.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob parecer no. 4.327.859. O material narrativo e imagens disponíveis nesta obra mantêm autorização livre e esclarecida dos participantes da pesquisa.





AGRADECIMENTOS

Aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) em Tianguá, Fortaleza, Iguatu e Itapipoca, pela participação e envolvimento nas atividades grupais sobre a Gestão Autônoma da Medicação, com afeto e carinho.

Aos profissionais de saúde das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das cidades de Iguatu, Itapipoca, Fortaleza e Tianguá, por assumirem o desafio na implantação dos grupos GAM em seus cotidianos de trabalho e mobilizar tão bem o cuidado em saúde mental em cada encontro.

Aos Residentes em Saúde, estudantes de graduação e pós-graduação envolvidos nas atividades grupais, planejamento, organização e desenvolvimento da pesquisa com olhar crítico e reflexivo, com dedicação e competência.

Às Instituições de Ensino Superior (IES) envolvidas em toda a pesquisa: Universidade Estadual do Ceará (UECE) com o Mestrado Profissional Ensino na Saúde (CMEPES), Universidade Federal do Ceará (UFC) com o projeto de extensão sobre Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na área da saúde; Centro Universitário UNINTA em Itapipoca pelo apoio e participação docente e discente na pesquisa; e, Universidade Regional do Cariri (URCA) com o Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Aos órgãos de fomento da pesquisa, Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ceará (FUNCAP), Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) pelo financiamento e apoio à pesquisa para o SUS.



SUMÁRIO

PREFÁCIO11

Giirliani Silva de Sousa

APRESENTAÇÃO19

CAPÍTULO 1

Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na Atenção Psicossocial em tempos de COVID-19: concepções e desafios na pesquisa-intervenção 23

Aline Rany Jorvino da Costa

Ana Cristina Henrique de Souza

Stefane Vieira Nobre

Jessica Lima de Oliveira

Leilany Dantas Varela

José Adelmo da Silva Filho

Antonio Germane Alves Pinto

CAPÍTULO 2

O Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GUIA GAM) como estratégia de educação em saúde mental 43

João Victor de Castro Gomes

Jéssica Pascoalino Pinheiro

CAPÍTULO 3

Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): o movimento de implantação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cearense 59

Amanda Bezerra Benevides Machado

João Victor de Castro Gomes

Rayelly Araújo Vieira

Sarah Maria Lemos de Souza

CAPÍTULO 4

Resgatando o cuidado e a autonomia em um grupo educativo: uma experiência da Gestão Autônoma da Medicação no município de Itapipoca, Ceará 77

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva.

Pedro Candido de Abreu Junior

João Victor de Castro Gomes

Kelviane Rocha de Almeida.

Maria Neyde Gomes Ximenes

CAPÍTULO 5

Grupo de Gestão Autônoma da Medicação no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de Iguatu, Ceará: relatos, vivências e estratégias de cuidado 95

Josefa Iara Alves Bezerra.

Vanessa de Moraes Braga

Ramon Sena de Jesus doa Santos

Rian Santos Pinheiro

Sarah Maria Lemos de Souza

Rochelly Moura Sarmento

CAPÍTULO 6

Implantação do grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um CAPS Geral: relato de experiência em Fortaleza, Ceará... 113

Daiana de Jesus Moreira

Ana Karla Batista Bezerra Zanella

Rayelly Araujo Vieira

Francisco Fernando Almeida Sousa Loureiro

Igor Carvalho Marques

CAPÍTULO 7

(Re)construindo práticas de cuidado em saúde mental no grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): experiência com usuários, familiares/cuidadores e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II de Tianguá, Ceará 129

Ainara Tavares Pedroza

Amanda Bezerra Benevides Machado

Franciscaudina de Queiroz Pereira

Diogo Augusto Ferreira

João Victor de Castro Gomes

Erlene Alves de Sousa

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva

CAPÍTULO 8

Vivências da Gestão Autônoma da Medicação: atividades interdisciplinares entre a farmácia e a psicologia 151

Ana Paula Soares Gondim

Glaydson de Araújo Ferreira

Stefany Lima de Alencar

Pedro Miguel Lavor de Santiago

Lucas Kayque Furtado

Júnica Priscila da Silva

Rodrigo Rocha Mesquita

SOBRE OS AUTORES..... 171



PREFÁCIO

Girliani Silva de Sousa¹

Inúmeras pessoas possuem um novo hábito em suas rotinas diárias que corresponde a destacar da cartela comprimidos brancos, azuis, laranjas e ingeri-los no período da manhã, à tarde e/ou à noite. Falamos dos psicotrópicos, psicofármacos ou medicamentos psiquiátricos, como são conhecidos.

A medicalização da vida é uma realidade em nível mundial. A medicalização social é um termo conceituado por Illich, para quem a medicalização implica algum prejuízo para a saúde, com conseqüente redução da autonomia e da competência na gestão autônoma para enfrentar e manejar as oscilações e vicissitudes da vida, com aumento da dependência da ação profissional em saúde (Illich, 1981).

A tendência de cuidado medicalizante na ação médica traz conseqüências que englobam danos clínicos no indivíduo, disseminação de comportamentos passivos e demandas por cuidado profissional para situações comuns da vida e redução da capacidade das pessoas em manejar suas experiências envolvendo sofrimento e dor (Illich, 1981). A medicalização pode ocorrer sob qualquer racionalidade médica e, nesta obra, a discussão centra-se do lugar da medicalização no tratamento em saúde mental.

Partimos da lógica de que a prescrição e o consumo de medicamentos psiquiátricos nas últimas décadas são fenômenos resultantes da busca de uma normalidade das pessoas; a categorização de sinais e sintomas em doenças psiquiátricas; as explicações de que essas patologias resultam de

1 Professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Coordenadora do Observatório Internacional de Práticas de Gestão Autônoma da Medicação - UNIFESP.

meramente alterações químicas; supremacia médica e a relação de poder que o médico – profissional que prescreve os medicamentos – detém sobre as pessoas em sofrimento psíquico e a expansão do marketing das indústrias farmacêuticas.

Por um lado, reconhecemos o avanço da ciência na produção de medicamentos psiquiátricos que aliviam os sintomas que causam prejuízos significativos na vida da pessoa. Por outro lado, questionamos a ausência de diálogo entre a pessoa em sofrimento psíquico, o médico e a equipe multiprofissional para a tomada de decisão do tratamento medicamentoso a partir de como os sintomas se circunscrevem e afetam os aspectos sociais, econômicos, psicológicos, culturais e espirituais e a ausência de outras formas de cuidado não medicalizante.

O uso adotar o termo pessoas em tratamento em saúde mental para não as reduzir ao ostracismo de serem meros pacientes. São pessoas que sentem, pensam e agem. Não podem ser reduzidas a meros sinais e sintomas. Tampouco podem ser chamadas apenas de pacientes em uma clara alusão ao termo passivo, de que escutam e executam as ordens, sem refletir e analisar sobre o que querem para o seu tratamento.

Faz-se uma denúncia de que as pessoas em tratamento em saúde mental não são ouvidas, não há uma negociação ou letramento em saúde mental para que entendam como o medicamento psiquiátrico irá agir em seus corpos, como ele irá fazer parte de suas vidas e que outras estratégias de cuidado podem ser lançadas mão para a sua reabilitação psicossocial e recuperação da saúde mental.

Isso acontece por diversas razões a serem elencadas, principalmente a relação de poder entre médico e pessoas em tratamento em saúde mental, na qual as pessoas são submissas às decisões médicas e, quando há espaço para que se expressem, não falam pelo imaginário de que não podem questionar e que não é importante falar sobre o que sente. Neste sentido, faço a reflexão: Há vínculo sem confiança? Há relacionamento interpessoal entre médico e pessoas em tratamento em saúde mental sem diálogo?

Por questionar e desejar saber mais sobre o medicamento que é seu fiel companheiro, em Québec, no Canadá, um grupo de pessoas em tratamento em saúde mental desejavam saber mais informações sobre o medi-

camamento que faziam uso e juntamente havia o desejo de parar de tomar o medicamento – olha só que rebelião.

Assim, na década de 90, surge a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), estratégia de cuidado inovadora em saúde mental sistematizada em um guia composto por oito passos e um guia norteador para moderadores. Pesquisadores, trabalhadores e pessoas em tratamento em saúde mental discutiram, por alguns anos, sobre os medicamentos e perceberam que as circunstâncias da vida permeavam também o processo de decisão de fazer uso de medicamentos. Eles encontraram que mais importante do que parar de tomar o medicamento era ter a garantia de seus direitos para negociar com o médico, de dialogar sobre os efeitos colaterais dos medicamentos psiquiátricos no corpo e na vida e de ter outras estratégias de cuidado em saúde mental. De fato, nem todos pararam de tomar o medicamento psiquiátrico, e os que desejaram tiveram seu desejo garantido como direito de forma responsável, guiada e apoiada por profissionais médicos, equipe multiprofissional e rede de apoio social.

A GAM desloca o lugar da pessoa sobre o seu tratamento em saúde mental para ocupar o protagonismo da sua vida e do seu tratamento. A GAM constitui os espaços de falas – sem julgamentos ou críticas – para que sejam fontes de aprendizagem para pesquisadores, trabalhadores e os pares e de transformação nas relações e de quem a pessoa em tratamento em saúde mental quer ser. A GAM se configura como uma estratégia de resistência à medicalização da vida ao possibilitar os espaços de troca e deslocar o poder entre médico, outras especialidades profissionais, usuários e familiares de saúde mental para uma relação horizontalizada/lateralizada.

Alguns termos são o cerne da GAM: a cogestão, em que os processos decisórios sobre o tratamento medicamentoso e o projeto terapêutico singular exigem a participação ativa da pessoa em tratamento em saúde mental. É compartilhado e refletido conjuntamente com o usuário o raciocínio clínico do médico, da equipe multiprofissional, as preocupações, as potencialidades, a rede de apoio, os desejos, os planos de vida, o que faz sentido e o que realmente é um problema prioritário para a pessoa em sofrimento psíquico.

A autonomia é outro termo que faz parte da GAM e refere-se não à autonomia individual, mas à autonomia que o território e os serviços de

saúde mental proporcionam para a pessoa em tratamento de saúde mental. Só é possível ter e exercer genuinamente a autonomia se o território tiver possibilidades de ações de cuidado que envolvam o lazer, o acesso à cultura, moradia, saneamento básico, emprego, educação, socialização, rede de suporte social e o bem-estar psicológico.

E quando a GAM chega a terras brasileiras? A GAM é traduzida para o português nos anos de 2009 e 2010, por meio de uma pesquisa financiada e articulada por três universidades brasileiras: Universidade de Campinas (UNICAMP), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O processo de tradução foi participativo, colaborativo e democrático, o qual envolveu profissionais e usuários, inicialmente, do Centro de Atenção Psicossocial II e III, com discussões sobre a pertinência de termos e frases que fizessem sentido para as pessoas que fossem utilizar a estratégia GAM. Desse modo, foram incluídos trechos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em que se entendia que os direitos dos usuários ainda estão distantes de ser uma realidade no Brasil.

Para a implementação dos primeiros grupos GAM nos serviços de saúde mental, optou-se por não traduzir todos os passos do guia GAM – os últimos passos referem-se ao processo de desprescrição medicamentosa –, já que a GAM por si só já era uma ousadia ao empoderar as pessoas sobre os seus direitos, sobre os medicamentos e seus efeitos no corpo e na vida e das outras possibilidades de cuidado que podem coexistir com o medicamento. Havia um receio de que os serviços não aceitassem participar da pesquisa caso ousássemos em falar sobre desprescrição ou descontinuidade do medicamento psiquiátrico.

Os resultados da GAM são transformadores na vida de pesquisadores, profissionais e usuários. Deixá-los decidir como o grupo vai ser conduzido, as temáticas, as reflexões, as dinâmicas e apoiá-las para que sejam protagonistas de suas histórias faz com que sejam garantidos seus direitos de cidadania. Em muitos momentos, os usuários que participaram do primeiro grupo GAM eram também usuários-pesquisadores e tiveram oportunidades valiosas de ter seus direitos humanos garantidos ao partilhar sobre a experiência de adoecimento e de tomar medicamento psiquiátrico e também sobre a sua história de vida. Esse movimento fez com que fosse superado

o estigma social de que eles não estão reduzidos a rótulos de diagnóstico de transtornos mentais, mas são pessoas com sonhos, desejos e direitos de ter dignidade de vida e um projeto de felicidade em seus planos de vida.

A GAM rompe também com a tradição acadêmica e publica artigos com os usuários de saúde mental. Acompanhados por uma profissional-pesquisadora, um grupo de usuários de saúde mental já foi a Quebec, no Canadá, conhecer os usuários canadenses e a realidade por lá. Montaram Associações de Usuários de Saúde Mental e Associações de Familiares de Usuários de Saúde Mental. Tornaram-se moderadores de novos grupos GAM nos espaços que ocupam nos serviços de saúde mental e frequentam a Universidade como pesquisadores em grupos de pesquisa, extensionistas em projetos de extensão e como alunos.

Após quase 15 anos de GAM no Brasil, temos o Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação, que busca sistematizar o conhecimento e produzir reflexões e encontros entre pesquisadores, profissionais e usuários – que se intitulam participantes da comunidade, pois não querem ser reduzidos ao pertencimento de um serviço de saúde mental.

A aproximação com diversos coletivos espalhados em todas as regiões do Brasil faz com que a GAM tenha consolidado seus efeitos como estratégia de resistência à medicalização da vida e esteja em duas políticas: Política Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul e a Política Municipal de Saúde Mental em Santos. Vale mencionar ao leitor que efetivar a GAM como política pública não garante a sua efetivação nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas é um reconhecimento válido para que a temática da medicalização da vida e outras propostas terapêuticas ganhem terreno fértil nos diversos espaços de negociação e de pactuação.

Temos registro da GAM em todos os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial: na Unidade Básica de Saúde (UBS), com idosos e mulheres; no CAPS Álcool e Outras Drogas, em que a discussão ampliou para o uso de drogas prescritas e proscritas; no CAPS Infantojuvenil, em que grupos se constituíram com familiares e com crianças por meio de jogos e recursos tecnológicos educacionais; e no CAPS Adulto. Em todos os coletivos, os grupos GAM se desenvolveram de maneira orgânica, motivada por profis-

sionais, estudantes e/ou pesquisadores, de modo participativo, colaborativo, democrático nos grupos existentes ou em novo grupo.

A expressão das vivências e experiências se direciona para a valorização da singularidade de cada pessoa que apostava seu tempo, sonhos, desejos, e acreditou na GAM como mais do que uma estratégia de cuidado, um espaço para o exercício da cidadania, da garantia de direitos e da participação social. O encerramento dos grupos GAM se desdobra e cria novos grupos com intencionalidades distintas como economia solidária, horta comunitária, grupos de fala e outras iniciativas que demonstram o potencial da GAM em fortalecer e criar rede de apoio social entre as pessoas que frequentam o grupo GAM.

O consumidor brasileiro – pesquisador, estudante, gestor, profissional, familiar e pessoa que faz uso de medicamentos psiquiátricos de literatura oriunda de pesquisa sobre a GAM – tem o privilégio de contar com este livro como ponto de partida para reflexões e produção de novo conhecimento, deste momento em diante. Os organizadores – Dra. Leilany Dantas Varela e Dr. Antonio Germane Alves Pinto – são pesquisadores com distinguida produção no campo e com vasta experiência em pesquisa na área da saúde mental e da GAM, a partir de sua universidade de origem, localizado no nordeste brasileiro. Os autores e coautores dos capítulos são igualmente pesquisadores e profissionais-pesquisadores experientes na área da saúde mental e na implementação da GAM na RAPS. Trata-se de um grupo que se distingue pela preocupação em garantir a cidadania e os direitos dos usuários sobre os medicamentos que fazem uso, seus efeitos, o reconhecimento da dignidade da pessoa e o acesso a práticas alternativas em saúde mental. A multiprofissionalidade, a pesquisa-intervenção com o rigor científico necessário e os afetos construídos e narrados em cada grupo GAM garante a qualidade deste livro.

É uma honra para mim ser convidada para prefaciar este livro primoroso, precioso, delicado e tocante, que não apenas descreve sobre a constituição de cada grupo GAM, mas narra e valoriza a singularidade de cada pessoa – seja esta usuária ou profissional – que participou dos grupos GAM, seus efeitos no tratamento e na vida.

Agradeço por esta oportunidade de entrar em contato com a obra neste momento que antecede sua ida ao público e por saber que essa obra é fru-

to de muito trabalho, dedicação, disciplina e respeito demonstrado pelos organizadores e pelos autores.

Desejo aos leitores uma excelente leitura e, aos organizadores, uma colheita dos louros diante da qualidade desta obra.

São Paulo, 05 de dezembro de 2023

Referências

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4a Ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.



APRESENTAÇÃO

“Amar e mudar as coisas me interessa mais”
Belchior

Em tempos de pandemia, expressamos nossa vontade desejante de amar-mudar, tal como entoava o compositor e cantor cearense Belchior, por um trocadilho das palavras pandemia e a sigla da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): eis a GAM-demia!

Pela arte e pelos afetos, mas também pela intensidade transformadora tão necessária ao cotidiano da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS), a difusão de práticas e saberes compartilhados nas experiências vivenciadas no Ceará está descrita neste livro. Em sínteses e narrativas sobre o processo de implantação, estratégias de integração e resultados do envolvimento de usuários, profissionais de saúde, estudantes e pesquisadores, condensamos este processo em uma parte conceitual e outra descritiva do fazer GAM no cotidiano.

Resgataram-se as principais concepções sobre a GAM, um pouco de sua historicidade como movimento e a delimitação desta estratégia de cuidado emancipatório e gestão da vida. Em uma pesquisa-intervenção, com participação dos sujeitos em todo o processo de aplicação, enunciaram-se caminhos passíveis de re-produção nos espaços assistenciais.

O enfoque à pandemia COVID-19 decorre do tempo ao qual foi desenvolvida a pesquisa, entre ondas epidemiológicas que impuseram à população global limites ao convívio social, tão importante para a vida humana, mas também, iniquidades assistenciais, desatenção à saúde e pouco acesso aos serviços de saúde mental. Em uma retomada resistente, inseriu-se neste

contexto a GAM como possibilidade da grupalidade entre usuários e equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e toda rede de saúde.

Na parte II, são descritas as Experiências com Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Ceará. Em textualidade próxima do fazer cotidiano, as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das cidades de Iguatu, Itapipoca, Fortaleza e Tianguá demonstram esse trajeto de implantação dos grupos GAM. Ainda, a experiência com a extensão universitária da Universidade Federal do Ceará (UFC), que tanto mobiliza equipes de saúde e usuários na capital cearense, integrando sujeitos, saberes e práticas.

Que, por sua leitura, os afetos se espalhem entre aqueles que se envolvem na ética, estética e política do cuidado, cidadania e autonomia. Que a intersubjetividade se transdisciplinarize nas práticas cotidianas e que “Amar e Mudar as coisas” da atenção psicossocial e saúde mental no SUS nos interesse cada vez mais.

Leilany Dantas Varela & Antonio Germane Alves Pinto (Organizadores)



I

Concepções e movimentos para Gestão Autônoma da Medicação na Rede de Atenção Psicossocial em tempos pandêmicos COVID-19



CAPÍTULO 1

Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na Atenção Psicossocial em tempos de COVID-19: concepções e desafios na pesquisa-intervenção

Aline Rany Jorvino da Costa

Ana Cristina Henrique de Souza

Stefane Vieira Nobre

Jessica Lima de Oliveira

Leilany Dantas Varela

José Adelmo da Silva Filho

Antonio Germane Alves Pinto

GAM e saúde mental: histórico e concepções

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia pela qual aprendemos a administrar o uso dos medicamentos, atentando as suas repercussões em todos os aspectos da vida das pessoas que os utilizam (Palombini; Barrio, 2021).

A estratégia objetiva que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticos com sua utilização, que conheçam melhor os medicamentos e seus efeitos esperados e não esperados, ou seja, que tenham o direito à informação. Tal estratégia também elucida questões sobre os direitos das pessoas e que elas tenham conhecimento que podem decidir se aceitam ou recusam as propostas de tratamento (Freitas; Reckziegel; Barcellos, 2016).

Nessa perspectiva, a GAM é posta em prática como uma medida de intervenção que tem a intenção de promover a autonomia, a participação e o desempenho da cidadania dos sujeitos que são factualmente excluídos das decisões de seus tratamentos. Assim, a autonomia e a cogestão são os dois princípios que direcionam trabalho da GAM, atendendo às diretrizes

da Política Nacional de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Gonçalves; Caliman; César, 2021).

A autonomia está relacionada à independência e à autossuficiência. No cenário da GAM, tem construção coletiva fundamentada por uma rede de apoio e criação de vínculos. A cogestão está relacionada à gestão conjunta, realizada com usuários, equipe de saúde, familiares, cuidadores e comunidade, considerando sempre a individualidade dos sujeitos envolvidos na assistência. Assim, a participação no tratamento, não consiste em gerir sozinho, mas em ter a oportunidade de administrar o seu tratamento com apoio coletivo (Gonçalves; Caliman; César, 2021).

A GAM surgiu nos anos 90, no Canadá, em Quebec, em um processo que ocorreu por etapas, a partir da iniciativa de usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental e acadêmicos preocupados com o protagonismo de pessoas que fazem uso de medicação psiquiátrica (Caron; Feuerwerker; Passos, 2020). No Brasil, a iniciativa de desenvolver a GAM teve como sustentação a pesquisa multicêntrica piloto que instituiu os primeiros grupos em 2007, coordenada por várias universidades brasileiras (Favero *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a versão brasileira do Guia da GAM foi adaptada com base em um estudo em Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II). O Guia da GAM corresponde a um conjunto de questões para problematizar a relação com o uso de medicamentos psiquiátricos e a autonomia nos processos de cuidado em saúde mental (Caron; Feuerwerker; Passos, 2020).

O Guia GAM é composto por perguntas, textos, figuras e tabelas para auxiliar as pessoas a refletirem sobre seus conhecimentos e vivências com o uso dos medicamentos. Princípios como ler as informações contidas no documento juntos, em grupo e com pausas, certificando o entendimento de todos os participantes, é essencial para promover o sentimento de grupalidade. Além disso, a cogestão, autonomia, protagonismo, corresponsabilidade são trazidos logo no começo do Guia como diretrizes básicas para sustentação da GAM (Favero *et al.*, 2019).

Campos *et al* (2014) propõem seis passos para direcionar a utilização do guia, no entanto ressaltam que são recomendações que podem ajudar

a cada moderador encontrar seu jeito próprio de conduzir o grupo. O primeiro passo consiste em dinâmicas de grupo para auxiliar nas apresentações entre os membros. No guia, a frase “Sou uma pessoa e não uma doença” é destacada a fim de ser usada neste momento. O segundo passo sugere que cada participante faça o exercício de se avaliar no que se refere a vários pontos da sua vida, incluindo o uso da medicação.

O terceiro passo fala sobre elementos da vida dos usuários que podem cooperar para autonomia ao tomarem decisões sobre o uso de medicamentos, utilizando-se de uma conversa em grupo conduzida pelo moderador. Em sequência, existe um passo específico sobre os medicamentos, no qual é importante que cada participante trabalhe com sua própria medicação e bula. Na quinta etapa, é feita uma revisão do Guia, abordando as discussões anteriores, e na etapa posterior existe a proposta para a construção de um plano de ações coletivo, guiado para reconhecer problemas e estabelecer estratégias de ação para saná-los (Campos *et al.*, 2014).

Aplicabilidade dos grupos GAM como dispositivo para autonomia na atenção psicossocial

Uma das diretrizes do SUS trata-se da participação cidadã na gestão do sistema e dos serviços de saúde por meio da inclusão dos sujeitos nos processos de decisão na saúde, configurando práticas de autopromoção e empoderamento das pessoas. No entanto, ainda existem poucos avanços na efetiva participação dos usuários, sobretudo nas decisões sobre seus tratamentos (Gonçalves; Campos, 2017).

A GAM foi inicialmente elaborada e desenvolvida com usuários considerados portadores de “transtornos mentais severos e persistentes”, sendo no Brasil, adaptada a partir de uma pesquisa multicêntrica em Centros de Atenção Psicossocial II, serviço de atenção especializada em saúde mental (Caron; Feuerwerker, 2019).

Gonçalves e Campos (2017) trabalharam o Guia GAM, por meio da constituição de um grupo de intervenção, com sete usuários, de um CAPS, com transtorno mental grave e com história de participação política no campo da saúde mental. Com a experimentação do Guia GAM, os usuá-

rios manifestaram uma tensão entre a sua identidade, por vezes centrada na doença, e a individualidade das suas experiências pessoais.

Sob semelhante perspectiva, um estudo exploratório e descritivo foi desenvolvido no CAPS II, pertencente ao Município de Florianópolis, estado de Santa Catarina, que teve como participantes seis usuários adultos com transtorno mental, prescrição de psicofármacos há mais de seis meses e que participaram de um grupo GAM. Na pesquisa, a descrição das experiências dos usuários apontou o reconhecimento do grupo como um espaço de fala e escuta (Favero *et al.*, 2019).

Em outro cenário de estudo, foram selecionados dez pacientes vinculados ao CAPS II para descrever a experiência com a utilização do guia da GAM como ferramenta de empoderamento e promoção da autonomia, em que se enfatizou a relevância do grupo terapêutico, da gestão do cuidado e da autonomia dos participantes ao longo do tratamento, referente à melhoria da qualidade de vida e humanização das relações para usuários da saúde mental. Conclui-se que o grupo pôde permitir aos usuários do CAPS II tornarem-se mais críticos e autônomos em relação ao seu tratamento (Freitas; Reckziegel; Barcellos, 2016).

Assim, em um período de 10 anos após a criação da GAM, um processo contínuo de pesquisa e implementação da mesma na Rede de Atenção Psicossocial conduziu a experiências recentes em diversos serviços da rede, como CAPS Infantojuvenil, Caps Álcool e Drogas e Atenção Básica (Caron; Feuerwerker, 2019).

Na atenção à saúde das pessoas que consomem drogas, destaca-se que o uso da GAM ainda é limitado, e este fato pode ser explicado pela inexistência de um Guia GAM específico para problemáticas relativas ao consumo de drogas, nas quais os pacientes fazem uso não somente de medicamentos psicotrópicos prescritos, mas consomem múltiplas substâncias (prescritas, lícitas e ilícitas), o que demonstra a urgência da ampliação da GAM nesse campo (Montenegro; Sampaio, 2021).

Ferreira *et al.* (2021) também ressaltaram no Guia GAM a escassez de informações em relação às substâncias proscritas e sobre a interação delas com outras substâncias, devido à criminalização e a não regulamentação das drogas. Dessa forma, em um cenário em que as pessoas não consomem

apenas substâncias prescritas, como é o caso de pacientes atendidos pelo CAPS AD, os grupos GAM precisam adaptar as abordagens a respeito das interações entre substâncias prescritas e proscritas para preencher esta lacuna, como um debate construído nos encontros e a partir das necessidades, saberes e experiências dos participantes sobre as substâncias.

Contudo, em pesquisa realizada no CAPS III - Álcool e Drogas, em São Paulo, entre os anos de 2017 e 2018, trabalhadores e usuários foram convidados à investigação e à experimentação do dispositivo. Durante o desenvolvimento do estudo, a efetivação da GAM foi pensada, gestada e experimentada, sendo realizadas, para isso, oficinas de apoio onde trabalharam o problema posto pelo uso de substâncias prescritas e proscritas, lícitas e ilícitas, inclusive a medicação, e o desejo de autonomia. Essas oficinas de apoio foram chave para que a GAM operasse de maneira efetiva como dispositivo no serviço para trabalhadores e usuários (Caron; Feuerwerker; Passos, 2020).

O grupo GAM é um dispositivo que possibilita a gestão autônoma de múltiplas substâncias e abre caminhos para direcionar práticas e estratégias de cuidado e ampliação de qualidade de vida de modo coerente com as necessidades das pessoas acompanhadas em serviços tipo CAPS AD, produzindo diálogos no grupo sobre usos, abusos, interações e prazeres advindos das substâncias e, ainda, abordagem das fronteiras entre o prescrito e o proscrito, abordando as narrativas sobre drogas e a extensiva utilização de psicofármacos na saúde mental: ambas as discussões não aparecem nas prescrições, tampouco nas intervenções do paradigma da abstinência (Ferreira *et al.*, 2021).

A utilização da GAM em cenário de CAPS Infantojuvenil (CAPSi) é um direito a ser cultivado, elaborado e exercitado, visto que a participação no tratamento não é uma questão específica praticada pelas crianças e jovens, pois geralmente é garantida para o adulto. Entretanto, a criança deve ser entendida como ator social e sujeito com direito à participação, nas questões que lhe dizem respeito. Além disso, a Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes refere ser imprescindível o envolvimento de uma rede de cuidado que inclui principalmente a família (Carvalho; Silva, 2016).

Dessa forma, para o desenvolvimento de grupo GAM em um CAPSi de Vitória-ES, participaram 21 familiares de crianças e profissionais do serviço. Na ocasião, a experiência de participação infantil ocorreu em três dimensões: o exercício da participação no conversar, o exercício da participação no incluir e o exercício da participação no transformar. A pesquisa-intervenção viabilizou a vivência da criança como um sujeito ativo que participa de seu próprio cuidado, sendo possível construir, de maneira coletiva, relações para além do diagnóstico em saúde mental (Gonçalves; Caliman; César, 2021).

No que se refere à aplicabilidade da GAM na UBS, Bezerra (2020) aponta sua experiência em grupo GAM, composto por profissionais de saúde de nível superior e usuários da Atenção Básica de uma região interiorana do nordeste brasileiro, como rica pela possibilidade de compreender os efeitos das drogas psiquiátricas na vida de pessoas em sofrimento psíquico, e das pessoas se reconhecerem como indivíduos de poder e com capacidade de autogovernar, enfraquecendo a vigência do modelo medicalizante instaurado nos serviços de saúde.

Todavia, a partir do grupo GAM na Atenção Básica, também é possível identificar um dos maiores obstáculos que dá consolidação aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, no contexto nordestino e brasileiro: a ausência de informações dos direitos dos indivíduos enquanto usuários do SUS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma vez que cuidado em saúde mental está muitas vezes limitado ao uso de psicotrópicos, inviabilizando a gestão de sua autonomia e do seu protagonismo nos serviços (Pereira; Passos, 2017).

Outras barreiras frequentemente apontadas na assistência à saúde por membros de grupos GAM tratam-se de problemas na gerência organizacional e macropolítica para tratar de adversidades pertinentes à saúde mental, já que os participantes apontam ausência de clínicos gerais e de especialidades psiquiátricas para obter um acompanhamento e reavaliação no uso de psicofármacos, havendo apenas a realização de repasses de receitas e ausência de um acompanhamento clínico e psicossocial eficiente (Onocko-Campos *et al.*, 2013).

Além disso, quando se refere ao público da Atenção Básica, a GAM apresenta algumas limitações, ao passo que a cartilha incentiva a discussão

da participação política no campo da RAPS, porém ausenta-se de reflexões sobre a história do movimento sanitário e dos direitos na qualidade de usuários do SUS, fato apontado pelos participantes da GAM que referiram carência por tais informações. Diante disso, entende-se que a GAM é um instrumento a ser reformulado, abrangendo asserções sobre a relevância do SUS, direitos e deveres baseados nas políticas públicas de saúde existentes para os usuários da Atenção Básica, considerando a alarmante prescrição de psicotrópicos nesse espaço (Bezerra, 2020).

Em contrapartida, a participação em grupos GAM proporciona aos pacientes, o conhecimento sobre a medicação psiquiátrica, fortalecimento do vínculo dos indivíduos com o tratamento, protagonismo, autonomia e contribuição na adequação do projeto terapêutico singular (Favero *et al.*, 2019). O grupo ainda possibilita a vivência de diálogos que não se estabelecem, frequentemente, nas consultas clínicas, em razão do tempo curto de atendimentos pela grande demanda das unidades de saúde (Ferreira *et al.*, 2021).

Além disso, em um cenário em que ocorre uma desconexão entre o serviço na atenção básica e a atenção psicossocial, de ausência de espaços de diálogo sobre a individualidade e uso de psicofármacos, os clientes realizavam há anos o exercício de ir rotineiramente à instituição de saúde apenas para renovar a receita médica dos mesmos medicamentos. Participar da GAM proporcionou uma experiência inédita para os usuários, momento em que os referidos tiveram a oportunidade de falar sobre sua vida, ser ouvidos e vistos (Caron; Feuerwerker, 2019).

Nesse sentido, em concordância com os autores descritos anteriormente, Gonçalves e Campos (2017) também concluíram que a versão brasileira do Guia GAM tem potencial para colaborar efetivamente com o empoderamento dos usuários, pois estes evidenciaram maior conhecimento sobre os medicamentos em uso, passaram a reconhecer sua própria expertise e alguns procuraram ajustes no tratamento após vivência em grupos GAM.

Pesquisa-intervenção: pistas conceituais para uma cartografia do cotidiano

A pesquisa-intervenção integra ao grupo das pesquisas participativas e objetiva estudar coletividades em sua dimensão qualitativa, intervindo de forma socioanalítica. Está inserida em uma linha de pesquisas que rompem com os pressupostos das pesquisas sociais em que há uma separação entre teoria e prática e sujeito e objeto. Pelo contrário, a palavra intervenção tem um significado distinto, o qual substitui a ideia de ação e propõe uma relação entre esses aspectos (Passos; Barros, 2000). Também parte do pressuposto que a produção ou produto do conhecimento não deve obrigatoriamente preceder à implementação de ações junto ao coletivo (Paulon, 2005; Rocha; Aguiar, 2003).

Embora pertença à gama de pesquisas participativas, ela se diferencia de pesquisas como a pesquisa-ação, que tem como foco as preocupações do pesquisador em torno da relação entre investigação e ação dentro da situação considerada. Uma pesquisa-ação é um tipo de pesquisa participativa, mas nem toda pesquisa participativa é uma pesquisa-ação (Rizzini; Castro; Sartor, 1999; Rocha; Aguiar, 2003).

A proposta atrelada à pesquisa-intervenção busca, a partir de sua cientificidade, subjetivar e desterritorializar sem se prender a práticas e conceitos reducionistas. Ela abrange a complexidade e é operacionalizada por meio da sustentação dos planos de análise que compõem a realidade, compreendendo nossos objetos de estudos, instituições, o campo do social, os quais transcendem as forças de produção, reprodução e antiprodução (Paulon; Romagnoli, 2010).

A pesquisa-intervenção possui conceitos-ferramentas que são balizadores no seu processo de desenvolvimento, sendo estes os analisadores, a implicação e a transversalidade. Os analisadores são acontecimentos que, no ato do seu funcionamento, são capazes de revelar o que antes não foi pensado. São eles que conduzem a problematização das práticas, e não o pesquisador (Rizzini; Castro; Sartor, 1999). A noção de implicação que os locais designados ou ocupados pelo pesquisador podem exercer efeitos sobre a pesquisa-intervenção, ou seja, o pesquisador estará implicado no campo mediante as relações ali estabelecidas, não havendo a possibilidade

de se manter neutro (Chassot; Silva, 2018). Por fim, a transversalidade implica a superação da lógica hierárquica e de estruturas sociais, pois busca envolver todos os saberes dos que compõem o campo de pesquisa, tornando-os coautores daquela produção (Guattari, 2004; Chassot; Silva, 2018).

Dentre os métodos e estratégias que constituem a pesquisa-intervenção, destaca-se a cartografia. Sua execução parte de um pressuposto de que o trabalho do pesquisador não é delimitado a uma prescrição e/ou regras previamente traçadas e estabelecidas. Entretanto, embora não siga um plano tradicional das demais pesquisas, não é feito de forma insipiente e sem direção. Há uma reversão do método, que não busca caminhar para alcançar metas já estabelecidas, mas caminha ao mesmo tempo em que as traça e executa (Passos; Barros, 2009).

A cartografia visa acompanhar um processo, e não representar um objeto (Passos; Barros, 2009). Em paisagens psicossociais, a cartografia acompanha e se faz em concomitância o desaparecimento de mundos e surgimento de outros para que novos afetos sejam expressos em relação aos vigentes que se tornaram obsoletos. Nesse ínterim, cabe ao cartógrafo permitir que vozes sejam dadas aos afetos ali presentes para que possa imergir nas intensidades e realidades dos coletivos, devorando elementos que compõem as cartografias (Rolnik, 1989).

A pesquisa-intervenção “Práticas de cuidado em saúde mental na COVID-19 produzidas pelas experiências com grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Ceará” se pautou na análise das práticas de cuidado em saúde mental no contexto da COVID-19. Enfatizaram-se os efeitos produzidos nas experiências dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Estado do Ceará.

A GAM é uma inovação que foi criada para os usuários que fazem uso de medicações psiquiátricas. Essa estratégia na saúde mental se caracterizou por considerar as experiências subjetivas e protagonizar o paciente no centro de seu tratamento. Desse modo, possibilita melhorias no seu bem-estar e na sua qualidade de vida. Motiva-se em sua operacionalização o diálogo entre pacientes, família, profissionais, sendo assim, a metodologia dos encontros e discussão em grupos (Pereira *et al.*, 2020).

A pesquisa GAM-COVID-19 no Ceará foi organizada a partir de quatro ciclos: O ciclo 1 elencou a aproximação com os serviços CAPS participantes, com encontros e reuniões para apresentação da proposta GAM e pactuação para implantação dos grupos, entre gestores, profissionais, usuários e pesquisadores; no ciclo 2, foram realizados encontros iniciais, objetivos, métodos e resultados esperados para processo formativo na ferramenta GAM com os atores envolvidos, sendo este um ciclo transversal; o ciclo 3 abrange a constituição dos grupos GAM e caracterização dos participantes e serviços; e por fim, no ciclo 4, há a sistematização, análise e divulgação da experiência.

Desafios para o cuidado em saúde mental em tempos de pandemia: o que nos possibilita a GAM?

Em períodos pandêmicos, a rápida disseminação do patógeno, por todo o mundo, as incertezas sobre como conter a doença, sua proporção, imprevisibilidade em relação à duração da pandemia e seus desdobramentos constituem fatores de risco à saúde mental da população em geral (Zandifar; Badrfam, 2020).

Esse cenário pode proporcionar o desenvolver sintomas obsessivo-compulsivos, ansiedade em relação à saúde e episódios depressivos em relação ao isolamento social, além de estresse crônico. Ademais, constatou-se que indivíduos que apresentassem previamente problemas envolvendo a saúde mental podem ser mais vulneráveis em tempos de pandemia (Li *et al.*, 2020).

Durante a epidemia de Ebola, de 1995, assim como no decorrer da pandemia da COVID-19, os sobreviventes evidenciaram, especialmente, medo de morrer, de infectar outras pessoas, de sofrer abandono por parte de seus familiares e amigos, assim como estigmatização social. Os profissionais da saúde também são bastante afetados em contexto pandêmico, e suas preocupações são, sobretudo, medo de contrair a doença, transmiti-la a seus familiares, sofrimento por estarem afastados de seus lares, estresse, sensação de perda de controle e de desvalorização, podendo resultar em agravos consideráveis à saúde mental em curto, médio e longo prazo (Schmidt *et al.*, 2020).

Circunstância parecida aconteceu em 2003, durante a epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* [SARS]), quando as consequências psicológicas derivadas da doença foram superiores às implicações físicas, em termos de número de pessoas afetadas e tempo de duração em que elas foram afetadas (Taylor, 2019).

Schmidt *et al.* (2020) apontam como possíveis adversidades para o cuidado da saúde mental em tempos de pandemia a restrição a deslocamentos e a necessidade de realização de serviços psicológicos on-line, porém nem toda a população possui acesso à internet. Nessa perspectiva, em março de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) recomendou a descontinuação das atividades de psicólogos de modo presencial em todo o país, com exceção daquelas comprovadamente emergenciais, fator que deixou vários pacientes sem assistência durante longo período.

As repercussões que a Pandemia provocou nos serviços de saúde mental são preocupantes para os pacientes que necessitam de um cuidado contínuo. A pandemia fragiliza as atividades intersetoriais, segmentando o cuidado em saúde mental. Em contexto pandêmico, os profissionais de CAPS precisam adaptar-se à nova rotina, ocasionando a suspensão por tempo indeterminado das práticas assistenciais, da realização de grupos terapêuticos ou educativo, como a GAM, por exemplo, e de oficinas que eram utilizadas como um recurso para o tratamento, mantendo apenas atendimentos de urgência e atendimentos psiquiátricos para a retirada de receitas médicas (Magrini; Homercher; Vieira, 2020).

Em contrapartida, Carvalho *et al.* (2021) relatam sua experiência com a realização de um grupo GAM de maneira virtual no contexto da pandemia do novo coronavírus, demonstrando que o grupo GAM, mesmo que de forma virtual, produziu espaços de autocuidado, compromisso militante, compartilhamento de saberes e desenvolvimento de relações interpessoais, que repercutiram no aumento da autonomia e empoderamento dos participantes com relação ao seu tratamento (Carvalho *et al.*, 2021)

Além da perspectiva de emergência em saúde pública, a pandemia da COVID-19 emergiu no contexto da razão neoliberal, fundamentada na concepção da meritocracia e do lucro a qualquer preço, assim, uma das mais

beneficiadas é a milionária indústria farmacêutica. Nesse panorama, alguns medicamentos foram divulgados como eficazes contra a COVID-19, tais como a Cloroquina, a Hidroxicloroquina e a Ivermectina, fato que fez com que muitos indivíduos se automedicassem sem que houvesse estudos científicos comprobatórios, nem ponderamento de seus efeitos colaterais graves (Caponi, 2020; Melo *et al.*, 2021).

Situação equivalente acontece na esfera da saúde mental, atualmente composta por um modelo de psiquiatria biológica. Com a pandemia, o número de diagnósticos de ansiedade, mania, depressão, síndrome de pânico, dentre outros, cresceu consideravelmente. Para isso, a psiquiatria biológica conta com seu modelo de proliferação da prescrição de psicofármacos, de maneira que, simultaneamente ao aumento de diagnósticos, conseguimos constatar a disseminação de prescrição de psicofármacos desde o início da pandemia (Caponi, 2020).

A psicofarmacologia, ao longo do tempo, empregou um esquema elucidativo para a prescrição de psicofármacos, uma estratégia que Jonna Moncrieff nomeou de Modelo da droga centrado na doença, em que todos os adoecimentos psíquicos corresponderiam a desequilíbrios cerebrais ou neuroquímicos, e os psicofármacos disporiam do objetivo de restabelecer tal equilíbrio. Dessa forma, a indústria farmacêutica conta com um poderoso aliado, o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5) (Caplan, 2020).

Nessa perspectiva, a prescrição de psicofármacos passa a ser encarada como principal alternativa no manejo de qualquer sinal de sofrimento psíquico rotulado como patologia, mesmo que esse quadro seja coerente com o momento de catástrofe, corroborando a predominância do modelo biomédico. Assim, é possível constatar um prejuízo referente à elaboração das perdas, sendo preocupante a medicalização crescente em fenômenos naturais da vida, como considerar o luto normal como uma categoria patológica (Alves *et al.*, 2021).

A gestão farmacoterapêutica do luto com antidepressivos ou ansiolíticos, por exemplo, é uma alternativa grave e falha, evidenciada pela escassez de evidências científicas sobre a temática. Outrossim, o uso inapropriado dessas substâncias está correlacionado à tolerância, a intoxicações, a efeitos colaterais graves, à dependência química e a interações imprevisíveis com

outros fármacos, implicando em prejuízos à vida social do indivíduo (Alves *et al.*, 2021; Melo, *et al.* 2021).

Ademais, condições estressoras como períodos de pandemia são desencadeantes e agravantes de transtornos mentais e, ainda, exacerbam o abuso de drogas lícitas, como álcool, tabaco e medicamentos, além de drogas ilícitas. Dessa forma, no Brasil, houve um acréscimo nas vendas dos antidepressivos no decorrer da pandemia: bupropiona (137%), amitriptilina (41,5%), escitalopram (37,9%), trazodona (17,4%), do benzodiazepínicos bromazepam (120%) e do hipnótico zopiclona (29,3%) (Brasil, 2021).

Dentro desse contexto de modelo extremamente biomédico apresentado, seja em período de pandemia ou não, grupos de Gestão Autônoma da Medicação contribuem para a realização de uma assistência em saúde mental de forma integral, levando em conta o indivíduo em sua totalidade e proporcionando autonomia no seu tratamento através da participação nas decisões e conhecimento a respeito dos fármacos em uso, tornando o paciente ator do seu próprio tratamento e contribuindo para qualidade de vida (Palombini; Barrio 2021).

Além disso, existem outras formas de recursos terapêuticos, comprovadamente eficientes, que podem ser empregados no contexto da assistência à saúde mental: são os tratamentos não farmacológicos que, em muitos casos, podem substituir o uso das medicações, ou no mínimo reduzir as altas dosagens, sendo utilizada em conjunto com a terapia farmacológica. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que visam assistir o paciente com uma escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, são um exemplo desse tipo de terapia (Ministério da Saúde, 2018).

Inicialmente, em 2006, foram oficializadas no SUS cinco práticas integrativas e complementares em saúde: homeopatia, acupuntura, medicina antropofásica, fitoterapia e termalismo social/crenoterapia. Ademais, em 2017 ocorreu a inclusão de outras modalidades, a saber: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, reflexo terapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. No ano seguinte, incluiu-se: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia e terapia floral (Tesser; Sousa; Nascimento, 2018).

Dessa forma, um estudo de abordagem qualitativa, do tipo ação-participante, desenvolvido em uma unidade básica de saúde indicou que as práticas integrativas e complementares representam uma forma de cuidado à saúde, que compreendem o ser humano em sua totalidade no processo saúde-doença. Dessa maneira, diminuem os danos decorrentes do uso excessivo de medicamentos, estimulam a integralidade e promovem a saúde (Dalmolin; Heidemann, 2020).

A implantação das PICS atinge os campos econômicos, técnicos e sociopolíticos, instituindo a inclusão de práticas integrais de cuidado no discurso e na ação dominante do mercado em serviços da racionalidade biomédica. As práticas dão importância à singularidade do paciente como elemento biopsíquico e significam a retomada de um dos princípios fundamentais do SUS, a integralidade da atenção em saúde (Nascimento *et al.*, 2016).

Outra medida não farmacológica são os grupos terapêuticos, muito comuns em CAPS, que consolidam o vínculo entre o usuário e o serviço, fornecem acolhimento, escuta coletiva e individualizada, caracterizando-se em ambientes que promovem o desenvolvimento da autonomia do sujeito e conseqüentemente uma possível melhora em seu estado de saúde. Além disso, os grupos terapêuticos são agentes de evolução do PTS (Projeto Terapêutico Singular), uma proposta de elaboração coletiva que compreende a identidade e protagonismo das pessoas em seus tratamentos, atuando de forma terapêutica (Silva *et al.*, 2021).

Ademais, as atividades de educação em saúde, muitas vezes deixadas de lado, também representam importante papel na atenção em saúde mental. Considerada uma das principais ações de promoção da saúde, é essencial na prevenção e reabilitação de doenças, além de tornar-se um dos instrumentos de emancipação dos sujeitos, a dinâmica educativa estabelece melhorias satisfatórias, contribuindo para um atendimento integral e humanizado do serviço (Silva *et al.*, 2020).

Referências

ALVES, A. M.; COUTO, S. B.; SANTANA, M. P. *et al.* Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 37 nº 9. 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1505/medicalizacao-do-luto-limites-e-perspectivas-no-manejo-do-sofrimento-durante-a-pandemia>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BEZERRA, I. S. G. Cartografia Afetiva de um Grupo de Gestão Autônoma da Medicação em uma Cidade do Interior do Nordeste Brasileiro. Currais Novos, Rio Grande do Norte 2020. **Projeto de Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional**. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44398/1/CartografiaAfetiva_Bezerra_2020.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. **Consultar dados de vendas de medicamentos controlados, antimicrobianos e outros**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/consultardados-de-vendas-de-medicamentos-controlados-antimicrobianos-e-outros>. Acesso em: 26 nov. 2022.

CAMPOS, R. T. O.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. *et al.* Gestão Autônoma da Medicação – **Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 24 nov. 2022.

CAPONI, S. Necropolítica e sofrimento psíquico em tempos de pandemia. 2020. **Mad in Brasil. Ciência, psiquiatria e justiça social**. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2020/08/necropolitica-e-sofrimento-psiquico-em-tempos-de-pandemia/#>. Acesso em: 13 nov. 2022.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M.; PASSOS, E. H. GAM, Apoio e Cuidado em CAPS AD. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 99-121, ago. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2020000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2022.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde e Sociedade [online]**. 2019, v. 28, n. 4, p. 14-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CAPLAN, P. J. COVID-19 está deixando todo mundo louco? **Mad in Brasil. Ciência, psiquiatria e justiça social**. 2020 Disponível em: <https://madinbrasil.org/2020/07/covid-19-esta-deixando-todo-mundo-louco/>. Acesso em: 23 nov. 2022.

CARVALHO, P. A. L.; SANTOS, V. T. C.; MELO, A. M. *et al.* **Saúde mental no Século XXI: Individuo e Coletivo Pandêmico – Autonomia, Empoderamento e Desinstitucionalização em Tempos de Pandemia: Relato de Experiência** p. 70-81. 2021. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/articles/code/210303660>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CARVALHO, S. R.; SILVA, S. A. P. A Participação Infantil em Foco: Uma Entrevista com Natalia Fernandes. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p. 187-194, 12 jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsiacolEstud/article/view/28430>. Acesso em: 22 nov. 2022.

CHASSOT, C. S.; SILVA, R. A. N. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, e181737, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30181737>. Acesso em: 12 fev. 2023.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Integrative and complementary practices in Primary Care: unveiling health promotion. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2020. v.28:e3277. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277>. Acesso em: 26 nov. 2022.

FAVERO, C. P.; RODRIGUES, J.; SILVA, I. P. *et al.* Grupo de gestão autônoma da medicação num centro de atenção psicossocial: experiência de usuários. **Revista de Enfermagem Referência**, 2019, v. 4, n. 21, Abril-Junho. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388260457009/388260457009.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

FERREIRA, I. M. F.; AVARCA, C. A. C.; AMORIM, A. K. M. A. *et al.* Gestão Autônoma da Medicação em CAPS-AD: Fronteiras e Borrachas entre Drogas Prescritas e Proscritas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 13, n. 34, p. 31-53, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76792>. Acesso em: 22 nov. 2022.

FREITAS, A. C. M.; RECKZIEGEL, J. B.; BARCELLOS, R. C. Empoderamento e Autonomia em Saúde Mental: O Guia como ferramenta de cuidado. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n.2, p. 149-156, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21058>. Acesso em: 20 nov. 2022.

GONÇALVES, L. L. M.; CAMPOS, R. T. O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. Saúde Pública** 2017; v. 33, n. 114 Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/291/narrativas-de-usuarios-de-saude-mental-em-uma-experiencia-de-gestao-autonoma-de-medicacao>. Acesso em: 21 nov. 2022.

GONÇALVES, L. G.; CALIMAN, L. V.; CÉSAR, J. M. Participação Infantil no Cuidado em Saúde Mental: Um Grupo GAM no CAPSi. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**. 2021, v. 41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003223921>. Acesso em: 20 nov. 2022.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade**: ensaios de análise institucional. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

LI, W; YANG, Y; LIU, Z. H. *et al.* Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. **International Journal of Biological Sciences**, v. 16, n. 10. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7150/ijbs.45120>. Acesso em: 21 nov. 2022.

MAGRINI, J. M.; HOMERCHER, B. M.; VIEIRA, M. V. O Impacto da Pandemia Covid-19 em um Serviço de Saúde Mental de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Anais do V SERPINF e III SENPINF**. 2020. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinf-senpinf/assets/edicoes/2020/arquivos/60.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2022.

MELO, J. R. R.; DUARTE, E. C.; MORAES, M. V. *et al.* Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 37 nº.4. 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1350/automedicacao-e-uso-indiscriminado-de-medicamentos-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 26 nov. 2022.

MONTENEGRO, F. V. P.; SAMPAIO, J. V. Gestão Autônoma da Medicação na Atenção à Saúde das Pessoas que Usam Drogas. **Rev. Polis e Psique**, 2021; v. 11, n. 3, p. 100-124. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/112090>. Acesso em: 20 nov. 2022.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 3, Jul-Set/2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160026>. Acesso em: 26 nov. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L. *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, mai. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XbYg7jh4vgsRRhcFSt3pFCP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2022.

PALOMBINI, A.; BARRIO, L. R. Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. **Saúde em Debate** [online]. 2021, v. 45, n. 128 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112816>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, cap. 1, p. 17.

PASSOS, E. BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos & Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9019/7455>. Acesso em: 12 fev. 2023.

PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial, feminismo e interseccionalidades: notas para o debate. Luta antimanicomial e feminismo: discussões de raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: editora **Autobiografia**, 1º ed., 214p. 2017. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/02/Mulheres_Medidas_de_Seguranca_e_a_Ceguei.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

PEREIRA, M. A. L. A. *et al.* Automedicação na saúde mental: O empoderamento do paciente para uma gestão autônoma de seu tratamento. **Monografia apresentada à Universidade Federal Rural do Semi-Árido**. Disponível em: <https://repositorio.ufersa.edu.br/handle/prefix/7252>. Acesso em: 16 de nov. 2022.

RIZZINI, I.; CASTRO, M. R.; SARTOR, C. D. **Pesquisando... Guia de Metodologias da Pesquisa Para Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula, 1999.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão, Psicol. cienc. prof.**, v. 23, n. 4, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. Disponível em: https://monoskop.org/images/8/8b/Rolnik_Suely_Cartografia_sentimental_transformacoes_contemporaneas_do_desejo_1989.pdf. Acesso em: 12 fev. 2023.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 37, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SILVA, A. J. M.; MELO, C. E. C.; SOUZA, E. F. A. *et al.* Grupos Terapêuticos como Ferramenta de Cuidado: Análise com Usuários Acometidos de Transtornos Mentais nos CPS. **Revista Eletrônica, Estácio** – Recife. Anais da XX Jornada de Iniciação Científica, novembro, 2021. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/634>. Acesso em: 24 nov. 2022.

SILVA, W. L. C.; SILVA, M. P. S. D. C.; CAVALCANTE, G. G. *et al.* Atividades de educação em saúde em um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. V. Sup., n. 56. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3941>. Acesso em: 24 nov. 2022.

TAYLOR, S. **The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease** Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. 2019, p. 178. Disponível em: <https://cambridgescholars.com/product/978-1-5275-3959-4>. Acesso em: 24 nov. 2022.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, set./2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 nov. 2022.

ZANDIFAR, A.; BADRFAM, R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. **Asian Journal of Psychiatry**. V. 51, junho de 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820300988?via%3Dihub>. Acesso em: 22 nov. 2022.



CAPÍTULO 2

O Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GUIA GAM) como estratégia de educação em saúde mental

*João Victor de Castro Gomes
Jéssica Pascoalino Pinheiro*

Introdução

Esta pesquisa foi fruto de uma relação entre a faculdade e um grupo de pesquisa que era atravessada em mim no ano de 2022. No campo da graduação, estava semeando em mim uma paixão pelas políticas públicas, o que também me aproximava cada vez mais do campo de estágio, na época o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Por parte do grupo de pesquisa, a GAM me incentiva a trazer um olhar mais singelo pelo processo da medicação e o amplo mundo que a envolve. Desta relação, plantei a primeira semente para o caminhar da pesquisa, a pergunta norteadora: *“O guia GAM traz um rico e relevante conteúdo para a saúde mental, portanto, como podemos adaptá-lo para uma proposta de educação em saúde mental?”*

Para que possamos entender um pouco do processo da medicalização, nos faz sentido falar um pouco sobre a história da saúde mental brasileira e como o conceito de loucura é abordado. A noção de “doença mental”, implementada nos anos 1970, facilitou o enquadramento da loucura em composições, síndrome e diagnósticos, estes que fundamentam e conceitualizam o uso de fármacos para a correção de incompreensibilidade, periculosidade e incapacidade (Freitas; Reuter, 2021).

Com um enfoque médico-científico, os estudos foram avançando e trouxeram um termo novo denominado de transtorno mental, entendido como o sofrimento psíquico que afeta a mente. Mediante a isso, a “loucura” foi fragmentada em composições, síndromes e diagnósticos baseados

em aspectos negativos da estrutura mental: alienação, incompreensibilidade, periculosidade e incapacidade. Esse enfoque possibilitou o enquadramento dos transtornos mentais em rótulos, mensurações, manuais e códigos dos transtornos mentais (Freitas; Reuter, 2021).

O enquadramento dos transtornos mentais facilitou a prescrição de medicamentos com o propósito de “[...] dar conta da maioria dos problemas psíquicos e criar um sujeito sem conflitos como um modelo-padrão de normalidade” (Freitas; Reuter, 2021). Além do enquadramento de uma normalidade biomédica, os transtornos acabam sendo objetificados, e os usuários do serviço de saúde mental transformados em consumidores de fármacos com o objetivo de eliminar tais “problemáticas” em saúde, alavancando o processo de medicalização da vida, prática esta que significa tornar a medicação o único e indispensável tratamento para o sofrimento psíquico do sujeito e uma tentativa de correção de comportamentos (Oliveira; Martins, 2020).

Percebe-se ainda que ocorre uma patologização da imagem dos sujeitos em tratamento de saúde mental, vistos como “louco(a)” ou “doido(a)”. Esta patologização também alcança a noção de desamparo estatal, em que o(s) sujeito(s), na tentativa de buscar estratégias de transbordamento das contenções das estruturas estatais que os circundam, acabam sofrendo um processo de inserção em códigos e relações de assujeitamento. Nesta lógica, acontecem processos de docilização dos corpos, em que não há espaço para “[...] potencializar os múltiplos sentidos dos agitos, dos gritos e do convite à celebração das expressões ‘subversivas’ [...]” (Oliveira; Martins, 2020, p. 103).

Em oposição a esse modelo de assistência, destaca-se o movimento político e social cunhado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, trazendo mudanças significativas para a produção de cuidado no campo da saúde mental, como a desconstrução da relação de tutela, a objetificação sustentada pelo saber psiquiátrico e a problematização de métodos adotados no atendimento à pessoa acometida de transtorno mental. Além disso, Freitas e Reuter (2021) afirmam que o movimento ainda visa à reinserção social do indivíduo com transtorno mental, desestruturando o tratamento com o modelo biomédico e o inserindo em uma Rede de Apoio Psicossocial (RAPS).

Uma outra tática que tenta reconstruir o modelo de assistência biomédico é a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que

propõe ajudar os usuários a encontrarem um espaço de pertencimento no consultório (seja este do psicólogo, médico, enfermeiro, dentre outros), facilitando a participação deste em uma cogestão de cuidado no seu processo de tratamento (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

A GAM, uma estratégia de cuidado desenvolvida em Quebec, no Canadá, teve sua proposta adaptada para o contexto nacional brasileiro, tendo aplicabilidade em grupos, buscando levar informações sobre medicamentos, tratamentos ofertados pelos equipamentos de saúde do município e, principalmente, a forma como os usuários podem dialogar com os familiares e profissionais da saúde sobre seu tratamento medicamentoso (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

Percebe-se, no início do guia GAM, que já acontece um processo de educação em saúde mental quando propõe conversar sobre a Reforma Psiquiátrica, o uso da medicação de forma descontrolada, a introdução da Gestão Autônoma da Medicação, em que traz suas propostas e princípios e depoimentos de outros participantes dos primeiros grupos Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Brasil. Portanto, este capítulo tem como objetivo dialogar sobre a proposta de educação em saúde mental, atrelada à educação popular em saúde, propondo o guia GAM como ferramenta educacional.

Metodologia

No levantamento bibliográfico desta pesquisa, optou-se por utilizar a metodologia de revisão bibliográfica integrativa de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada nos sites: BVS/LILACS, SciELO e Google Acadêmico, utilizando como descritores: “Gestão Autônoma da Medicação”; “Educação em Saúde”; “Educação em Saúde Mental”. Optou-se por realizar pesquisas aleatórias em base de dados diferentes, utilizando combinações de descritores com o operador “or”, a fim de resgatar possíveis diferentes resultados que possam embasar a nossa discussão.

Como critérios de exclusão, foram computadas as publicações duplicadas, trabalhos incompletos, teses de doutorado e que não foram cordiais com os objetivos. Já nos critérios de inclusão, utilizamos artigos completos, de língua portuguesa, com boa proposição para atingir nossos objetivos específicos, citáveis e no recorte temporal de 2017 a 2022 (últimos 5 anos).

Este último filtro será utilizado apenas com os artigos científicos da busca de dados. Ao todo, utilizamos 12 artigos, grafados no Anexo 1, e 4 livros.

Resultados e Discussão

Durante o século XX, iniciou em Quebec, no Canadá, um movimento de problematização da medicação, o qual propunha a retomada ao processo medicamentoso, agora com ênfase em questionar como ele está (e se está) funcionando. A proposta era focada em questionar e colocar em pauta o sofrimento de quem costuma permanecer no tratamento apesar do sofrimento ainda estar presente; a dificuldade dos usuários de voltar ao mercado de trabalho com sua capacidade de contratualidade social e pelo desejo de viver sem precisar do uso de medicamentos (Passos; Sade; Macerata, 2020).

Esses movimentos foram desenvolvidos em conjunto com usuários do serviço de saúde, profissionais da saúde e grupos acadêmicos. A estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que fomentou uma das diretrizes clínico-política para saúde mental, ao qual considera a experiência e o saber dos usuários e instiga a cogestão no processo terapêutico dos usuários, assim como a oferta e a experiência individual dos usuários com diversas formas de cuidado para além do tratamento medicamentoso, tornou-se vetores de alteração para os modelos de atenção e de gestão de práticas em saúde mental (Onocko-Campos *et al.*, 2012; Passos; Sade; Macerata, 2020).

Além disso, o Guia GAM traz, de forma simples, conteúdos sobre medicamentos psiquiátricos, interações entre medicamentos, uso de medicamentos fitoterápicos, os diversos efeitos da medicação, ensinamentos a respeito da lei da Reforma Psiquiátrica e a relação de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). O dispositivo original de Quebec tinha como objetivo eliminar o tratamento medicamentoso, entretanto, a versão brasileira não manteve o objetivo da retirada da medicação, mas reforçou a tomada de decisões compartilhadas entre usuário e profissional de saúde.

A adaptação do Guia GAM à realidade brasileira resultou da parceria entre Brasil e Canadá com a chancela da Aliança de Pesquisa entre Universidade e Comunidade (Aruc) da

Universidade de Montreal. A Aruc apoiou pesquisas na temática da saúde mental e cidadania, a formação de pesquisadores e a transferência de tecnologia para a comunidade e para serviços de saúde por meio de projetos multicêntricos e internacionais. Em 2009/2010 foi desenvolvido o projeto multicêntrico “Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: Instrumentos para a Qualificação da Utilização de Psicofármacos e Formação de Recursos Humanos: GAM-BR”, elaborado pela Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio Grande do Sul [...] (Passos; Sade; Macerata, 2020, p. 27).

Esta adaptação ao contexto nacional trouxe como objetivos a tradução, a adaptação e a testagem do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em diversas cidades do país atrelado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo, Rio de Janeiro (RJ), Novo Hamburgo (RS) e Campinas (SP). Além disso, objetivava-se, também, atingir a formação dos profissionais de saúde mental, em que se buscava avaliar o impacto desta estratégia em suas formações.

Onocko-Campos *et al.* (2012) afirmam que a estratégia de cuidado GAM entra como uma tentativa de alterar a relação de poder dos usuários e servidores do equipamento de saúde no intuito de efetivar a participação por parte dos usuários no seu tratamento medicamentoso, proposta esta que vai de frente com uma das ações deixada pelo modelo hospitalocêntrico, a relação tutelar.

Orientada pelo princípio metodológico da transversalidade, o GAM como estratégia visa à promoção da autonomia coletiva, o protagonismo das pessoas, e a diretriz cogestiva, atrelada às práticas de produção de conhecimento e/ou pesquisas-intervenção, operam tanto nos dispositivos de atenção quanto na gestão do trabalho em saúde (Passos; Sade; Macerata, 2020). A estratégia GAM está ligada a grupos heterogêneos do qual fazem parte trabalhadores e usuários ou trabalhadores e familiares. A literatura também aponta que a presença eventual de pesquisadores universitários traz discussões e conduz o direcionamento de um grupo GAM.

A presença acadêmica nos grupos, em seu compromisso com a sociedade, participa do desenvolvimento de metodologias de produção de conheci-

mento que ampliem os anseios democratizantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Seguindo essa lógica, a literatura aposta nas metodologias participativas, designadas de pesquisa-intervenção participativa, como a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (Passos; Sade; Macerata, 2020).

O desenvolvimento desta estratégia em conjunto com os profissionais e equipes acadêmicas traz o referencial teórico como ferramenta para fundamentação teórica do grupo, em que estes profissionais conduzem a intervenção com esta ferramenta, além de analisar as demandas de saúde deste coletivo, assim como afirmam Vincha, Santos e Cervato-Mancuso (2017).

O guia conta com um suporte material impresso, no qual a proposta deste é que os usuários reflitam sobre o processo terapêutico medicamentoso com a ajuda de 6 passos, divididos em duas partes: (I) sua qualidade de vida, abordando os tópicos: 1º passo: conhecendo um pouco sobre você; 2º passo: observando a si mesmo; 3º passo: ampliando a sua autonomia; 4º passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos; e; (II) um caminho para mudanças, abordando os tópicos: 5º passo: por onde andamos; 6º passo: planejando nossas ações.

Para a implementação do guia em um grupo seguro, que acolha os usuários e que possibilite a decisão de participar ou não deste, as autoras Onocko-Campos *et al.* (2014) afirmam que os encontros iniciais seriam destinados ao desenvolvimento da contratação do grupo, termo este empregado para se referir a uma contratação como um processo de construção coletivo e progressivo, em que as cláusulas não estão previamente definidas, mas que estas estejam em processo de construção. A literatura ainda aponta que a contratação tem sua importância na participação de forma gradual dos usuários, aumentando o sentimento de pertencimento quando colocado enquanto sujeito participativo na construção de um coletivo.

Os aspectos da implementação acontecem em diversos contextos e conseqüentemente poderão trazer efeitos sobre todos os equipamentos da RAPS. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas no serviço de saúde mental podem possibilitar ao usuário a reconquista ou a conquista do movimento rotineiro do seu cotidiano, desenvolvendo suas habilidades laborativas, de autonomia e de possibilidade de liberdade (Constantinidis *et al.*, 2018).

Na tentativa de desenvolver e manejar o comportamento ativo, a GAM tem como princípio básico a autonomia e a gestão. A autonomia em

questão foge das definições centralizadas no indivíduo, ela é definida pela criação de vínculos e redes de relações que o sujeito consegue criar. Autonomia de estar em relação com os outros, e não sozinho, é uma vivência em que as pessoas compartilham o que pensam e sentem umas com as outras (Onocko-Campos *et al.*, 2014). Para que os usuários experimentem a autonomia no tratamento, é preciso que a gestão deste seja compartilhada entre todos aqueles que estão envolvidos, desde o profissional de saúde à família, ou seja, numa cogestão.

Almeida Costa, Birchardt e Pereira (2018) implementam uma outra denominação para os comportamentos de cogestão das pessoas, chamados agora de “coprodutores”, ou seja, aqueles que executam de forma independente atividades relacionadas a uma etapa do processo seu tratamento recomendado por profissionais do serviço de saúde. As autoras ainda complementam que, para o coprodutor e os demais envolvidos com o tratamento deste, precisam estar devidamente educados para atuar como tais. Nesta lógica se fortalecem os momentos de educação popular perante os comportamentos ativos no que diz respeito ao seu tratamento.

As autoras Vincha, Santos e Cervato-Mancuso (2017) trazem outra abordagem para se trabalhar um processo de transformar o conhecimento em atitude através da necessidade e realidade de cada participante. Este seria o objetivo do Grupo Operativo, além de conceber as condições de saúde/doença por meio da transmissão de conhecimento. As autoras ainda afirmam que “esta transformação ocorre por meio do vínculo, da comunicação e do protagonismo de todos. Por isso, significados, sentimentos, relações, expectativas e experiências individuais são implicados na ação” (Vincha; Santos; Cervato-Mancuso, 2017, p. 950).

No primeiro passo, abre-se a discussão sobre os integrantes do grupo com o questionamento sobre “Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco sobre você?” e “Como as pessoas que lhe conhecem costumam apresentar você?”. Em seguida, é apresentada a frase ‘Eu sou uma pessoa, não uma doença!’ (frase tirada do guia de Gestão Autônoma da Medicação do Quebec). Se pensarmos no momento de reflexão e discussão sobre esta frase, seria possível apresentar uma outra proposta do que é a “loucura”, o que seria ser “doido” para o grupo e como poderíamos junto ao coletivo trazer outro significado a estas nomenclaturas que

desenvolvem segregação e assédio as pessoas que vivenciam um processo de transtorno mental.

Ao passo que as discussões vão se desenvolvendo, podem-se criar aberturas para orientação das condutas e práticas da loucura como objeto de representação social, tendo em vista que essa e outras representações sociais não são estáticas, portanto, estão sempre em movimentos de mutação ocasionadas pelas insatisfações dos movimentos sociais e dos grupos minoritários ou subalternizados. Como afirmam Santos, Danfa e Almeida (2021), esses movimentos de mudanças trazem como proposta a subversão das representações sociais vigentes por meio de resistência e inovação.

A abertura para a discussão sobre medicação acontece no segundo passo, em que se introduzem questionamentos sobre os tópicos “O seu dia a dia”, “As pessoas à sua volta”, “Sua Saúde”, “Sua medicação” e “Os efeitos da sua medicação”. O movimento de permear o cotidiano das pessoas reforça a participação como coprodutor no tratamento, como trazem Almeida Costa, Borchardt e Pereira (2018), pois o usuário é quem experiencia diariamente as sensações, emoções e frustrações do seu processo terapêutico, e para que ele consiga administrar o uso da medicação, seria importante que este esteja habilitado para tal, sanando as dúvidas, entendendo suas emoções, sua medicação e os efeitos dela.

As discussões acerca da medicação atravessam a linha de pensamento do dever, cuja pessoa deveria tomar a medicação que foi prescrita, sem poder questionar ou se opor ao uso. Esses comportamentos hegemônicos seriam a consequência de um processo de diagnóstico-medicalização-cura. Nesse contexto, afirma-se a diferença-liberdade-vida na tentativa de potencializar a vida nos sujeitos em sofrimento psíquico (Honorato, 2022). Portanto, nos grupos operativos, onde o guia GAM tem perfil para ser implementado, proporcionam-se espaços de fala e de discussões junto aos profissionais de saúde no intuito de dissipar esses comportamentos e possíveis lacunas no processo terapêutico dos usuários.

Esses momentos de discussões se tornam potentes quando há oportunidade de ensinar e aprender com os participantes, como afirma Onocko-Campos *et al.* (2014): “A melhor maneira de se tomar essas decisões é considerar não apenas o que sabem os médicos, mas também o que sabem os usuários sobre suas próprias experiências com os medicamentos.”

Alinhada aos movimentos de educação e ampliação da autonomia, o guia GAM dispõe no terceiro passo sobre a ampliação da autonomia, há perguntas que fazem reverberar os pontos de apoio que a pessoa tem e propor outros que possam fazer sentido a ela. Ademais, o passo traz expressões como “Liberdade”, “Pertencimento”, “Reconhecimento” e “Sentir-se útil” a fim de elencar quais destes a pessoa precisa para viver, em seguida, quais são os mais difíceis de conseguir (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

Além disto, o terceiro passo ainda conta com o tópico “Os direitos de quem faz tratamento”, que traz questionamentos acerca dos direitos constituintes que cada pessoa tem, e para complementar a discussão, as autoras elencam os princípios da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde. Nesta perspectiva, crê-se que, ao tentar atingir a população para contribuir no entendimento e no exercício dos direitos de cidadania, a educação em saúde mental pode movimentar e incentivar autonomias individuais e coletivas na vida da população, o que se espera que esta ferramenta seja impulso para envolvê-las em movimentos de luta por direitos e, por conseguinte, transformar a vida cotidiana delas (Tusi, 2022; Onocko-Campos *et al.*, 2012).

O quarto passo aprofunda a discussão sobre os medicamentos psiquiátricos, trazendo questionamentos sobre a experiência diária de tomá-los, e dispõe de algumas informações sobre as medicações psiquiátricas mais comumente usadas, bem como conceitua cada uma delas. Além disso, o guia dispõe de uma tabela para que os usuários anotem o nome da medicação e a função que cada uma faz no processo terapêutico de cada usuário(a) do serviço de saúde mental (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

Ademais, o quarto passo traz informações sobre a receita dos medicamentos e os diferencia, categorizando-os em três tipos mais comuns de receitas. Também dispõe sobre a bula e ressalta para que cada um a consulte, os efeitos individuais que cada medicamento causa e faz referência aos efeitos terapêuticos e os efeitos indesejáveis. O passo ainda instiga a autonomia dos usuários a pesquisarem sobre o nome do medicamento, assim como averiguarem quanto tempo o fármaco costuma permanecer no corpo (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

Ressalta-se durante o passo alguns questionamentos pertinentes para os momentos de educação em saúde mental, como “Por que algumas pessoas

param o medicamento e ainda sentem os seus efeitos?”, “Por que alguns medicamentos precisam ser usados mais de uma vez por dia?”, “Por que às vezes tenho que esperar alguns dias para trocar de medicamento?” e “Qual a dose recomendada dos remédios?”. Neste momento, vê-se importância da discussão entre participantes e moderadores do grupo, mesmo o guia respondendo a estes questionamentos, uma vez que o diálogo e a troca de experiência potencializam o processo de aprendizado, como afirmam Almeida Costa, Borchardt e Pereira (2018) (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

As discussões sobre interações e contraindicações referentes aos medicamentos no quarto passo colocam em pauta comportamentos que possam interferir no processo saúde-cuidado dos usuários, a exemplo, a interação da nicotina do cigarro com o efeito dos antipsicóticos, a mistura de ansiolíticos com bebidas alcoólicas, a interação entre medicamentos diuréticos (utilizados para tratamento de pressão alta) com lítio e a forma como o medicamento carbamazepina interage diminuindo os efeitos das pílulas anticoncepcionais. Além disso, o guia ainda coloca em questionamento quais substâncias podem interagir com cada medicamento usado pelos participantes (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

No movimento de retomada das discussões anteriores, iniciando a segunda parte do guia, o quinto passo dispõe sobre o percurso já vivenciado pelo grupo e questiona: “Como foi para você conversar neste grupo sobre seus medicamentos e seu tratamento?”, “Para você, o que significa aumentar a sua participação no seu tratamento com medicamentos?” e outras referentes à relação entre o paciente e os profissionais que participam do seu processo terapêutico (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

O guia ainda traz, no quinto passo, o tópico sobre “A escolha em participar mais ativamente no tratamento”, tentando fortalecer os laços criados no grupo e tratando do tema da medicação não só naquele espaço e com aquelas pessoas, mas com outras pessoas, com vizinhos, amigos, parentes e profissionais de saúde. Além disso, também se pontua a relação que os pacientes têm com os profissionais que prescrevem as medicações, a partir das afirmativas: “Lembre-se que não se trata de agradar aos outros. Se é a SUA VIDA que está em questão, espera-se que a equipe de saúde seja capaz de escutá-lo” (Onocko-Campos *et al.*, 2012, p. 94).

Ademais, o passo trata sobre os tópicos “Respeitando o que você sente”, trazendo pertinência para a validação dos participantes e a participação assertiva sobre o que estes sentem com relação a si mesmos e ao tratamento; e “Formas de tratamento além da medicação”, em que se abre oportunidade para o momento de educação em saúde, como processo de impulsionar a democratização do acesso à saúde mental, sobre os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), quais trabalhos são realizado em cada um deles e quais tratamentos os usuários têm acesso tendo em referência quais dispositivos têm em seu território (Mezza; Torrenté, 2020; Onocko-Campos *et al.*, 2012).

O sexto passo, que trata sobre planejamento de ações, propõe uma construção individual de uma tabela sobre problemáticas que podem surgir durante o percurso do seu processo terapêutico e, para além disso, soluções e com quem você pode contar quando essas problemáticas surgirem, trabalhar essa ferramenta em conjunto com um equipe de profissionais de saúde que tenham um boa relação com os usuários traz, como afirma Almeida Costa, Borchardt e Pereira (2018), grandes resultados de comportamentos de coprodução dos usuários, estabelecendo uma base para que o processo de aprendizado deste comportamento venha a surgir em práticas de cuidado favoráveis ao processo terapêutico de cada um (Onocko-Campos *et al.*, 2012).

O guia encerra os passos com um momento de discussão sobre uma frase emblemática do guia GAM de Quebec/Canadá, sobre o processo de planejamento de ações e possíveis dificuldades nas realizações destas: “Não existe falhar: é normal dar passos para frente e para trás”. Não devemos esquecer que aqueles que se apresentam nos processos de cuidado grupais ou coletivos também estão se organizando ou se organizaram para pedir ajuda, então acolher, afirmar e se dispor a ouvi-los traz validação para os processos individuais e sociais deles, impactando principalmente na aprendizagem da formas de cuidados e dispositivos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobre Reforma Psiquiátrica Brasileira e a tentativa de extinguir os processos de tutela e de medicalização da vida e ainda dos processos identitários e a ressignificação dos preconceitos e estereótipos impostos aos usuários.

Considerações Finais

O processo de educação em questão vai além da forma de se comportar, ela diz respeito ao ensino de direitos assegurados pela constituição a essas pessoas acometidas de transtorno mental (Brasil, 2001) e dos tratamentos ofertados pelos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Fala também sobre as reproduções de estereótipos e preconceitos criados por um contexto dominado pela desinformação, assim como foi citado por Soares (2020), e principalmente o papel deste paciente como coprodutor no seu processo terapêutico.

Entendemos, a partir do produzido, que os grupos promovem uma coletivização da experiência efetivando o processo de educação popular em saúde, como também fomentam um processo de aprendizado individual e coletivo, pois se torna oportuno para gerar autopercepção sobre suas habilidades e potencialidades de maneira autônoma.

Referências

ALMEIDA COSTA, C. L.; BORCHARDT, M.; PEREIRA, G. M. O papel do paciente como coprodutor nos serviços de saúde: Uma revisão sistemática da literatura. **Interciência**, v. 43, n. 9, p. 648-654, 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001.

CONSTANTINIDIS, T. C. *et al.* Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 911-926, 2018.

COSTA, P. H. A.; FARIA, N. C. “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

FREITAS, C. D. R.; REUTER, B. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200172, 2021.

HONORATO, G. L. T. Avante Luta Antimanicomial, ocupemos os planos diretores das cidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 27-38, 2022.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. O. N. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 235-249, 2021.

OLIVEIRA, E. A.; MARTINS, C. P. Sobre práticas de medicalização e “loucura”: algumas reflexões (in) disciplinadas. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 101-113, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/ UFF; DPP/UFRGS, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação: guia de apoio à moderadores**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/ UFF; DPP/UFRGS, 2014.

PASSOS, E.; SADE, C.; MACERATA, I. (Org.). **Entre clínica e política: produção de conhecimento e cuidado em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2020. 466 p.

SANTOS, M. F. S.; DANFÁ, L.; ALMEIDA, A. M. O. A Loucura em Movimento: Representação Social e Loucura na Imprensa Escrita. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.

SOARES, F.; RAMOS, E. M. F. C. **Mitos que permeiam pacientes acometidos por transtornos mentais: Achados de uma revisão de literatura**. 2020.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 949-962, 2017.

TUSI, V. N. **Educação popular em saúde mental: uma revisão narrativa de literatura**. 2022.

Anexo 1 - Estudos sobre saúde mental

Título	Autor(es)	Objetivos	Revista	Ano
“E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada	COSTA, P. H. A.; FARIA, N. C.	[...] ofertar subsídios para a continuação da implementação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, num sentido de fortalecimento e avanço das conquistas históricas no campo da Saúde Mental [...].	Revista de Saúde Coletiva	2021
Avante Luta Antimanicomial, ocupemos os planos diretores das cidades	HONORATO, G. L. T.	[...] busca entrecruzar os desafios do “morar em liberdade” com as políticas de desenvolvimento urbano nos municípios brasileiros – estas, orientadas pelos PDPs.	Ciência & Saúde Coletiva	2022
A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral	MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. O. N.	[...] destacar os traços que permitam retratar a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) como luta pelo reconhecimento e progresso moral da sociedade.	Saúde em Debate	2021
Sobre Práticas de Medicalização e “Loucura”: Algumas Reflexões (In) disciplinadas	OLIVEIRA, E. A.; MARTINS, C. P.	[...] desnaturalizar saberes e práticas que circunscrevem, classificam e compreendem a loucura enquanto experiência individual e essencializada [...].	Revista Psicologia e Saúde	2020
A Loucura em Movimento: Representação Social e Loucura na Imprensa Escrita	SANTOS, M. F. S.; DANFÁ, L.; ALMEIDA A. M. O.	[...] discutir as possíveis transformações das representações sociais sobre a loucura [...], tomando como marco a Reforma Psiquiátrica Brasileira.	Psicologia: Ciência e Profissão	2021
O papel do paciente como coprodutor nos serviços de saúde: uma revisão sistemática da literatura	ALMEIDA COSTA, C. L.; BORCHARDT, M.; PEREIRA, G. M.	[...] apresentar os dados analisados na literatura científica sobre a atuação do paciente como coprodutor nos serviços de saúde.	Interciência	2018

Título	Autor(es)	Objetivos	Revista	Ano
Educação popular em saúde mental: uma revisão narrativa da literatura	TUSI, V. N.	Compreender de que maneira as práticas de Educação Popular em Saúde Mental podem facilitar e viabilizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira e contribuir para a desinstitucionalização da loucura.	Universidade Federal de Santa Maria	2022
Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito	FREITAS, C. D. R.; REUTER, B.	[...] apresentar os resultados da pesquisa que versou sobre o impacto do diagnóstico psiquiátrico nos modos de subjetivação do sujeito.	Saúde e Sociedade	2021
MITOS QUE PERMEIAM PACIENTES ACOMETIDOS POR TRANSTORNOS MENTAIS: Achados de uma revisão de literatura	SOARES, F.	[...] buscar em literaturas pré-existentes quais os mitos mais comuns e relevantes que fazem parte do cotidiano de portadores de transtornos mentais e as dificuldades de maior impacto que impedem ou prejudiquem que os mesmos busquem atendimento ou obtenham sucesso no tratamento.	TCC(Graduação) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente	2020
Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências.	VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATOMANCUSO, A. M.	[...] apresentar um panorama do planejamento de grupos operativos realizados com usuários de serviços de saúde.	Saúde em Debate	2017
Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS	CONSTANTINIDIS, T. C.; et al.	[...] delineamento exploratório sobre as concepções de profissionais de saúde mental acerca da utilização de atividades terapêuticas em suas práticas em centros de atenção psicossocial (CAPS).	Trends in Psychology	2019



CAPÍTULO 3

Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): o movimento de implantação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cearense

*Amanda Bezerra Benevides Machado
João Victor de Castro Gomes
Rayelly Araújo Vieira
Sarah Maria Lemos de Souza*

Introdução

Vamos conversar neste capítulo um pouco do contexto que estamos vivenciando na esfera mundial, também do campo da saúde chamado “Saúde Mental” e o que nossa pesquisa vem propor para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Ceará. Além disso, vocês vão conhecer o que é a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), seus princípios e passos, e também como se desenvolveu o nosso processo de implantação de grupos GAM em quatro cidades cearenses. Por fim, poderão contar com algumas indicações para a prática de implantação de grupos GAM diante do que aprendemos e gostaríamos de compartilhar.

Devemos salientar o momento difícil de Sindemia da COVID-19 que vivenciamos durante o processo de implementação dos grupos GAM. O termo Sindemia é caracterizado pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações (Singer; Clair, 2003, p. 423-41). Esse contexto impõe barreiras para construção de estratégias de cuidado em saúde, mas aqui apontamos possibilidades para superá-las.

O campo da Saúde Mental, na política pública de saúde, se organiza a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2001; Brasil,

2011), que se concretiza pelas ligações entre equipamentos, profissionais, usuários, familiares, etc. Com isso, o cuidado em saúde mental passa a ser função da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tendo como suporte contínuo e especializado os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (Barbosa *et al.*, 2016).

Nos últimos anos, a política de saúde mental e seus princípios estão sendo alvo, de maneira mais intensa, de mudanças que desconsideram os avanços da RPB em direção a uma sociedade sem manicômios e total substituição por serviços de base comunitária (Onocko-Campos, 2019; Cavalcanti, 2019). Com isso, cabe a usuários, familiares, profissionais e sociedade engajar-se para reanimar a Luta por uma sociedade sem manicômios – de todos os tipos – e reacender a Luta Antimanicomial.

Diante disso, experiências como a proposta de Grupos GAM são possibilidades para repensar as práticas em saúde mental e firmar o compromisso com o cuidado em liberdade e comunitário, ao mesmo tempo em que se produz saúde junto aos usuários de maneira integral.

Afinal, a GAM, como vocês verão adiante, nasce dos questionamentos de usuários e familiares sobre o uso desenfreado de medicações psiquiátricas, pois para eles o cuidado em saúde mental precisa considerar para além da utilização da medicação como tratamento exclusivo às pessoas em sofrimento psíquico.

A Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)

Antes de vermos como acontece o desenvolvimento dos grupos GAM, precisamos entender alguns aspectos. O primeiro deles é que o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) é uma ferramenta que norteia a realização dos grupos e que foi construída e validada em Quebec, no Canadá.

O Guia GAM já conta com uma versão atualizada, datada de 2017 (RRASMQ; AGIDD-SMQ, 2017). No entanto, essa ferramenta surgiu em 2002, como produto do processo de discussões entre usuários, familiares e profissionais iniciadas nos anos 80, sobre o uso de medicamentos, efeitos, efetividade e autonomia.

Esse guia canadense está disposto em duas partes, nas quais o usuário é direcionado para compreender e refletir sobre aspectos de sua vida e tratamento, buscando pensar em sua qualidade de vida (primeira parte). Na sequência, são analisadas características pertinentes à medicação, seus efeitos, estratégias para negociação no uso e a busca por uma diminuição progressiva.

O formato de apresentação do guia conta com perguntas que direcionam o usuário para perceber sua história de vida e identificar os personagens que compõem a sua rede de apoio, pautando assim que as pessoas não devem ser reduzidas a doenças ou sintomas. Portanto, o cuidado em saúde mental deve ser amplo e diverso.

No Brasil, a validação do Guia GAM-BR, traduzido e adaptado à realidade do país, foi compartilhada no ano de 2012 (Campos *et al.*, 2012). Assim, hoje a versão brasileira conta também com duas partes, “parte um: sua qualidade de vida” e “parte dois: um caminho para mudanças”, estas divididas em seis passos, que conheceremos a seguir.

A postura dialógica apresentada pelo guia se direciona por questionamentos na produção de conhecimento acerca das medicações, tratamento, direito dos usuários e o cuidado de si. A proposta brasileira é desenvolvida de modo relacional, com a presença do outro, baseando-se nos princípios da autonomia coletiva e cogestão do cuidado, propondo uma grupalidade que, no campo da saúde mental, se articula como cogestão.

Assim acontece o Passo 01, que vislumbra a aproximação entre os participantes e, com o uso de técnicas ou dinâmicas em grupo, propõe-se conhecer as pessoas a partir do que são e não da “doença”. No Passo 02, o guia excita os usuários a se observarem com relação aos vários aspectos da sua vida. Questões como “O que você gostaria de fazer e não faz?” ou ainda “Os medicamentos fizeram o efeito que você estava esperando?” são discutidas, e o grupo pode ser entendido como um espaço de acolhimento e escuta.

No Passo 03, os questionamentos caminham para o reconhecimento do porto seguro. Aqui os usuários identificam a sua rede de apoio, passando também sobre os direitos dos usuários do SUS. Reforçamos que o grupo acontece frente a uma postura de diálogo e de escuta mútua. No Passo 04, os usuários são convidados a conhecer os medicamentos que fazem uso e a ler a bula dos seus medicamentos.

A revisão dos acontecimentos e das discussões dá início ao Passo 05, momento que pode ser rápido ou levantar questionamentos que ainda deixam lacunas. No último momento, o Passo 06, sugere-se que os participantes construam um plano de ação coletivo para fortalecer o vínculo e produzir efeitos que vão além do grupo.

Ainda vale destacar que a condução dos grupos é assistida pelo Guia do Moderador, que tem como finalidade a orientação para o uso do Guia GAM, a oferta de alternativas para o desenvolvimento da estratégia e a introdução sobre aspectos históricos e conceituais da Gestão Autônoma da Medicação (Palombini; Del Barrio, 2021).

Resultados e discussão

Cenários de Implantação: Rede de Apoio Psicossocial do Ceará

Os cenários de implantação dos Grupos de Gestão Autônoma da Medicação foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das cidades litorâneas do estado do Ceará, Itapipoca e Fortaleza, e das cidades interioranas, Tianguá no Norte do estado e Iguatu no Centro-Sul.

Fortaleza, a capital do estado, dentre as demais cidades, é a que possui uma maior oferta de serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ao todo são 15 serviços do tipo CAPS, sendo 07 CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), 06 CAPS Geral e 02 CAPS Infantil. Isso porque o município já ultrapassa a marca de 2,7 milhões de habitantes.

Outras duas cidades também ficam no norte do estado, Itapipoca, a terra dos três climas, expressão que faz alusão ao seu território, que passa por praias, serras e sertão. O município conta com um serviço de CAPS tipo II para assistir a sua população de 131 mil habitantes. Na região noroeste, temos Tianguá, mais interiorano, fazendo divisa com o estado do Piauí, cuja população de 77 mil habitantes conta com um CAPS tipo II.

Na região centro-sul do Ceará, Iguatu, que já foi reconhecida pela produção algodoeira, com população com pouco mais de 100 mil habitantes, possui como atenção especializada dentro da RAPS um CAPS infantil, um CAPS Geral tipo III e um CAPS AD tipo II.

O Processo de Implantação

- Fortaleza

A implantação do grupo Gestão Autônoma da Medicação (GAM), na cidade de Fortaleza-CE, foi articulada primeiramente com a apresentação da pesquisa para a coordenação e, em seguida, para a equipe atuante do Caps Geral SER III. Esse primeiro contato ocorreu no ano de 2021, em que houve a participação de uma pesquisadora externa em uma das reuniões ordinárias da equipe citada, na qual foi apresentada a proposta da pesquisa e seus objetivos. Também neste encontro percebemos o interesse e as dúvidas quanto ao andamento prático do grupo GAM no serviço, com a demanda de conhecer melhor a metodologia e a operacionalização da GAM, bem como das mudanças na rotina do serviço.

O segundo encontro ocorreu somente no dia 18 de maio de 2022, devido à impossibilidade de atendimentos a grupos por conta do isolamento social, Decreto Estadual nº 33.510, de 16 de março de 2020, que decreta, no Estado do Ceará, situação de emergência em saúde decorrente da Covid-19. Encontravam-se presentes 13 profissionais do CAPS Geral SER III, englobando várias categorias profissionais, quais sejam: psiquiatra, residentes em psiquiatria, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Nesse encontro, foi apresentado o Guia GAM impresso e entregue a cada profissional.

A escolha dos moderadores foi um aspecto bastante refletido entre a equipe, verificando aspectos relacionados à identificação e proximidade técnica, teórica e ética com a temática, bem como a disponibilidade para execução do trabalho, conforme sua escala de atendimentos. É sabido que na equipe havia profissional com história de aproximação teórica com a GAM, por ser partícipe do grupo de pesquisadores, contribuindo com a realização dos encontros de formação e apoio técnico para construção do grupo no equipamento.

Havia insegurança da equipe para assumir a responsabilidade como moderadores diante do desconhecimento da ferramenta GAM pelos profissionais; dúvidas no processo conceitual, especialmente, qual seria o perfil dos usuários para participarem de um grupo GAM; dificuldades na viabilização logística do grupo, como a disponibilidade de local/sala para a realização da

proposta grupal naquele exato momento. Portanto, foram necessários mais encontros, com relatos de experiências de grupos já implementados nesta pesquisa, para compreender sobre o funcionamento do Guia e sua aplicabilidade, antes de implementarem o grupo no equipamento de saúde mental. O espaço formativo foi a demanda principal neste momento.

Scrimshaw e Hurtado (1987, p. 12) identificam como atribuições do moderador: (a) introduzir a discussão e a manter acesa; (b) enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; (c) observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; (d) buscar as "deixas" de comunidade da própria discussão e fala dos participantes; (e) construir relações com os informantes para aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; (f) observar as comunicações não-verbais e o ritmo próprio dos participantes, dentro do tempo previsto para o debate (*apud* Trad, 2009). De acordo com o Guia de moderadores GAM (2014), os moderadores têm como função acompanhar um processo que inicia na leitura do guia e perpassa pelos diálogos, discussões e reflexões entre os participantes ao longo dos encontros do grupo.

Após os encontros formativos, os profissionais que atuam no dispositivo se encontravam mais seguros para definir os moderadores do Grupo GAM, ficando responsável por essa condução uma assistente social, um enfermeiro e um médico residente em Psiquiatria (ESP/CE). O suporte da pesquisa viabilizou acesso ao material didático (Guia GAM) para os moderadores e usuários, bem como material expediente para realização de atividades propostas no grupo.

Os critérios utilizados pela equipe para selecionar os integrantes do grupo foram os usuários mais estabilizados no quadro psíquico; nível socioeducativo mais elevado e bom nível cognitivo, entre outros. O convite aos usuários foi realizado através de ligações telefônicas pelos profissionais de referência, que já os acompanhavam, sendo iniciado no município de Fortaleza o grupo oficialmente no dia 20 de setembro de 2022 com término no dia 29 de novembro de 2022, fechando ao todo 10 encontros do grupo, com participação de 05 a 06 usuários do serviço.

- Itapipoca

O processo de implantação do grupo GAM iniciou em novembro de 2021, por meio de uma reunião organizada pelas pesquisadoras, uma delas representante da Saúde Família e Comunidade (SFC) da RIS-ESP/CE, com participação da coordenadora do Núcleo da Educação Permanente em Saúde e da Saúde Mental (NUMEPS) do município, a fim de apresentar a pesquisa. No decorrer do processo, foram realizadas as pactuações para aplicação dos passos da GAM.

No mês dezembro, houve a apresentação e a formação com profissionais do CAPS, aplicando uma simulação dos passos iniciais do guia para que experimentassem como seria a dinâmica do grupo, a partir de uma perspectiva de cogestão. Nesses encontros estavam presentes uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira do serviço, dois residentes de SFC, um bolsista, uma servidora e pesquisadora, a responsável técnica da pesquisa e uma pesquisadora convidada. Ao final do encontro, foram pactuados os técnicos moderadores do grupo e critérios para a seleção dos usuários.

A seleção dos usuários para o grupo, em março de 2022, baseou-se em critérios que tivessem similaridade entre as demandas destes com os objetivos da pesquisa, sendo acordados tais: (1) Maior de 18 anos e menor de 75 anos; (2) Sem comprometimento cognitivo grave; (3) Faça uso de medicamentos psicotrópicos; e (4) Tenha boa adesão às ações propostas pelo serviço, em especial da modalidade grupal.

Ao convidar usuários, surgiu a problemática de prontuários do serviço sem o número de telefone ou o endereço registrados para que entrássemos em contato. Apesar dessa problemática, a implantação e a tentativa de criação do grupo não pararam por aí, a equipe se manteve empenhada para que conseguíssemos alcançar o público-alvo. Após a busca, foram selecionados os participantes do grupo, entretanto era notório que o quantitativo coletado não seria suficiente para iniciação do grupo. Portanto, foram realizadas visitas domiciliares pela assistente social, servidora da rede de saúde e bolsista, graduando em psicologia, para fazer o convite aos participantes.

No mês de maio de 2022, ocorreu o primeiro encontro, quando nos conhecemos e nos apresentamos todos. Foram apresentados a equipe da GAM, o conceito histórico da Gestão Autônoma de Medicação e a forma como iríamos abordar a temática proposta nos encontros. Ao todo tivemos 13 encontros, resultado de planejamento de atividades em conjunto com os

passos do guia. Por ser um grupo aberto, houve participação assídua de nove participantes, mas a participação repentina de um ou dois durante os encontros tornou potencializante a abertura do restante do grupo a novos participantes, ao passo que estes davam as boas-vindas aos novatos ou visitantes.

- **Tianguá**

O processo de implantação do grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na cidade de Tianguá-CE se deu inicialmente por meio de reuniões realizadas de forma on-line, nas quais estavam alguns representantes da pesquisa e a enfermeira do CAPS II de Tianguá. Nesse momento, foi explicada para a profissional a proposta da pesquisa e o que é a GAM, além de ser marcada uma reunião presencial para realizar uma aproximação com a equipe completa do CAPS.

A reunião foi realizada no dia 25 de agosto de 2022, a qual contou com a participação de toda a equipe técnica do serviço e três representantes da pesquisa. Nesse encontro, foi possível apresentar sobre a GAM e saber o posicionamento dos profissionais a respeito da implantação do grupo no dispositivo. A ideia foi bem recebida desde o início, a equipe se mostrou disposta a planejar e iniciar o grupo, reconhecendo a importância das formas participativas e cogestivas de cuidado. Posteriormente, houve a entrega dos guias GAM para os profissionais do equipamento, na qual foi realizada a explicação mais detalhada sobre os seis passos presentes no guia.

Após a equipe ter aceitado a realização da pesquisa, houve a escolha de quais pessoas iriam mediar o grupo, sendo acordado que estas seriam a enfermeira do CAPS, a técnica de enfermagem e uma bolsista, graduanda em psicologia. A partir dessa decisão, aconteceram outras reuniões entre as moderadoras para planejamento das atividades e para estabelecer os critérios de seleção dos participantes do grupo, sendo eles: pessoas maiores de 18 anos; fazer uso de medicamentos psicotrópicos ou serem cuidadores de usuários que utilizem a medicação; e participantes assíduos de outros grupos que existem no equipamento.

A equipe do CAPS passou a convidar os usuários que se encaixavam nos critérios estabelecidos. Além disso, houve a divulgação da proposta do grupo para usuários que participavam de outras atividades do dispositivo, que eram organizadas pelo terapeuta ocupacional. Foram realizadas

também salas de espera com o intuito de realizar o convite para o grupo, explicando sobre a ferramenta GAM e quando iria iniciar.

Em Tianguá, o grupo aconteceu dois dias na semana, nas segundas e quartas-feiras. O primeiro encontro foi realizado no dia 19 de outubro, no qual havia 7 participantes, entre eles usuários e cuidadores. Durante todo processo, os integrantes puderam se conhecer melhor e discutir os passos apresentados no guia, sempre considerando a realidade dos presentes e adaptando a linguagem de uma forma que pudesse ficar mais compreensível. Para isso, foram utilizadas figuras, colagens e pinturas com o intuito de tornar o momento mais dinâmico e fazer com que os participantes se expressassem mesmo que não soubessem ler.

- Iguatu

A implantação da pesquisa Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na cidade de Iguatu-CE se desenvolveu seguindo o fluxo de possibilidades. Inicialmente houve a pactuação, através da Escola de Saúde Pública de Iguatu (ESPI), para anuência do desenvolvimento da pesquisa em serviço de saúde a ser elencado e em comum concordância com este serviço. Assim, o primeiro momento foi para aproximação e apresentação da pesquisa, com gestores e profissionais.

A proposta da pesquisa foi apresentada à coordenação e profissionais de um dos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) numa primeira reunião. No entanto, tal proposta não pôde ser implementada neste determinado equipamento, então, buscou-se parceria com outro serviço da RAPS. Dessa forma, uma das pesquisadoras da GAM contactou, virtualmente, a assistente social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps Ad), em que a convidou e informou minimamente acerca da pesquisa com a GAM e quais seus objetivos e possibilidades de execução. Neste primeiro contato, a proposta foi acolhida e compartilhada com demais profissionais da equipe CAPS Ad e residentes em Saúde Mental Coletiva (SMC), da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE).

O Caps Ad de Iguatu realiza acompanhamento especializado a casos de pessoas com intenso sofrimento e adoecimento graves e persistentes em que se especifica o uso problemático de álcool e outras drogas, tendo como

fundamento o tratamento pautado na liberdade e autonomia do usuário (Portaria 3.088/2011). Faz-se importante destacar que os princípios adotados pelo Caps Ad, mencionados anteriormente, seguem em concordância com o preconizado pela GAM.

À vista disso, a equipe do Caps Ad (profissionais e residentes) expôs o interesse em participar da pesquisa. Assim, o coordenador da pesquisa realizou um primeiro encontro presencialmente com a equipe do equipamento e explicitou quais as perspectivas e objetivos, tendo em vista que essa era uma metodologia nunca antes utilizada pelos profissionais.

Em seguida, deu-se o processo formativo e de escolha de moderadores(es) e usuários participantes. Os profissionais que desenvolveram a função de moderadores do grupo GAM, que participaram dos momentos de formação e reuniões, foram a assistente social Vanessa Morais, a coordenadora do equipamento, Rochelly Sarmiento, a enfermeira Josefa Iara, os residentes em SMC Ramon Sena, profissional de educação física, e Rian Santos, assistente social, e as estagiárias do curso de Serviço Social (Instituto Federal do Ceará - Campus Iguatu) Sarah Maria e Mollyna Luria.

Com a finalização do processo de apresentação e formação, pensou-se a forma como os encontros entre profissionais e usuários do equipamento aconteceriam. A pandemia causada pela Covid-19 resultou em uma série de desafios e perdas, principalmente para o setor da saúde, mais especificamente, para a saúde mental.

No início das atividades do Grupo GAM Iguatu, durante o ano de 2021, a realização de grupos estava suspensa, devido ao protocolo de biossegurança estabelecido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2020), processo de isolamento que culminou no distanciamento entre os usuários e profissionais do serviço. Como estratégia para superar esse impasse, foi acordado que a GAM seria trabalhada em um grupo já realizado no equipamento, o Grupo Projeto de Vida, facilitado pela assistente social.

O grupo em questão se reúne uma vez na semana, durante o período da manhã. Não existe um perfil determinado de usuário para participar, visto que este tem um caráter aberto, possibilitando a participação e interação de todos. Mesmo com a estratégia de trabalhar a GAM em um grupo já estabelecido, os primeiros encontros se desenvolveram com dificuldades, os quais contaram

com um público de dois a três usuários, tendo dias que foram realizados até mesmo acolhimento e escuta de apenas um único usuário.

Apesar da dificuldade, a equipe resistiu, manteve-se esforçada e utilizou outras alternativas de busca ativa. Dia após dia convites foram feitos aos usuários para compor o grupo. Mediante esses esforços, o grupo GAM foi recebendo cada vez mais participação de usuários, contando com quatro participantes assíduos, em média, e foram realizados 17 encontros. Assim, puderam-se trabalhar as estratégias e passos estabelecidos no Guia GAM, disponibilizados para todos os usuários e profissionais participantes. Além disso, os moderadores também receberam como instrumento norteador o Guia do Moderador GAM.

O grupo GAM iniciou as suas atividades no final do mês de março, sendo válido ressaltar que todos os encontros e atividades desenvolvidas durante os encontros foram pactuados com antecedência entre profissionais e usuários participantes.

Considerações Finais: Indicações para a prática

A implementação do guia, como foi visto acima, aconteceu em diferentes regiões do Ceará, e mesmo sendo o mesmo GAM-BR, as práticas foram diferentes de cidade para cidade. Acreditamos que essa adaptação de cidade para cidade contribuiu no manejo das discussões no entendimento e na aprendizagem dos momentos de educação popular (Tusi, 2022).

Com base nisso, vemos a necessidade de orquestrar algumas recomendações práticas para a implementação dos grupos GAM com base nas nossas experiências. A literatura aponta que a GAM é implementada nos serviços de atenção psicossocial especializada, principalmente nos CAPS gerais, mas também encontramos em outros dispositivos da RAPS, como o CAPS-ad e nas APSs. Portanto, seria de grande valia analisar a necessidade da implementação do GAM em todos aqueles serviços que carecem das discussões acerca da medicação e que ofertam esta como única solução para o amenizar do sofrimento (Caron; Feuerwerker, 2020).

O processo de articulação entre gestores e profissionais dos serviços de saúde fortalece os momentos de formação, com isso, facilita-se a im-

plementação dos grupos GAM. Afinal, isso possibilita que os questionamentos e as práticas para o cuidado em saúde mental, que surgem a partir dos usuários e moderadores, se desenvolvam de forma criativa e singular e sejam incorporadas às vivências do cotidiano.

A análise dos serviços de saúde requer a discussão com a equipe, a demanda do território para com o serviço e principalmente a experiência dos sujeitos no que diz respeito aos tratamentos ofertados e utilizados. As experiências em seu sentido polissêmico trazem à discussão da equipe: (1) um aparato histórico sobre os indivíduos ou coletividades em uma conjuntura dada, a exemplo a trajetória da GAM no Brasil; e, para além disso, (2) a experiência sagaz de se permitir ir além das condições limitantes, frente às possibilidades que encontramos hoje como cuidado em saúde mental, como afirma Rosa *et al.*, (2020), traz a possibilidade de uma transformação de si, neste caso a GAM abre oportunidade para a transposição de um limite, a exclusividade do tratamento medicamentoso.

Para fomentar esta liberdade e movimento, é requerida criatividade dos moderadores e técnicos com os conteúdos que o Guia GAM dispõe, ou seja, que os encontros não sejam limitados a uma discussão em que há apenas um ouvinte e um falante, mas que se possa transitar por estes papéis e fugir deles, quando acharem necessário. Outra indicação que pode acrescentar nesta lógica é manusear atividades planejadas que podem substituir os questionamentos e permear a dinamicidade do momento, mas que não fujam do intuito destes (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

O guia GAM não é visto como uma receita a ser seguida ao pé da letra, mas que siga a mesma linha de discussão que se propõe, mesmo que sejam realizadas atividades e dinâmicas diferentes. Atividades que utilizaram de escrita e pinturas foram muito bem-vindas nos coletivos GAM, principalmente quando estes tiveram a liberdade de pintar/desenhar da forma que quisessem. Trabalhar a ludicidade também traz oportunidade para fugir da normatividade e padronizações dos tratamentos de saúde, por muitas vezes limitadas a um consultório, entretanto, que este não seja visto como algo negativo, mas que as nossas propostas de cuidado superem estes modelos, bem como o guia propõe.

Referências

BARBOSA, V. F. B. *et al.* O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde de debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100178&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 2001**. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22 set. 2019.

BRASIL. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 2020.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 16, n. 43, p. 967-980, 30 nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012005000040>. Acesso em: 14 dez. 2022.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M.; PASSOS, E. H. GAM, apoio e cuidado em CAPS AD. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 2, p. 99-121, 2020.

CAVALCANTI, M. T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, online, v. 35, n. 11, 2019.

CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estud. psicol.** Campinas, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1982-0275-estpsi-37-e200090.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

FREITAS, C. D. R.; REUTER, B. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200172, 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação: guia de apoio à moderadores**. Campinas: DSC/FCM/UNI-

CAMP; AFLORE; DP/ UFF; DPP/UFRGS, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, online, v. 35, n. 11, 2019.

PALOMBINI, A.; DEL BARRIO, L. R. Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 128, p. 203-215, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202112816>. Acesso em: 17 dez. 2022.

REGROUPEMENT des Ressource Alternative en Santé Mentale du Québec, Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, Équipe de Recherche et d'Action en Santé Mentale et Culture (Québec). **Gestion autonome de la médication de l'âme**. Mon guide personnel, Québec: RRASMQ; AGIDD-SMQ; 2017. Disponível em: <http://www.rrasmq.com/GAM/documents/Guide-GAM-2017.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2022.

ROSA, E. Z. *et al.* Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. **Polis Psique [online]**, v.10, n. 2, p. 76-98, 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2020000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.103447>.

SINGER, M.; CLAIR, S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. **Med Anthropol Q**, v. 17, n. 4, p. 423-41, 2003.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2009, v. 19, n. 3, p. 777-96. Acesso em: 07 nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.



II

Experiências com Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Ceará

GAM ITAPIPOCA





CAPÍTULO 4

Resgatando o cuidado e a autonomia em um grupo educativo: uma experiência da Gestão Autônoma da Medicação no município de Itapipoca, Ceará

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva.

Pedro Candido de Abreu Junior

João Victor de Castro Gomes

Kelviane Rocha de Almeida.

Maria Neyde Gomes Ximenes

Introdução

Itapipoca é uma cidade do estado do Ceará e se situa a 89 km a nordeste de Sobral. Em divisão territorial datada de 2005, o município é constituído de 12 distritos: Itapipoca, Arapari, Assunção, Baleia, Barrento, Bela Vista, Calugi, Cruxati, Deserto, Ipu Mazagão, Lagoa das Mercês e Marinheiros (Itapipoca, 2022). Os moradores são chamados de itapipoquenses. A cidade tem uma área de 1.600,358 quilômetros quadrados e tinha 131.687 moradores segundo o último censo do IBGE (2021). A densidade populacional dentro da cidade é de 71,90 pessoas por quilômetro quadrado. Itapipoca é adjacente aos municípios de Tururu, Uruburetama, Amonatada e Itapajé (Itapipoca, 2022).

Atualmente a cidade possui os seguintes serviços de saúde do município: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, que atende Itapipoca e regiões vizinhas; um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), a inaugurar, porém sem data prevista; um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); um Núcleo de Psico Desenvolvimento Infantil (NUPI) destinado a atendimento de crianças neurotípicas; bem

como 42 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e uma indígena. A cidade conta também com um hospital filantrópico e uma policlínica.

O equipamento de referência em saúde mental CAPS é composto pelas seguintes categorias profissionais: agentes administrativos, coordenação, enfermagem, medicina, motoristas, profissionais de serviços gerais, psicologia, recepcionistas, serviço social, técnicos de enfermagem e terapia ocupacional. Dos principais serviços oferecidos pelo equipamento, constam: consultas médicas, psicoterapia individual e em grupo, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e institucionais e palestras em geral à comunidade, atendimentos com as categorias profissionais de ensino superior. As atividades coletivas foram interrompidas em decorrência da pandemia de COVID-19.

O público-alvo do serviço está direcionado à população com transtornos mentais moderados a graves e persistentes. Contudo, ainda que não seja um perfil específico de acompanhamento do usuário pelo CAPS, transtornos mentais leves e relativos à infância são acolhidos pelo equipamento. Ainda assim, tem se buscado uma parceria com as UAPS, NASF-AB e NUPI. Direciona-se aqui a atenção para as dificuldades que se apresentam dentro da Rede de Saúde, no que diz respeito à articulação entre os dispositivos de saúde, bem como a crescente demanda de saúde mental, que tem sido gradualmente inversa a manutenção e incentivo a estes equipamentos e profissionais que neles trabalham.

Descrição da Experiência

O processo de implantação da GAM no município de Itapipoca aconteceu com três servidoras públicas, lotadas à época no NASF-AB, realizando a articulação com gestor local para a autorização da pesquisa no ano de 2020. No ano subsequente, foi realizada a articulação com a coordenação de saúde mental do município, do CAPS e da coordenação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde de Itapipoca - NUMEPS.

No decorrer do processo, foram realizadas as pactuações para aplicação dos passos da GAM, sendo construído de acordo com as demandas do CAPS. Diante do exposto, serão descritos os encontros e a caracterização dos participantes, trazendo o percurso da pesquisa no município.

Da aproximação do campo de pesquisa até o sexto passo

Após a reunião supracitada, foi realizada a formação com os profissionais de referência do serviço (enfermagem, técnicos de enfermagem, terapia ocupacional) e pesquisadores. A dinâmica do encontro se deu da seguinte forma: foi feita a simulação dos passos iniciais do GAM a fim de que os participantes experimentassem a dinâmica do grupo e as possibilidades dos manuais. Ao final do encontro, foram pactuados os critérios de seleção dos usuários e a aplicação do primeiro passo.

Vale ressaltar que foram dois manuais (um do facilitador e outro do usuário), preconizando as diretrizes dos seis passos que versam sobre temas geradores, tais como redes de apoio, vínculos sociais, promoção de saúde, medicação e medicamentos, entre outros. Ao término da reunião, ficou pactuado um encontro no mês seguinte, somente com os profissionais de referência do equipamento e pesquisadores do município, objetivando definir os critérios de seleção dos participantes.

Com isso, na reunião posterior foram acordados os seguintes critérios: ser acompanhado pelo CAPS, ser maior de 18 anos e menor de 75 anos, não ter comprometimento cognitivo grave, fazer uso de medicamentos psiquiátricos, tendo como capacidade máxima de 15 a 20 usuários participantes, conforme o decreto estadual vigente na época em decorrência da COVID-19.

Após a seleção dos critérios de participação, foi realizada a captação dos participantes do grupo. Sendo assim, foi feita uma nova visita ao CAPS a fim de selecionar prontuários, suporte da coordenação indicando usuários que se encaixassem dentro dos critérios descritos anteriormente e visitas domiciliares ao perfil selecionados que no prontuário não havia telefone para contato.

A Coordenação do CAPS postergou por duas vezes o início das atividades do grupo devido ao receio em retornar às atividades no mesmo período em que os casos de COVID-19 cresciam novamente no município. Contudo, a estratégia encontrada foi usar a sala maior do CAPS e disponibilizar máscaras e álcool em gel.

Figura 1 - Primeiro encontro do grupo GAM em Itapipoca-CE.



GAM na prática

• Primeiro passo

Em março de 2022, deu-se início ao primeiro encontro com a equipe GAM, sendo apresentados, assim como o conceito, seu histórico e os manuais que seriam usados nesta e nas reuniões seguintes. Nessa reunião participaram oito pessoas, dentre elas, sete mulheres e um homem.

No encontro seguinte, ainda no primeiro passo, foi realizado o contrato de convivência, que consistia em sigilo, assiduidade, pontualidade e respeito. Também foram definidas algumas pactuações da logística do grupo, como dia da semana, frequência, horários de início e término e local. Os encontros aconteceram às segundas-feiras, de forma quinzenal, no horário de 8h30 às 10h00, na sala de atividades coletivas do CAPS.

Ainda neste encontro, cada usuário falou sobre as suas expectativas em relação ao grupo, conhecimento prévio sobre a estratégia GAM e a importância de trazer o manual para as reuniões, material este entregue a cada um dos participantes na reunião anterior. É importante frisar que os profissionais de referência do CAPS não participaram dos encontros até aqui, ainda que tenham sido acordados dias e horários da reunião. A grande demanda foi a justificativa dada pelos profissionais.

Fato fundamental a ser descrito foi a implementação do grupo GAM, pois este foi o primeiro grupo a retornar no período da pandemia. A pandemia de COVID-19 acabou repercutindo e desafiando em muitos âmbitos a vida da população mundial, sendo um dos maiores do século XXI, tendo impactos que afetaram desde a saúde até setores econômicos, direta ou indiretamente, em diferentes nuances (Who, 2020 *apud* Brito *et al.*, 2020).

Considerada uma doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus, da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), a COVID-19, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), iniciou em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, em que foram descritos os primeiros casos de pneumonia causada por um agente desconhecido, assim sendo propagado em outros países e continentes, até chegar em um âmbito mundial de forma acelerada, deixando inclusive as autoridades de saúde e as demais pessoas amedrontadas tendo em vista a falta de esclarecimento sobre o vírus (Brito *et al.*, 2020).

Dando continuidade ao primeiro passo, foi aplicada uma dinâmica de integração objetivando a construção de vínculos. Neste momento, participaram oito pessoas com diferentes demandas relativas ao uso de medicação. Foi perceptível a participação dos usuários com relação à proposta apresentada.

No segundo encontro, algumas questões foram acordadas no que diz respeito à relação da pontualidade, assiduidade e participação, movimento este natural diante da construção do processo de grupalidade. Isso também se deu com a ludicidade das atividades que se adequaram e se construíram de acordo com o direcionamento dos participantes do grupo.

Os grupos aparecem nesse contexto como facilitador de trocas coletivas, de vivências individuais e dialógicas. Ainda sobre os grupos, tal como traz Cardoso e Seminotti (2006 *apud* Benevides *et al.*, 2010) podem ser entendidos pelos usuários como um ambiente de debate sobre a necessidade de ajuda de todos e que, à medida que as atividades vão sendo desenvolvidas, abre-se um espaço para que os participantes façam seus questionamentos e troquem experiências sobre as alternativas de apoio e suporte emocional, de forma coletiva.

Vale frisar que somente ocorreu a participação do técnico do CAPS ao final do segundo passo frente à ratificação do convite e da importância de

um profissional do equipamento na estratégia GAM conforme acordado na formação.

É importante ainda salientar, como nos diz Ávila (2010, p. 8), que:

Analisar a grupalidade consiste em indagar como o grupo se faz ao se constituir de indivíduos e, ao mesmo tempo, como cada indivíduo se faz ao se constituir de grupos. Desse modo, podemos inverter a clássica e óbvia afirmativa de que o grupo é formado por indivíduos e dizer, com razão, que o indivíduo é formado por grupos.

Demos continuidade ao primeiro passo do guia, no qual houve partilhas potentes e de identificação. Era notório o quanto o grupo partilhava de conhecimento e afetavam uns aos outros, até mesmo sem o manejo dos pesquisadores.

O ponto alto deste encontro se deu pela chegada de uma nova integrante. A usuária fez um excelente contraponto, não só pela contação de sua história de vida, mas pelo vínculo já criado pelos participantes, que ora convergiam ou divergiam de acordo com a temática discutida no momento. Importante notar como a historicidade diversa de cada um encontrava na medicação e no agravamento do adoecimento mental um ponto em comum entre todos. Tema este, valoroso para o avanço da estratégia GAM e de introdução ao passo seguinte.

Como proposição para o próximo encontro e segundo passo, foi sugerida uma atividade fora daquele espaço: cada integrante, conforme sua disponibilidade e significância, teria que fazer algo entendido como autocuidado nunca antes experimentado e trazer a experiência no próximo grupo. A ideia central dessa atividade era propor um diálogo acerca da diferenciação de remédio e medicamento, no intuito de valorizar a autonomia deste usuário frente ao seu cuidado.

• Segundo passo

Figura 2 - Dinâmica com os participantes sobre os efeitos da medicação.



O segundo passo foi iniciado trazendo questões sobre o guia acerca da medicação e seus efeitos. Mais uma vez foi utilizada a ludicidade como ferramenta de proposição, uma vez que a colagem foi sugerida para que os participantes falassem sobre sua experiência como medicamentos narrando sua relação com efeitos colaterais e a minimização de sintomas.

Foram elencadas algumas colagens que sinalizam a transversalidade da relação indivíduo-medicação, são elas: “a saúde virou um fardo”, “estratégia valiosa”, “melhorou” e “perseverança”. Tais frases dão o tom plural de como a medicação traz uma visão dicotômica, embora possibilite uma visão do cuidado ampliado na concepção de cada participante.

Dito isto, Dias e Moreira (2011), ao discutirem os conceitos apresentados por Canguilhem, falam sobre o processo saúde-doença pensado a partir do indivíduo. Isso quer dizer que a experiência da pessoa deve ser levada em conta em seu processo de cura e/ou adoecimento. Silva (2018, p. 98) complementa, a partir desse conceito, ao debater que “a compreensão da saúde e do adoecimento perpassa a vida das pessoas, e não mera quan-

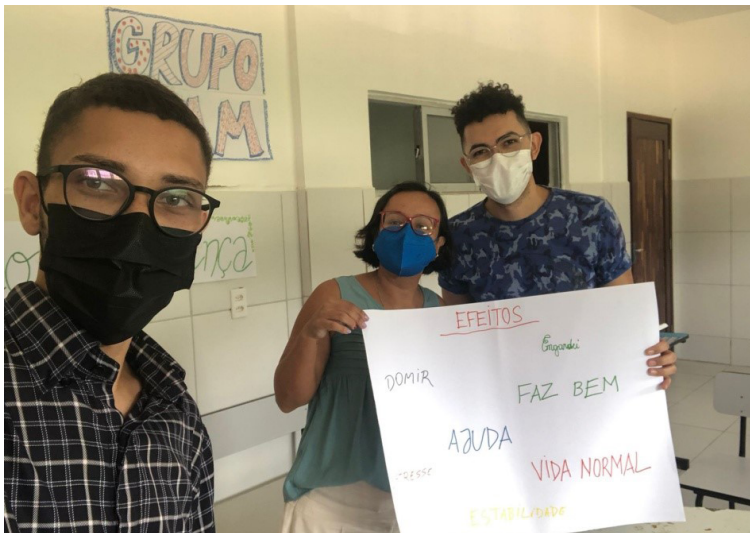
tificação, causa e efeito, mas uma qualidade dos contextos vividos; e uma não invalida a outra, pois a discussão está na vida e não na saúde e doença”.

A continuidade do segundo passo se deu pela atividade de relaxamento, desta vez, com a participação da técnica do serviço e a terapeuta ocupacional pesquisadora. Os pacientes se aproximaram através de suas vivências do outro, facilitado pelo recurso proposto.

A experiência GAM suscitou a ampliação da temática prevista no Guia (efeitos suscitados pela medicação e rede de apoio) ao ponto de que as perguntas disparadoras foram capazes de trazer à tona questões relacionadas à sexualidade. Isso demonstra o vínculo criado neste espaço ao ponto de que certas narrativas foram não somente partilhadas, como também acolhidas pelos demais integrantes.

Encerramos o momento com uma atividade em que cada um deles dizia uma ou duas palavras, para colocar na cartolina, que representasse a experiência subjetiva que eles tiveram durante este encontro e sua relação com a medicação, demonstrando assim que a ferramenta GAM está para além do que é estabelecido nos passos. Isso quer dizer que o guia abre espaço para outras questões sobre as quais perpassam a vida cotidiana das pessoas, e não necessariamente centralizadas na medicação.

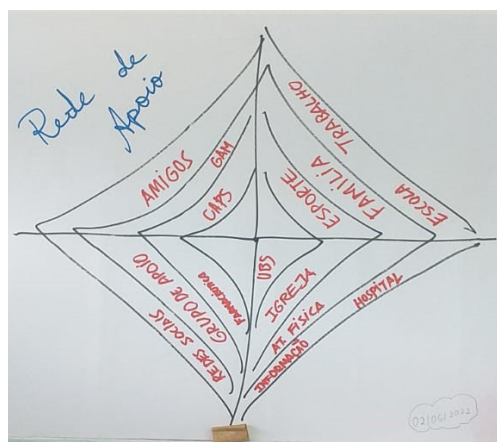
Figura 3 - Equipe de pesquisadores em encontro do grupo GAM.



• Terceiro passo

O terceiro passo tinha como temática discutir como as redes de apoio possivelmente são auxiliares no tratamento dos participantes. Como atividade proposta, foi desenhada uma teia em que cada ponta tivesse uma dessas redes de apoio. Cada participante poderia elencar, dentro da sua realidade, quais eram as suas, formando, portanto, uma rede completa de cuidado em que família, amigos e comunidade versavam nessa teia de cuidado.

Figura 4 - Rede de Apoio construída com os participantes do grupo GAM.



Desta vez, a técnica do serviço participou desse momento e, em um desses encontros, apresentou a diferença entre laudos e atestados médicos, bem como, o perigo da automedicação e a possibilidade de atendimento da área de enfermagem, fato este desconhecido pelos participantes. Ainda nesse encontro, a farmacêutica-residente do município, convidada deste dia, esclareceu sobre questões pertinentes à medicação e a diferença entre remédio e medicamento.

A finalização deste momento se deu com um esclarecimento sobre o direito dos usuários amparados pela Lei 10.216, que trata da saúde mental. Sendo assim, foram apresentados alguns pontos pertinentes à estratégia GAM.

• Quarto passo

No quarto passo, o grupo foi levado a refletir sobre a autonomia e a prescrição da medicação. Sendo assim, a proposta do encontro foi a confecção de caixas de remédios em que cada um descreveu as particularidades do uso de seu próprio medicamento.

A médica psiquiatra do CAPS foi convidada a participar deste encontro para esclarecer as dúvidas acerca dos efeitos da medicação e como a autonomia e a corresponsabilidade do usuário com seu cuidado é uma das ferramentas mais importantes no processo da saúde mental.

Dando continuidade a esta temática, a enfermeira do equipamento de saúde mental ressaltou sobre as diferenças da perícia, receituários branco e azul, cuidado e assiduidade com a medicação, como também ser primordial o apoio da família, atividades de lazer e um convívio socialmente saudável.

Demonstrando a efetividade dos nossos encontros, um dos participantes mencionou a GAM como um remédio aliado no seu processo de cuidado em saúde mental, o que nos fez refletir sobre a importância da grupalidade dentro de equipamentos de saúde, em especial de saúde mental, e a potência do recurso GAM desde a sua implementação até o momento. Isso pode ser demonstrado pela fala supracitada.

• Quinto passo

Figura 5 - Pesquisadores junto aos residentes de Saúde da Família em ação realizada com os participantes do grupo GAM.



Durante o quinto passo, descrito pelo manual GAM, percebemos como este nos faz refletir sobre o aprendizado das temáticas anteriores aplicadas. O grupo aconteceu no espaço de acolhimento do CAPS e foi ministrado pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município e os demais pesquisadores.

Durante o encontro, foi dado continuidade ao trabalho da visão ampliada do cuidado: houve aferição de pressão, dinâmicas sobre o senso de coletividade e a importância da aproximação com os próprios sentimentos na busca da saúde mental, atividades de alongamento, momentos de debate acerca da alimentação saudável, da história da saúde mental no Brasil e da associação da Lei 10.216/2001 com a autonomia da medicação proposta pelo GAM ao longo dos 5 passos.

Figura 6 - Ação em parceria com os residentes.



Durante este encontro, por ter sido feito em um espaço aberto e de fácil acesso aos demais usuários do CAPS, tivemos a participação de três novas pessoas, que, inclusive, mostraram-se interessadas em participar outras vezes do grupo.

A partir dessa proposta de trabalho, o que foi planejado e executado foi um modo de pensar a proposta GAM dentro da realidade do serviço, trazendo a ludicidade, mais uma vez, e o caráter histórico como estratégias de discussão acerca das temáticas da medicação.

Para finalização deste passo, foi aplicada uma dinâmica em que cada membro teria que falar dos seus aspectos sociais, espirituais, físicos, emo-

cionais e cognitivos. Foi observado, a partir desta atividade, que a maioria dos participantes não avaliou o campo emocional, contudo essa atividade serviu para uma reflexão conjunta sobre os campos diversos da vida e como um aspecto da vida não contrapõe o outro, uma vez que somos, nas palavras de Merleau-Ponty (citado Silva, 2018), seres ambíguos.

Figura 7 - Atividade dinâmica sobre o senso de coletividade



Figura 8 - Plano de ações construído junto ao grupo.

PLANO DE AÇÕES			
PROBLEMA	PORQUE CONSIDERAMOS ESTE PROBLEMA IMPORTANTE	PROPOSTA DE AÇÃO	REDE DE APOIO PARA NÓS PROPOSTA DE AÇÃO
1. Não ser contrariados 2. ENQUICER HORARIO DO MEDICAMENTO 3. Ser solidária 4. Não saber dizer não 5. Falta de comunicação 6. MEDO 7. FALTA DE APOIO E COMPREENSÃO das pessoas que convivem	1. Aprender a conviver melhor com nossos estudos 2. FAZER CÍRCULOS PARA OTRA TA MENTO	1. Fazer uma Rodízio circular 2. Fazer uma Rodízio presencial 3. PSICOTERAPIA / GRUPOS 4. Academias 5. UNIDADES MULTIDISCIPLINAR	1. Família 2. PASSO LATS 3. Grupo GAP 4. Igreja 5. comunidade de bairro

• Sexto passo

No sexto passo, foi construído um plano de ações em dois momentos: um de detecção do processo de adoecimento (em que foram citados o “medo”, o “dizer não”, o “sedentarismo”, entre outros) e outro das possíveis propostas (“acompanhamento pelo CAPS”, “atividade física”, “GAM” e outros) no cuidado em saúde mental. O último encontro GAM foi finalizado com uma mandala coletiva na intenção de falarmos sobre a rede de apoio sob a qual estamos todos inseridos. A terapeuta ocupacional-pesquisadora ministrou a atividade que foi seguida da finalização do encontro e da nomeação do grupo.

A identidade do grupo foi resgatada por uma participante. Para tal, houve uma votação para a sua escolha, sendo nomeado, ao final, de ‘Vida em Movimento’. Foram eleitos dois símbolos para representar o grupo: o girassol e a borboleta. Girassol por lembrar alegria, com suas cores vibrantes, e a borboleta por representar a liberdade. Além disso, foi conversado sobre a viabilidade da continuidade do grupo no equipamento de saúde mental.

Por fim, foi perceptível, através deste último encontro, que houve um fechamento no que diz respeito à grupalidade, ao cuidado em liberdade e às vivências em territórios (psíquicos e geográficos) nem sempre acolhedores, mas ainda assim, experienciados. Esses aspectos foram facilitados pela ferramenta GAM e demonstrados poeticamente pela nomeação do grupo.

A cada encontro, trazíamos um profissional convidado: psiquiatra, nutricionista, terapeuta ocupacional, enfermeira, farmacêutica, fonoaudióloga, educador físico. Além de seguir os seis passos do guia do usuário, discutimos temas como: Carta dos direitos dos usuários, a primeira Conferência Municipal de Saúde Mental no município (onde foram convidados), Reforma Sanitária, Hábitos alimentares saudáveis, A importância da Educação Física no tratamento, dentre outros.

O planejamento das ações desenvolvidas pela equipe técnica da pesquisa foi essencial, pois proporcionou aos participantes a possibilidade da busca de soluções para melhor gerir suas emoções e seus problemas, principalmente a cuidar do uso de medicamentos, cuidando da Saúde Mental dos participantes, melhorando sua visão de mundo. Houve também o forta-

lecimento dos laços de apoio entre usuários e profissionais de saúde, por meio de trocas dialógicas no grupo.

A ferramenta da GAM se apresentou como um dispositivo de cuidado e educação na/para a saúde. Foi um espaço abrigado para expor suas dores, dúvidas, sofrimentos, como também, seus afetos. Observou-se que essas questões foram extrapoladas para a vida cotidiana de cada participante, o cuidado em liberdade e autonomia. Na vivência subjetiva, o grupo se empodera e arranja subsídios para viver e partilhar e gerenciar suas emoções, contribuindo no entendimento de suas próprias dificuldades, desconstruindo ideias tidas como verdades e reformulando novas maneiras de viver, utilizando o diálogo como estratégia de convivência em sua comunidade.

Figura 9 - Atividade criativa Grupo GAM – Itapipoca-CE.



Referências

AVILA, L. A. As tensões entre a individualidade e a grupalidade. **Rev. SPA-GESP**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 4-9, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702010000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 out. 2022.

BENEVIDES, D. S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 127-38, jan./mar. 2010.

BRITO, S. B. P. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 2, p. 54-63, abr./jun. 2020.

DIAS, D. A. S.; MOREIRA, J. O. As Vicissitudes dos Conceitos de Normal e Patológico: Relendo Canguilhem. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 77-85, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA. **Guia da cidade**. Prefeitura de Itapipoca, 2022. Disponível em: <https://itapipoca.ce.gov.br/cidade/> Acesso em: 12 set. 2022.

RIBEIRO, L. A.; MARIN, L. L.; SILVA, M. T. R. Atividades grupais em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 283-293, set./dez. 2014.

SILVA, V. T. B. L. **O fenômeno do câncer de mama feminino**: o significado atribuído pelo homem-companheiro. Tese (doutorado) - Universidade de Fortaleza, 2018, 192f.

GAM IGUATU



Dia por dia, emoção.
Nesta cidade da
medicação.
A minha
redenção de trocar
o remédio pelo coração.

Mickael Alves



CAPÍTULO 5

Grupo de Gestão Autônoma da Medicação no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de Iguatu, Ceará: relatos, vivências e estratégias de cuidado

Josefa Iara Alves Bezerra.

Vanessa de Moraes Braga

Ramon Sena de Jesus do Santos

Rian Santos Pinheiro

Sarah Maria Lemos de Souza

Rochelly Moura Sarmento

Introdução

O Estado do Ceará é composto por 184 municípios. No Ceará, o processo da regionalização da saúde vem acontecendo desde meados da década de 1990 (Goya; Andrade; Pontes; Tajra, 2016). Atualmente o processo de regionalização da saúde no Ceará faz-se através da divisão do estado em 5 Macrorregiões de Saúde. São elas: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe.

Iguatu pertence à Macrorregião do Cariri, a qual é composta atualmente por 45 municípios ao todo: Abaiara, Acopiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Baixio, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririçu, Cariús, Catarina, Cedro, Crato, Deputado Irapuan Pinheiro, Farias Brito, Granjeiro, Icó, Iguatu, Ipaumirim, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Jucás, Lavras da Mangabeira, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Mombaça, Nova Olinda, Orós, Penaforte, Piquet Carneiro, Porteiras, Potengi, Quixelô, Saboeiro, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas, Umari, Várzea Alegre.

Existe, além disso, uma subdivisão do estado em 22 Áreas Descentralizadas de Saúde - ADS. A cidade de Iguatu é a cidade polo da 18ª Área Descentralizada de Saúde – ADS, nomenclatura atual para a anteriormente denominada Coordenadoria Regional de Saúde - CRES, do estado do Ceará, por dispor de um maior número de serviços de complexidade média. Além de Iguatu, mais nove municípios circunvizinhos compõem a região de saúde, sendo esses: Acopiara, Cariús, Catarina, Deputado Irapuá Pinheiro, Jucás, Mombaça, Piquet Carneiro, Quixelô e Saboeiro.

O município conta hoje com quatro equipamentos na Rede, sendo eles: CAPS Geral – 24h, CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), CAPS Infante Juvenil (CAPS IJ) e Residência Terapêutica.

No contexto da Saúde Mental Coletiva contemporânea, existem vários desafios a serem enfrentados, desde a luta pela continuidade de um paradigma antimanicomial, que vem perdendo forças no cenário atual de retrocessos, até a sustentação de práticas em saúde mental que defendam a liberdade e a autonomia dos sujeitos, no sentido da garantia de cuidado integral e longitudinal.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como serviços substitutivos, tendo por objetivo novas formas de cuidado à saúde por meio do tratamento, da reabilitação psicossocial e da promoção da autonomia, sendo orientado pela luta dos direitos dos usuários. Os CAPS diferenciam-se, principalmente, pela densidade populacional no território, horário de funcionamento, composição das equipes e demandas de saúde atendidas (Brasil, 2004).

Em Iguatu-CE, a Rede de Saúde Mental é referência no Norte e Nordeste, pois em 1991 foi inaugurado o primeiro CAPS da região, sendo considerado pioneiro na luta antimanicomial, iniciada a partir da Reforma Psiquiátrica de 1989, pelo então deputado Paulo Delgado. O município conta hoje com quatro equipamentos na Rede, sendo eles: CAPS Geral – 24h, CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), CAPS Infantojuvenil (CAPS IJ) e Residência Terapêutica.

Nesse cenário, é de fundamental importância que a atenção integral à saúde utilize de modos diferentes de cuidado, a partir de métodos, ferramentas e recursos que proporcionem o vínculo, o acesso, a integralidade

e a equidade, partindo dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, as práticas grupais surgem como uma estratégia de cuidado que impactará favoravelmente na vida dos indivíduos e coletivos, através de ações que promovam saúde e melhorem a qualidade de vida destes. A partir das trocas dialógicas e compartilhamento de experiências, é possível a compreensão de fatores que perpassam a vida das pessoas, bem como a proposição de estratégias de cuidado e estabelecimento de Projetos de Vidas.

No CAPS AD de Iguatu, a GAM foi implantada por meio de uma pesquisa intervenção, a partir de março de 2022, compondo um cenário de pesquisa com mais três cidades do Estado do Ceará: Fortaleza, Tianguá e Itapipoca.

Para implementação da pesquisa, foram realizadas as primeiras pactuações e contratualizações com a assistente social do serviço, a gestora e os residentes multiprofissionais lotados no equipamento. Aconteceram dois encontros presenciais, junto ao coordenador da pesquisa, para exposição do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, bem como o planejamento das ações e questões éticas necessárias para participação de trabalhadores e usuários que comporiam o coletivo.

O primeiro desafio encontrado foi a mobilização dos usuários para retornar as práticas grupais no serviço, uma vez que desde o início da pandemia do COVID 19 os grupos terapêuticos e socioeducativos foram suspensos devido à ordem de isolamento social e não aglomeração nos espaços, tendo em vista a urgência nos protocolos de prevenção à doença.

Na perspectiva de aproximação aos usuários, a equipe do CAPS AD fez levantamento do perfil dos usuários que frequentavam os grupos, para, somente assim, estabelecer estratégias de busca ativa a estes. Para isso, foram realizados contatos telefônicos, visitas domiciliares e abordagens individuais e familiares quando estes compareciam ao serviço para outros acolhimentos. Foram listados 12 usuários e 7 trabalhadores para execução da pesquisa.

Os encontros aconteceram semanalmente, nas terças-feiras, no horário de 8h30 às 9h30. Nos primeiros dois meses, tivemos dificuldade com a ro-

tatividade de usuários, pois houve dias em que realizamos grupos com apenas 3 participantes. Entendemos que o período em que as práticas foram suspensas fragilizou os vínculos estabelecidos anteriormente, contudo, não recuamos por compreender que a GAM trouxe novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e discussão sobre medicações psiquiátricas.

As atividades potencializaram diferentes aspectos/habilidades/capacidades dos usuários, mediante a troca de vivências e da resignificação do entendimento sobre a Loucura e dos processos dos seus tratamentos (Zimmerman; Osório, 1997). A GAM questionou, de forma respeitosa, a relação do sujeito com os medicamentos e necessidades, propondo recursos que lhe apoiaram na caminhada. Para melhor compreensão e imersão neste contexto de aprendizado, o próximo tópico deste estudo abordará as etapas de execução da pesquisa, no cenário do CAPS AD de Iguatu-CE.

Resultados e discussão

Realização dos grupos

Para condução das atividades do grupo GAM, utilizou-se a estratégia de rodízio entre equipe multiprofissional do CAPS AD e os residentes da Residência Integrada em Saúde da ênfase Saúde Mental Coletiva, tendo como categorias profissionais Assistente Social, Enfermeiro, Psicopedagogo e Educador Físico. Também as estagiárias de Serviço Social participaram da condução de todo o processo como bolsistas do projeto piloto do Gam em Iguatu.

As atividades grupais iniciaram-se no dia 05 de abril de 2022, com ocorrência no turno da manhã, no horário das 08h30 às 09h30, tendo como participantes três profissionais, duas estagiárias, quatro residentes e quatro usuários da unidade de serviço. No referido dia, as moderadoras apresentaram o grupo GAM e, posteriormente, deram início às discussões sobre o Primeiro Passo do guia: “*conhecendo um pouco sobre você*”. Foram utilizadas perguntas traçadas pelo material com o objetivo de facilitar as discussões acerca do autoconhecimento dos usuários.

As condutoras sugeriram que cada participante se apresentasse, falando mais sobre si e enfatizando as definições do ser social. Foi levantado

questionamento sobre como poderia ser construído o momento com o intuito de deixar os usuários mais à vontade e promover a autonomia. Por fim, destacou-se a importância de efetivar-se em grupo e foi feito o encerramento com algumas considerações sobre a importância de cuidar da saúde mental.

Figura 1 - Primeiro encontro com o Grupo GAM – CAPS AD Iguatu-CE



No dia 19 de abril de 2022, das 08h30 às 10h00, houve encontro com os participantes, sendo uma profissional da unidade, uma estagiária, um residente e dois usuários da unidade. Foi feita leitura e discussão sobre o Segundo Passo: “*Observando a si mesmo*”. Os moderadores iniciaram falando sobre suas rotinas, informações acerca de como se dá o trabalho, estudos, alimentação, lazer, vida afetiva e sua relação com a medicação.

Em seguida, foi pedido que os usuários fizessem o mesmo com o intuito de que todos se aproximassem da realidade de cada um ali presente. Foi feito um resgate e questionamentos sobre as demais opções de cuidado e autocuidado com a saúde mental, que vão além da medicação. Ademais, foi realizada uma dinâmica com os participantes, utilizando impressões do gráfico 24 do Guia da Gestão Autônoma e de Medicação.

No dia 26 de abril de 2022, das 08h30 às 09h30, houve outro encontro com os participantes, no entanto só compareceu um usuário novato. Além dele, se faziam presentes dois profissionais, dois residentes e duas estagiárias. O paciente aproveitou o momento e desabafou sobre um sentimento

de constante vazio e solidão. Relatou também sobre a sua grande facilidade em se socializar e a necessidade em participar de grupos, e a preocupação com seus comportamentos compulsivos em relação ao uso de álcool e alimentação excessiva. Por fim, para encerrar o grupo, ao novo integrante foi reforçado o convite para o próximo encontro.

No encontro do dia 03 de maio de 2022, das 08h30 às 09h40, o grupo teve como participantes dois residentes, duas estagiárias e cinco usuários da unidade. Foi finalizado o Segundo Passo “*Observando a si mesmo*”. Sendo assim, foram discutidas questões sobre as medidas de cuidado com a saúde mental, rede de apoio, consciência quanto ao tempo de uso, dosagem e efeitos colaterais de medicações e da autonomia enquanto peça fundamental no tratamento. Foi discutido, também, sobre a abstinência. Houve uma roda de conversa com boa interação entre os participantes.

Figura 2 - Registro do quarto encontro com o Grupo GAM.



Na imagem estão presentes os residentes em saúde mental coletiva, duas estagiárias, como também os usuários (as) da unidade.

O encontro do dia 10 de maio de 2022 ocorreu das 08h30 às 09h30, tendo como participantes do grupo um residente e três usuários do serviço. O encontro baseou-se na discussão inicial do Terceiro Passo: “*Ampliando a sua autonomia*”. Foram abordadas questões sobre a automedicação, levantando provocações acerca do assunto.

No dia 17 de maio de 2022, das 08h00 às 10h30, participaram do encontro três profissionais, oito residentes, duas estagiárias e três usuários do serviço. A proposta feita pela equipe foi a de realização de um momento

como parte do dia 18 de maio – Dia da Luta Antimanicomial, para conhecer o Sistema Agroflorestal (SAF), enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial de Iguatu em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP).

Figura 3 - Registro do sexto encontro com o Grupo Gam, encerrando a visita ao Sistema Agroflorestal.



Na imagem, estão presentes os usuários (as) do CAPS AD e CAPS III, residentes multiprofissionais, profissionais e estagiárias

No encontro do dia 24 de maio de 2022, das 08h30 às 09h30, o grupo contou com os seguintes participantes: dois profissionais, uma estagiária e quatro usuários da unidade. O assunto abordado deu continuidade ao Terceiro Passo, “*Ampliando a sua autonomia*”. Iniciaram-se as discussões e os questionamentos sobre a rede de apoio. Foi um momento muito proveitoso, no qual os usuários puderam desabafar e contar mais sobre suas vidas.

No dia 31 de maio de 2022, das 08h30 às 09h30, por motivo de ausência dos participantes do grupo, houve a acolhida a um novo usuário por três profissionais da unidade, dois residentes e pelas duas estagiárias. Foi feita uma troca de experiência, em que se pôde conhecer mais sobre a história de vida do usuário.

No dia 07 de junho de 2022, das 08h30 às 09h30, foi feita a conclusão do Terceiro Passo. O grupo teve como participantes duas profissionais, um residente, duas estagiárias e três usuários do serviço. O momento se deu a partir de perguntas e reflexões sobre os aspectos que contribuem para a segu-

rança do tratamento medicamentoso. Discutiu-se sobre a rede de apoio, os direitos dos usuários e o compromisso do(a) paciente com o seu tratamento.

O encontro do dia 14 de junho de 2022, das 08h30 às 09h30, se deu mediante a acolhida coletiva aos usuários para início do Quarto Passo: “*conversando sobre os medicamentos psiquiátricos*”. Participaram do grupo duas profissionais, duas estagiárias e um paciente, o qual iniciou desabafando sobre o medo e a apreensão diante de situações na sua vida pessoal. Foi realizada uma conversa sobre os cuidados necessários e houve uma troca de experiência, o que lhe passou bons sentimentos. Posteriormente, foi pedido que o paciente relatasse sobre a sua experiência com seu tratamento medicamentoso.

No encontro do dia 21 de junho de 2022, das 08h30 às 09h30, deu-se a continuação do Quarto Passo, “*conversando sobre os medicamentos psiquiátricos*”. O grupo teve como integrantes um profissional, dois residentes, uma das estagiárias de serviço social e dois pacientes. Foi iniciado a partir de um recurso das Práticas Integrativa e Complementares (PICs), uma meditação ativa com técnica de relaxamento e após isso foram abordados alguns pontos sobre as formas de cuidados com a saúde mental.

No dia 28 de junho de 2022, das 08h30 às 09h30, houve a continuação do Quarto Passo. Neste dia, participaram um profissional, um residente, uma estagiária e dois usuários da unidade. Debateu-se sobre o sigilo profissional e os princípios do SUS contidos na carta dos direitos dos usuários de saúde que o GAM traz. Além disso, houve uma conversa sobre como os pacientes se sentem durante suas rotinas.

O dia 05 de julho de 2022, das 08h30 às 09h30, foi marcado por um encontro para continuação do Quarto Passo, “*conversando sobre os medicamentos psiquiátricos*”. Participaram desse encontro um residente, uma estagiária e um usuário do serviço. O grupo discutiu sobre mudanças de medicações do usuário, visando melhorias na saúde mental. O paciente relatou que a sua experiência com o GAM trouxe maior entendimento e autonomia sobre medicações e autocuidado. Por fim, foi feita a indicação do documentário “Solitário Anônimo” e do filme “Nise” para que se refletisse sobre sua liberdade, autonomia e cuidado com a saúde mental.

No dia 12 de julho de 2022, das 08h30 às 09h30, houve a conclusão do Quarto Passo. O grupo contou com a presença de um profissional, um

residente, uma estagiária e dois usuários da unidade e a companheira de um deles. O momento foi marcado pela escuta dos pacientes com base em perguntas sobre o estado de saúde deles em relação às medicações. Durante o encerramento, ressaltou-se, junto aos pacientes, a importância do acompanhamento psicológico e a participação no GAM.

No encontro do dia 19 de julho de 2022, das 08h30 às 09h30, foi trabalhado o Quinto Passo: “*por onde andamos*”. O grupo contou com a presença de dois profissionais, uma estagiária, quatro pacientes e uma ouvinte. As facilitadoras retomaram alguns assuntos já abordados e se colaram para esclarecer dúvidas pendentes para incentivar a autonomia dos usuários enquanto ao seu tratamento. O grupo dialogou sobre expressões de sentimentos, rede de apoio, tipos de tratamentos terapêuticos e atividades não terapêuticas que podem auxiliar nesse processo. No encerramento do grupo, a ouvinte sugeriu incluir algumas atividades no grupo, como momentos culturais e artísticos. Assim o grupo encerrou com entusiasmo das pessoas presentes.

Nesse íterim, o encontro do dia 26 de julho de 2022, das 08h30 às 09h30, deu continuação ao Quinto Passo, “*por onde andamos*”, e início do Sexto Passo: “*planejando nossas ações*”. O momento contou com a presença de dois profissionais, dois residentes e usuários. Foram abordados temas, especialmente, no que diz respeito ao planejamento das ações correlacionadas com os tratamentos dos usuários. O diálogo abordou assuntos acerca das medicações psiquiátricas, das interações medicamentosas, das plantas medicinais, da lei da Reforma Psiquiátrica e da importância do cuidado em liberdade e na comunidade, como também a relação medicamentosa no SUS. Os usuários propuseram, para melhorar o Projeto Terapêutico Singular, maior interação com familiares, mudança de pensamentos sobre a medicação e encontros em grupos e rodas de conversa.

No encontro do dia 09 de agosto, o grupo avaliou o processo de execução do grupo GAM nesses cinco meses como positivo, apesar dos desafios encontrados ao longo desse processo, considerando que os grupos foram suspensos desde o início da pandemia da COVID-19. O encontro foi encerrado de forma lúdica com música, e os participantes foram convidados para, no dia 16 de agosto de 2022, dar continuidade aos encontros, agora voltados à participação do Grupo Projeto de Vida.

Figura 4 - Registro do encerramento do Grupo Gam e compartilhamento dos resultados.



Na imagem estão presentes profissionais, residentes, estagiárias e usuários da unidade.

Portanto, conclui-se que o grupo GAM oportunizou a retomada das atividades de grupo já realizadas neste serviço desde a sua fundação, mas que estavam suspensas devido aos protocolos de biossegurança da COVID 19. Desse modo, proporcionou novas linhas de cuidado aos usuários do serviço mediante ações intersetoriais com projetos e políticas públicas existentes no município, reforçando iniciativas de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Novas estratégias de cuidado

Sistema Agroflorestal – SAF

Movimentos da Reforma Psiquiátrica têm conquistado avanços que perpassam desde a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, o retorno à vida em comunidade, valorização dos processos de desinstitucionalização e integração dos serviços e das(os) usuárias(os) às suas comunidades (Campos *et al.*, 2014).

Com a perspectiva do cuidado humanizado, ações dialogadas no percurso do Programa de Residência Integrada em Saúde - RIS proporcionaram cenários expressivos na rede de atenção à saúde, sendo o encontro entre Gestão Autônoma da Medicação - GAM e Sistemas Agroflorestais - SAF singular expressão na heterogeneidade convergente de pensamentos acerca das necessidades de romper com modelos hegemônicos de saúde centralizados nas doenças.

A possibilidade de expressão subjetiva das pessoas assistidas pelo grupo GAM no Sistema Agroflorestal - SAF apresentou novas telas do cuidado em liberdade, sendo oportunizada a aproximação necessária de indivíduos aos territórios que os pertencem, e dos quais fazem parte. Experiências dialogadas no SAF, implementado por profissional residente em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESPCE, apresentou potencialidades terapêuticas significativas, com perspectivas sensoriais, sentimentais e de vivências novas estratégias de cuidado em saúde mental.

Momentos vivenciados no SAF permitiram que usuárias(os) rememorassem momentos importantes de seu percurso formativo e existencial, facultando a experiência com a natureza das coisas como plano terapêutico e de autocuidado, tornando o compartilhar de trajetórias protagonizadas por indivíduos em seu percurso de autocuidado, objeto das atividades vivenciadas.

O diálogo com a estratégia GAM veio para marcar perspectivas de acompanhamento às pessoas com necessidades dos serviços de saúde mental, apresentando outras ópticas de como o eu pode relacionar-se com o seu processo saúde-doença, pois oportunizou igualdade de falas acerca dos planos de cuidado traduzida em mais diálogos na relação profissional e usuária(os), e expressão das potencialidades de cada sujeito. As vivências no SAF permitiram encontros com subjetividades do cuidado em saúde mental a partir da oportunidade do cuidado em espaços verdes. A GAM tornou partícipes diretas em seu plano de cuidados, pessoas, logo, promovendo autonomia ao grupo, acenando para políticas humanizadas de cuidado em saúde mental.

Registro do momento de visitação do Grupo GAM ao Sistema Agroflorestal.



Imagem de uma muda de orquídea, cultivada por um participante do Grupo GAM.



Arteterapia

O processo de implementação da GAM, como já mencionado anteriormente, para além da questão do uso e gestão de medicamentos, trouxe consigo novas possibilidades de cuidado, bem-estar e principalmente gestão da vida. Esse processo provocou a equipe a repensar e autoavaliar seu fazer profissional e os atendimentos ofertados.

Conforme a realização dos encontros do grupo GAM acontecia, uma temática em especial foi ganhando destaque nas discussões não só dos usuários, mas principalmente dos profissionais facilitadores: a necessidade de se trabalhar com a arte, enquanto uma nova forma de abordagem terapêutica.

A equipe multiprofissional que compõe o CAPS Ad está continuamente em busca de implementar novas estratégias para o cuidado em saúde mental que superem a lógica **hospitalocêntrica** e manicomial, dessa forma, o serviço já ofertava ocasionalmente momentos com atividades manuais e recreativas na perspectiva de amenizar possíveis danos resultantes do processo de tratamento. Notou-se maior empenho e mobilização dos usuários em participar de ações que envolvessem as práticas de desenho e pintura, até mesmo os usuários mais tímidos e reclusos colaboraram ativamente para o desenvolvimento dessas atividades.

Há evidências que comprovam a existência de representações artísticas desde o início da humanidade, sendo a arte rupestre a expressão artística mais antiga já documentada. As primeiras civilizações registravam nas paredes e tetos de cavernas seu modo de vida, costumes, cenas do cotidiano e até mesmo retratavam a si próprios (Linke *et al.*, 2020). À vista disso, muito mais do que uma mera atividade, a arte representa uma nova forma de comunicação, na qual, mesmo através da não verbalização, é possível se estabelecer um diálogo, um contato e autodescobertas. A arte é capaz de dar forma e visibilidade ao invisível que se encontra sufocado em nosso interior.

A arteterapia pode assim ser compreendida enquanto abordagem terapêutica. Além disso, de acordo com a Associação Brasil Central de Arteterapia, esta estimula a saúde biopsíquica e social, por meio de “vivências onde os recursos expressivos e artísticos facilitam a compreensão das inter-

relações, buscando promover a integração interna e externa do indivíduo em variadas situações em que se encontra” (Najar, 2016).

Durante a década de 40, Nise da Silveira revolucionou a forma de cuidado e atenção à saúde mental. Médica psiquiatra e referência na luta anti-manicomial brasileira, Nise fez história ao ir contra os métodos agressivos aplicados naquela época em pacientes com transtornos mentais, os quais envolviam desde práticas de encarceramento até utilização de eletrochoque.

Para tratar os clientes (forma como Nise se referia a seus pacientes) da Seção de Terapêutica Ocupacional do antigo Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro, na cidade de Rio de Janeiro, a psiquiatra utilizou somente a arte para proporcionar autonomia e bem-estar a seus usuários.

Para Nise, a arte possui o poder de reconstruir e organizar a realidade dos usuários, já que, por intermédio da pintura, “o indivíduo despotencializará figuras ameaçadoras, conseguirá desidentificar-se de imagens que o aprisionavam. Estes são fenômenos que poderão acontecer num processo de autocura” (Silveira, 2015, p.124).

Assim como a experiência ocorrida com os usuários da ala terapêutica de Nise, durante os momentos de arteterapia no CAPS Ad de Iguatu, foi possível identificar que os usuários também representavam, em imagens e símbolos, as suas experiências internas, seus medos, seus desejos e até mesmo suas autorrepresentações.

Alguns dedicam horas retratando imagens de pequenas construções, como casas, ou o mais próximo daquilo que conhecessem de um lar. Alguns desenhavam imagens religiosas, como cruzeiros e até mesmo a figura de Deus, alguns desenhavam a si próprios ou a forma como se enxergavam, enquanto outros, simplesmente, representavam cenas do cotidiano ou agruparam de maneira organizada figuras geométricas.

A pandemia causada pela disseminação do novo coronavírus (Sars-Cov-2) resultou em impactos na saúde física, mental e social de grande parte da população mundial. O isolamento social, adotado como medida de proteção, e as inseguranças e incertezas sobre o novo amanhã desencadearam e potencializaram processos de adoecimento mental. Assim, a retomada dos grupos com incremento da arteterapia foi fundamental no processo de resgate de vínculos.

Pouco a pouco, a arteterapia tem se consolidado como forma de tratamento. Apesar de muitas vezes tida apenas como recurso terapêutico secundário, esta vem ganhando destaque, principalmente, no âmbito da saúde mental, o que se deve ao fato de que tem proporcionado melhorias significativas no tratamento e vida dos usuários.

Oportunizar um espaço livre e com apoio afetivo favorece a liberdade dos usuários em exteriorizar seus sentimentos e subjetividades. Dessa forma, faz-se necessário construir espaços coletivos que desenvolvam as potencialidades singulares de cada usuário ao invés de reprimi-las, uma vez que somente a arte possibilita uma comunicação com o universo interno de cada sujeito.



Registro da criação e resultados de algumas das obras produzidas pelos usuários da unidade e participantes do Grupo GAM.

Considerações Finais

Buscou-se fortalecer autonomia e liberdade do usuário em cuidado de sua saúde mental, possibilitando a informação sobre seus direitos e deveres enquanto pacientes do Centro de atenção psicossocial (CAPS).

Na introdução, buscou-se fazer uma explanação inicial sobre o município em que a pesquisa diz respeito, a organização que insere o município de Iguatu enquanto regionalização da saúde e a inserção do município na 18ª Área Descentralizada de Saúde – ADS. São apresentados, também, os equipamentos que compõem a rede de atenção psicossocial do município, sendo estes: CAPS Geral – 24h, CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), CAPS Infantojuvenil (CAPS IJ) e Residência Terapêutica.

Em um segundo momento, foram tratados os desafios e as possibilidades da implementação da GAM no município em questão, sendo um desses desafios a mobilização de usuários a respeito de atividades grupais, causado pela paralisação dos grupos devido à pandemia da COVID-19.

Em um terceiro momento, foi tratado a respeito da realização dos grupos GAM no serviço CAPS A.D, cuja metodologia usada foi o rodízio entre profissionais do serviço e profissionais da residência multiprofissional em saúde mental coletiva - turma VIII.

Em um quarto momento, foi realizada a explanação de novas estratégias de cuidado, sendo uma dessas, dentro do serviço da Escola de Saúde Pública, o espaço SAF, de agrofloresta, em que foram relatadas experiências de conceitos de agroecologia para o cuidado em saúde mental de pacientes em situação de sofrimento psíquico.

Em um quinto momento, tratou-se de arteterapia, que pode ser entendida enquanto abordagem terapêutica. Citamos aqui o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira, a qual utiliza a pintura e a arte para buscar autonomia e bem-estar a seus usuários.

Resta, portanto, insistir na construção de políticas públicas referentes à saúde mental, fortalecendo os preceitos da reforma psiquiátrica, possibilitando a existência de atividades de cuidado em saúde mental, assim como o fortalecimento do território em toda a sua potencialidade.

Referências

ASSOCIAÇÃO Brasil Central de Arteterapia: Um pouco mais sobre Arteterapia. [S. l.], 2016. Disponível em: <https://www.abcaarteterapia.com/arteterapia>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, R. T. O.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. *et al.* GESTÃO Autônoma da Medicação – GAM. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

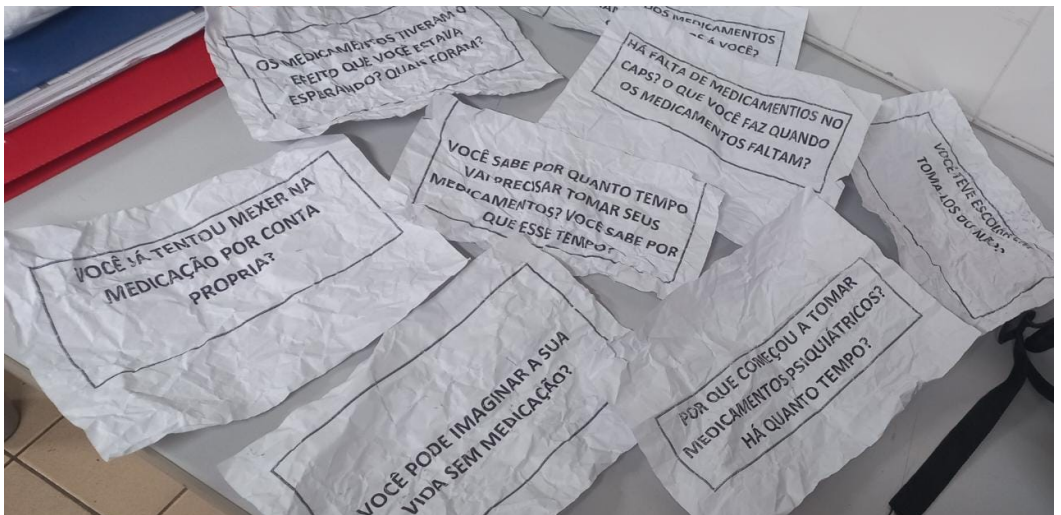
GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. In: **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.4, p. 902-919, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00902.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2022.

LINKE, V.; ALCANTARA, H.; ISNARDIS, A.; JÚNIOR, R. T.; BALDONI, R. Do fazer a arte rupestre: reflexões sobre os modos de composição de figuras e painéis gráficos rupestres de Minas Gerais, Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**. Belém, v. 1, ed. 15, 2020.

SILVEIRA, N. **Imagens do Inconsciente**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2015. 280 p. ISBN 8532649858.

ZIMERMAN, D. E. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade**. Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA), 2007.

GAM FORTALEZA





CAPÍTULO 6

Implantação do grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um CAPS Geral: relato de experiência em Fortaleza, Ceará

Daiana de Jesus Moreira

Ana Karla Batista Bezerra Zanella

Rayelly Araujo Vieira

Francisco Fernando Almeida Sousa Loureiro

Igor Carvalho Marques

Introdução

Era uma vez... As histórias que conhecemos geralmente começam assim, e aqui também queremos contar uma história que começou lá em Quebec, no Canadá, em 1993, e chegou ao Brasil em 2009, mas só começou para nós, profissionais e usuários do CAPS, em 2021. Esta é a história do nosso grupo Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Nesta narração, não faremos uma retrospectiva da origem, tampouco detalharemos o guia da GAM, pois muitos trabalhos já abordam tal dispositivo, inclusive o capítulo inicial deste livro. Diante disso, vamos contar o nosso processo de como tudo começou até o desenvolvimento dos encontros grupais em nosso serviço de saúde.

Apesar de fazer parte de um livro acadêmico, fruto de uma pesquisa formal, este texto é um relato descritivo reflexivo da nossa experiência, como dito acima, o narrar de uma história, que fornecerá elementos para a pesquisa-intervenção realizada a posteriori, embasado por elementos teóricos trazidos a seguir que nos ajudam a entender por que estamos construindo esta narrativa.

No Ceará, o dispositivo da GAM iniciou em 2010, na cidade de Maracanaú, em Fortaleza. Temos relatos de grupos GAM no CAPS-AD da regional 6 (Melo *et al.*, 2020) e na Regional 2 e no CAPS Infantil da Regional 6, e aqui, como será detalhado, conhecemos e pomos em prática este dispositivo em 2021.

Desenvolvimento

GAM no CAPS: um dispositivo de cuidado alinhado ao SUS que queremos

Até a década de 1980, o modelo de tratamento em saúde mental vigente no Brasil era essencialmente hospitalocêntrico e considerava pouco a dimensão da experiência no seguimento do indivíduo. A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma nova política de saúde mental foi instituída no país, que teve como um dos seus principais recursos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), locais onde o tratamento se desenvolveria de forma comunitária e compartilhada.

Apesar das mudanças instituídas, muitos foram e são os desafios na execução desse modelo. Há, ainda, uma primazia do tratamento medicamentoso, sendo que, muitas vezes, este se reduz ao uso de psicotrópicos, incluindo ainda situações de supermedicação.

Essa orientação pela especialização da assistência e a prescrição de medicamentos se insere num contexto contemporâneo de crescente medicalização da saúde e da vida num contexto de crescente influência do conhecimento neurocientífico na constituição dos modos de vida, sendo a participação do usuário, muitas vezes, restringida ao mero relato dos sintomas, ficando de lado os múltiplos não ditos do sofrimento (Santos *et al.*, 2020).

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) foi inicialmente construída e pesquisada, tanto no Canadá quanto no Brasil, com participantes aos quais havia sido atribuído algum diagnóstico e/ou tratamento para transtornos mentais. Assim, o CAPS torna-se um espaço oportuno para realização desta prática de cuidado, pois este serviço destina-se ao atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, como ponto de

atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada (Brasil, 2011).

Entretanto, em que pese os dispositivos de saúde mental substitutivos ao manicômio, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), buscarem implantar o novo modelo assistencial, Gonçalves e Onocko-Campos (2017) afirmam que estes ainda reproduzem práticas hegemônicas do paradigma que tentam superar, funcionando com resquícios da lógica manicomial, em que há predomínio de uma relação marcada pela dominação do profissional da saúde sobre o paciente, diante de seu processo de tratamento, enfraquecendo a construção de espaços e dispositivos de cuidado horizontalizados e promotores de maiores graus de autonomia

Os mesmos autores lembram que algumas das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial é o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; e a diversificação das estratégias de cuidado (Brasil, 2011). Uma das diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) diz respeito à participação cidadã por meio da inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde, tendo sido fundamental para atingir o objetivo de autopromoção e empoderamento das pessoas, entendendo-a como um exercício de compartilhamento de poder.

Entretanto, a efetiva participação dos usuários na produção da saúde é um dos vetores que precisa ser considerado nesse contexto da atenção em saúde mental, já que pouco ainda se avançou na efetiva participação dos usuários, sobretudo nas decisões sobre seus tratamentos.

Nesse contexto, os movimentos reformistas no campo da saúde mental vêm buscando fortalecer o empoderamento dos usuários com transtornos mentais e o incremento de seu poder de contratualidade na sociedade por meio de propostas de reabilitação psicossocial que passam pelo exercício da autonomia e da cidadania.

Uma dessas propostas é a GAM, a qual considera os usuários como protagonistas e corresponsáveis do processo de gestão dos medicamentos (da decisão de usar e do modo como usar). Como estratégia, tem-se a criação de espaços e grupos nos quais se possa conversar e refletir sobre os medicamentos e seus efeitos na vida de cada um, o significado destes e de outras

práticas que ocupam em suas vidas, a fim de garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, pressupondo que, para isto, são fundamentais o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no processo decisório.

O grupo GAM também se apresenta como um importante espaço de socialização e construção de vínculos, contribuindo para o aspecto de re-inserção social, fundamental no tratamento em saúde mental. Construir relações horizontais, pautadas na fala e na escuta, na garantia de direitos, na autopercepção de si e de suas responsabilidades perante a vida é construir autonomia.

Colocando a mão na massa para tornar concreta esta possibilidade de cuidado à saúde mental no SUS que queremos

Chegando até aqui, o leitor já deve estar curioso para saber como fizemos tudo isso no CAPS de Fortaleza, afinal, é este o objetivo principal deste capítulo. Embarquemos nesta história, mas antes vamos apresentar nosso serviço.

Fortaleza possui 6 CAPS Gerais, 2 CAPS Infantis e 6 CAPS Álcool e Drogas. O lócus desta pesquisa é um CAPS Geral tipo 2, criado em 1998, tendo sido o primeiro serviço substitutivo de saúde mental do município. Além de prestar assistência à pessoa a partir de 18 anos com transtorno mental severo e persistente, o CAPS Geral tem por objetivo executar atividades no âmbito de ensino, pesquisa e extensão, funcionando como espaço de difusão científica em saúde mental. Abrange um território composto por 18 Unidades de Atenção Primária, perfazendo um total de 16 bairros atendidos.

Para a pesquisa se efetivar, foi necessária a autorização da Secretaria municipal de saúde e da gestora do CAPS, a qual, mesmo sem conhecer o que era a GAM, aceitou. O segundo passo, em 2021, foi apresentar a proposta aos profissionais de saúde do CAPS, no momento da roda de gestão, cujo espaço horizontal é de compartilhamento, negociação, construção de todos os processos de trabalho e cuidado do serviço. E aqui o desafio começou. O GAM era novo para a maioria, a proposta parecia coerente, temos muitos usuários com dificuldades diversas na lida da medicação, e queríamos alternativas de como implicá-los no tratamento. Mas como fazer o que não conhecemos?

Saímos da roda com o compromisso de estudar sobre o GAM, todos recebemos o guia GAM do moderador (Onocko-Campos *et al.*, 2012) e do guia GAM do usuário (Onocko-Campos *et al.*, 2014). Ao ver tal material, ficamos com a dúvida de qual perfil de usuários participariam do grupo: precisariam ser alfabetizados, sem prejuízo cognitivo para responder o guia? Esta não era a nossa realidade, pois os usuários que pensamos inicialmente eram os que estavam em cuidado intensivo e semi-intensivo, destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitavam acompanhamento diário ou frequente, já que estes tinham maior dificuldade na gestão autônoma da medicação, e alguns destes não atendiam aos critérios cognitivos e/ou de instrução.

A sala para a realização do grupo já tínhamos, pois já desenvolvemos várias outras atividades grupais lá. O segundo desafio era quais técnicos iriam facilitar este dispositivo. Defendíamos a presença de um profissional da enfermagem (escolha nossa, não é pré-requisito para o GAM), por este lidar diretamente com a medicação dos usuários e por não dispormos do serviço de farmácia no local, e mais algum outro que se identificasse com a proposta e pudesse encaixar em sua agenda de trabalho, já tão cheia para todos.

Um terceiro desafio foi a aceitação da proposta pela classe médica, a qual mostrou grande resistência, pois pensava que estávamos querendo mexer na principal ferramenta de trabalho deles, a medicação, e como isso iria interferir no trabalho que já não era fácil. O nome “gestão autônoma da medicação” remetia à ideia de parar o uso desta. Foi preciso um trabalho de muito diálogo com cada um para explicar que este não era o foco da GAM no Brasil (Campos, 2014) e que, apesar do nome da ferramenta ser esta supracitada, o trabalho ia muito além, pois visava um cuidado integral pautado nos princípios da reabilitação psicossocial, como demarcado no tópico um deste capítulo. Santos *et al.* (2020) apontam essa mesma resistência ao implantar a ferramenta no CAPS de Curitiba.

Passamos semanas nesses impasses nas rodas de gestão. Aliado a isso, somente o guia disponibilizado não nos dava elementos suficientes para conduzir os encontros. Ninguém se sentia à vontade para encarar, pois, como dito, era tudo novo. Foi preciso apoio, encontro de orientação com o coordenador da pesquisa e formação-partilha de experiências de como o GAM era feito em outro CAPS pelo grupo da professora Ana Paula Soares

Gondim, da UFC, para que nos sentíssemos motivados a iniciar o nosso grupo, agora tendo um norte de como fazê-lo.

Tais momentos nos mostraram que o grupo podia ser composto por todos os usuários, independente de diagnóstico, grau de instrução ou capacidade cognitiva, com o uso de recursos lúdicos que iam além do guia oficial.

Enfim, decidimos que o grupo seria facilitado pela assistente social, o enfermeiro, o residente de psiquiatria do CAPS, apoiados pela bolsista de transferência tecnológica da pesquisa. Pedimos a todos os profissionais que indicassem usuários em acompanhamento no serviço, com interesse em participar de grupos, que pudessem se beneficiar dos princípios da GAM.

Após as indicações, ligamos para todos convidando-os a participar. Alguns recusaram, outros não vieram. Já esperávamos não conseguir um grande número de pessoas, pois a pandemia gerada pela COVID-19 interrompeu por um tempo todas as atividades grupais até então realizadas, e ainda estamos no processo de restauração do engajamento dos usuários nestas modalidades coletivas. Ainda assim, estiveram presentes ao longo dos encontros seis Participantes.

O caminho se faz caminhando e o GAM se/nos encontrou.

Passados meses de estudo, discussão, organização e preparação, finalmente o grupo começou. Foram 10 encontros semanais, orientados pelos seis passos do guia GAM (Onocko-Campos *et al.*, 2012, 2014) com duração em torno de 1 hora e meia, na sala de grupo a qual chamamos ateliê, cujo significado remete a local onde artesãos ou operários trabalham em conjunto, numa mesma obra; oficina; nome sugestivo, pois intentamos que este seja um espaço compartilhado de produção de saúde, de cuidado, de vida autônoma.

Quantos viriam? Não sabíamos, apesar das confirmações, a dúvida existia. Juntaram-se a nós cinco pessoas, três homens e duas mulheres, todos de máscara. Como gostaríamos de ter podido ver os rostos destas pessoas que se(nos) deram a oportunidade de construção desta nova experiência, acolhê-los com um abraço. A pandemia nos privou disso, mas não impediu as trocas e os olhares afetuosos.

No primeiro encontro, de contratação, conhecimento da proposta, das expectativas, vimos que se a GAM era nova para os profissionais, mais ainda era para os usuários. A palavra medicação sobressaía, conforme as falas dos participantes: “acho importante falar sobre medicação porque preciso confiar na medicina e acreditar que vai funcionar (...) fui reclamar da medicação e não podia reclamar, a doutora falou time que está ganhando não se mexe, mas eu quis mudar essa medicação e tive essa crise e foi muito séria, estou aqui porque sei que preciso me engajar no tratamento” (Margarida). “É importante esse espaço porque o tempo é curto das enfermeiras, só tenho consulta a cada 02 meses com o médico e às vezes tenho dúvidas” (José). Em tempo, enfatiza-se que todos os nomes de usuários aqui trazidos serão fictícios.

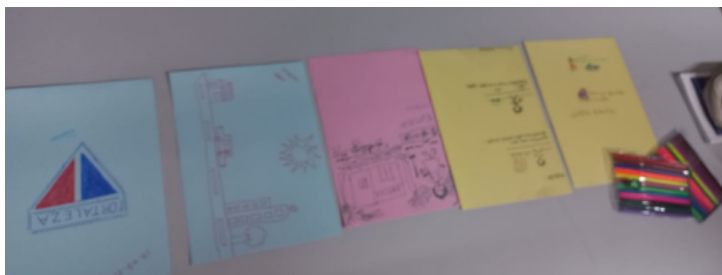
Os trechos trazidos acima mostram que começamos certo, pois a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) propõe ferramentas concretas para enfrentar esse problema – que práticas de saúde mental dependam tanto do mundo da Medicina (medicalização). A GAM busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. Busca, ainda, que conheçam quais são seus direitos e a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central (Onocko-Campos *et al.*, 2014).

A fala de José corrobora outras pesquisas que mostram que a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários sobre o tratamento é precária e que os usuários, geralmente, têm pouca informação sobre os medicamentos que tomam e muitas vezes não encontram apoio dos profissionais de saúde para falar de problemas que persistem, mesmo com o uso dos psicofármacos – ou que surgem justamente com o uso deles. Pesquisas feitas no Canadá revelam também que muitas pessoas param de tomar seus medicamentos por decisão própria, como Margarida, participante do nosso grupo, e, em sua grande maioria, acabam piorando e sendo ainda mais medicadas do que antes. (Onocko-Campos *et al.*, 2014; Gonçalves; Onocko-Campos, 2017).

Esses achados reforçam para nós a importância de que os profissionais reconheçam as experiências e os saberes dos usuários sobre os impactos da medicação sobre as suas vidas.

No segundo encontro, cada participante recebeu o GUIA GAM (Onocoko-Campos *et al.*, 2012) e demos início, através do recurso da pintura, ao passo um do manual: conhecendo um pouco sobre você. As falas giraram em torno de aspectos familiares, hábitos, gostos, lugares. Nenhum se apresentou como uma doença, a identidade pessoal esteve presente.

Figura 1 - Encontro do grupo GAM na cidade de Fortaleza-Ceará, 27 de setembro de 2022.



O terceiro encontro iniciou com a frase presente no guia “Eu sou uma pessoa, não uma doença” e vale trazer alguns trechos dos relatos deste dia: “Meu problema é que dizem - ela é diabética, a doida da família. E eu não sou isso, sou focada por correr atrás do que eu quis, *eu não sou a doida, sou a Jasmim* (grifo nosso)”. “Eu mesmo tenho esse preconceito comigo mesmo de ter uma doença de me sentir incapaz, o médico me deu o diagnóstico, eu sou esquizofrênico e estou pensando ainda (Antonio).

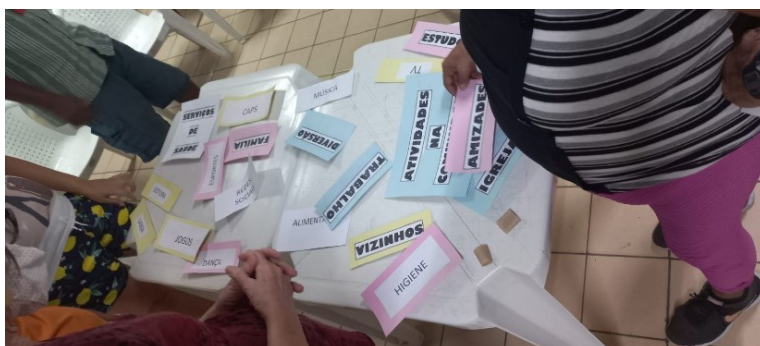
Refletimos sobre as várias possibilidades de ser pessoa além do rótulo psiquiátrico. Após isso, com recortes de imagens, construímos um mural de práticas saudáveis, de autocuidado e de práticas prejudiciais à saúde que precisam ser modificadas no dia a dia de cada um.

Figura 2 - Terceiro encontro do grupo GAM na cidade de Fortaleza- Ceará, 04 de outubro de 2022.



O quarto encontro também foi focado em práticas de autocuidado, com recortes e falas em torno de higiene, lazer, trabalho, suporte familiar e comunitário.

Figura 3 - Quarto encontro do grupo GAM na cidade de Fortaleza- Ceará, 11 de outubro de 2022.

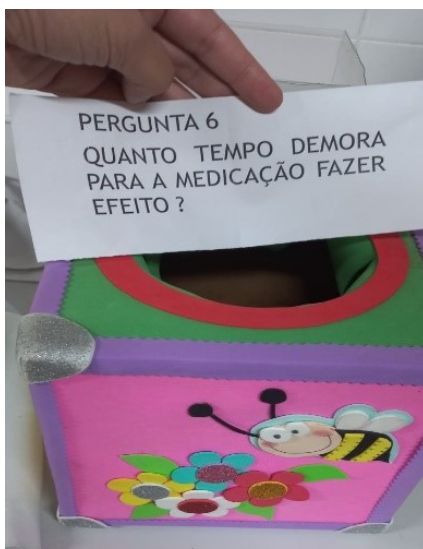


No quinto e no sexto encontros do grupo, a temática foi sobre o uso da medicação e os seus efeitos. Especialmente aqui, termos como um dos moderadores um médico residente de Psiquiatria contribuiu bastante para o manejo do grupo. Todos os cinco participantes relataram, em algum momento da vida, terem usado a medicação de forma diferente da prescrita pelo médico, devido aos efeitos colaterais sentidos, já tomarem psicofármacos há anos e acharem que ainda tomarão por tempo indeterminado, a dependência destes para se sentirem melhor, o não entendimento inicial de por que tomar aquelas medicações, as dúvidas sobre estas ao longo do tratamento, dificuldade no diálogo com o profissional prescritor, tal como já apontamos resultado similar na pesquisa de Gonçalves e Onocko-Campos (2020).

No sétimo encontro, foi conduzida a discussão sobre os direitos dos usuários no SUS (passo três do guia) suscitadas por um vídeo da recitação de um cordel.

No oitavo encontro, seguindo o quarto passo do guia, retomamos a reflexão sobre os efeitos da medicação, forma correta do uso, indicação e importância de ser protagonista no próprio tratamento medicamentoso participando ativamente nas decisões sobre o tratamento.

Figura 4 - Oitavo encontro do grupo GAM na cidade de Fortaleza- Ceará, 08 de novembro de 2022.



Assim, vamos ao encontro da ideia defendida pela GAM do compartilhamento da decisão com os usuários como condição imperativa para o seguimento dos tratamentos de saúde ao considerar os usuários como protagonistas e corresponsáveis do processo de gestão dos medicamentos (da decisão de usar e do modo como usar). Os saberes dos usuários, seus desejos, vontades e opiniões ganham relevância e igualdade de importância com o saber médico. (Gonçalves; Onocko- Campos, 2017).

No penúltimo encontro, entramos na parte dois do guia, quinto passo, construir um caminho de mudanças, tal como o título desta parte, a partir de outras formas de tratamento além da medicação. Para isso, apresentamos as Práticas integrativas de cuidado de saúde (PICs), com a vivência da meditação no grupo.

No décimo e último encontro, avaliamos o percurso percorrido ao longo das terças-feiras. Todos trouxeram aspectos positivos do grupo, como a partilha de experiências, a boa acolhida de todos, o fortalecimento de vínculos com os moderadores do grupo, um melhor entendimento sobre a medicação, a vontade de um maior engajamento no tratamento, a melhor percepção de si, de suas potencialidades e a inclusão no dia a dia de outras possibilidades de cuidado concomitantes e para além da medicação.

Considerações Finais

O desafio de uma conclusão em um processo de construção.

Foi acreditando que era possível construir algo novo nas histórias das pessoas em sofrimento psíquico que chegamos até aqui. O uso de medicamentos psicotrópicos tem sentidos singulares para as diferentes pessoas, e seus testemunhos mostram que são plurais os aspectos simbólicos da medicação e, frequentemente, contraditórios.

Entretanto, a experiência de adoecimento e a pluralidade de experiências e significações do uso de medicamentos psicotrópicos para as pessoas continuam sendo raramente levadas em conta nas práticas de cuidados em saúde mental.

Como pudemos relatar, as necessidades de nossos entrevistados não comportam mais a forma tradicional de produção do cuidado, a qual reduz a complexidade da vida a um quadro nosológico, quando, na verdade, essa experiência abarca todo o seu contexto de relações e, por isso, requer recursos múltiplos, criativos e transdisciplinares.

Os preceitos da reforma psiquiátrica são bastante contundentes ao fazer pensar uma nova atitude ante a loucura, sendo necessária uma desconstrução dos saberes e práticas institucionalizadas no que se refere à saúde mental e à transformação de uma abordagem sintomatológica da doença mental para uma atitude clínico-política que conduza a novos saberes e “verdades”, a partir das experiências cotidianas dos usuários, e que crie um espaço dialógico que logre pôr em cena o usuário em sofrimento psíquico como aquele que tem vida para além do estigma que carrega.

Desse modo, as redes e serviços substitutivos no território têm a responsabilidade de construir novos projetos e possibilidades, produzindo novas formas de cuidado e de interação com as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pautadas na liberdade, na autonomia e no acesso e exercício de direitos, propiciadoras de itinerários de invenção de um novo lugar social para a experiência do sofrimento psíquico.

Por fim, reconhecemos a necessidade da medicação nos diversos momentos da vida desse sujeito e de suas famílias, lutamos pelo acesso, boa adesão, garantia de direitos e, como profissionais implicados com os princípios propostos pela GAM, defensores de um SUS promotor de um cuidado humanizado e de qualidade, comprometemo-nos desde o resguardo, quando a crise se intensifica, até o apoio às possibilidades de autonomização de suas vidas, afirmando-o como um sujeito de direitos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

GONÇALVES, L. L. M.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MÉLLO, R. P.; SAMPAIO, J. V.; BARROS, N. S.; DE LIMA, T. S.; E VERAS, C. C. Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 227–246, 2020. DOI: 10.22456/2238-152X.103875. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/103875>. Acesso em: 29 nov. 2022.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; PASSOS, E; PALOMBINI, A. **Guia da Gestão autônoma da medicação**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 29 nov. 2022.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; PASSOS, E; PALOMBINI, A. **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>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SANTOS, D. V. D.; FEDERHEN, C. SILVA, T.A.; SANTOS, I.R.; LEVINO, C.A.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; STEFANELLO, S. A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). **Saúde em Debate** [online]. v. 44, spe 3, p. 170-183, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E315>. Acesso em: 29 nov. 2022.

GAM TIANGUÁ





CAPÍTULO 7

(Re)construindo práticas de cuidado em saúde mental no grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): experiência com usuários, familiares/cuidadores e profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II de Tianguá, Ceará

Ainara Tavares Pedroza

Amanda Bezerra Benevides Machado

FranciClaudia de Queiroz Pereira

Diogo Augusto Ferreira

João Victor de Castro Gomes

Eriene Alves de Sousa

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva

Introdução

Saúde mental e Atenção Psicossocial em Tianguá, Ceará: uma história de resistência e cuidado

O município de Tianguá, de clima tropical de altitude, faz parte da região noroeste do Ceará, contando com um território de 908.893,00 metros quadrados e, em média, 77.111 moradores segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021).

O cuidado de saúde mental em Tianguá surgiu antes mesmo da criação do CAPS II (ano 2010). Maria do Socorro Carneiro Prado, conhecida como “Socorro dos Doidos”, aceitou a proposta de contribuir (desde a década de 1980) no suporte de ajudar as pessoas com “transtornos mentais” em Tianguá, trabalhando então na Secretaria de Assistência Social. Naquela época, tudo era bem diferente dos dias de hoje, o suporte para pessoas em “crise”, ou que precisavam de uma “internação hospitalar”, recorria a ela, desde pedido de caixão até “levar os doidos para Teresina-PI amarrados em um carro”.

Sua vida é história de luta, de superação. Chegou a adotar uma pessoa com transtorno mental em situação de abandono, chamada Maria dos Lençóis, tirando-a da rua (gostava de ficar em frente à Igreja Matriz – Nossa Senhora Santa Ana). Maria dos Lençóis foi acolhida, e a casa onde Socorro morava foi adaptada para as necessidades da nova moradora, pois ela era diagnosticada com esquizofrenia (CID F 20.0).

Dona Socorro morava com suas duas filhas e sua mãe. A relação de afeto, carinho, cuidado e dedicação tocou o coração dela, que lutou para que as pessoas com transtornos mentais tivessem uma oportunidade de melhorar de vida, assim como Maria dos Lençóis teve, mostrando que outras como ela também poderiam e deveriam ter. Dedicou sua vida em prol das pessoas em sofrimento psíquico e sempre esteve presente em reuniões para a implantação do grupo GAM junto com toda a equipe técnica do CAPS

Figura 01 - Fachada do CAPS II – ano 2022.



Desenvolvimento

Experiência do CAPS II de Tianguá, Ceará com o grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): relatos das vivências com adaptação, afetos e criatividade

A primeira reunião que aconteceu com todos os profissionais do CAPS foi para apresentar a proposta do grupo do GAM, além de serem traçados os primeiros planos de como aconteceria o grupo. Posteriormente tiveram outros encontros, com as três mediadoras do grupo, em que se definiu que

seriam feitas salas de espera para falar sobre a proposta do grupo e chamar os usuários para participar. Além disso, foram pensadas possíveis estratégias para adaptar o guia à realidade do serviço.

Os participantes do grupo foram convidados pela equipe do CAPS quando iam para as consultas ou oficinas. Também houve a sala de espera, em que foi entregue um panfleto dizendo o dia que iniciaria e explicando de forma breve a temática do grupo. Além disso, o grupo também foi divulgado para os pacientes e familiares em uma atividade extramuro, que foi organizada pelo Terapeuta Ocupacional do equipamento.

O primeiro encontro do GRUPO GAM – Gestão autônoma da Medicação ocorreu na tarde de uma segunda-feira, em 17 de outubro de 2022 e, em seguida, no dia 19 de outubro de 2022, a quarta-feira da mesma semana, pois foram dois grupos paralelos. Todos os participantes, usuários do CAPS, aceitaram por livre e espontânea vontade participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE). Ambos os grupos eram compostos por pacientes e familiares dos usuários, que permaneceram durante o processo de maneira ativa.

Primeiro passo

Figura 2 – imagens referentes ao primeiro passo, debatendo a história da loucura e as práticas de saúde sob o viés da reforma psiquiátrica.



Após ser realizada a sensibilização sobre o grupo, no dia 17 de outubro de 2022, foi iniciado o grupo. No primeiro encontro, foi discutido sobre a “história da loucura” e também sobre como foi vivida a reforma psiquiátrica baseada na realidade da fundadora do CAPS, a senhora Maria do Socorro Prado. Hoje o equipamento leva seu nome, a qual exerce um papel fundamental na abordagem territorial e conhece todos que são usuários do serviço.

Nesse momento, os integrantes do grupo também falaram sobre as formas de cuidados do CAPS, do vínculo com a equipe e sobre experiências do cuidado em casa, apresentando que existem desafios, mas que a convivência é pautada no respeito.

A primeira pergunta foi sobre como o integrante se apresenta para outras pessoas, sendo respondida com facilidade. Os integrantes relataram seus nomes, idades, parentesco, onde moram e contaram um pouco de suas histórias, sempre vinculado ao cuidado com o familiar.

O questionamento: “**como as pessoas que lhe conhecem costumam apresentar você?**” gerou dificuldades para os participantes responderem. Alguns relataram que era difícil saber como as pessoas iriam apresentá-lo para os outros, mas acreditavam que seria com informações básicas, por exemplo, nome, local onde moram e o que fazem.

No momento de falar sobre a frase “**eu sou uma pessoa, não uma doença**”, estes relataram sobre os preconceitos e os julgamentos que aconteciam por parte de outras pessoas, ressaltando o erro das pessoas em julgar sem conhecer.

Ao final do primeiro encontro do grupo, ocorreram os *feedbacks* dos participantes, nos quais se destacou o sentimento de amparo, além da identificação com as histórias uns dos outros. Foi realizada uma retrospectiva de como era no passado, a forma como a “loucura” era tratada: a dificuldade e o preconceito, a falta de profissionais e “o uso do que tinha no momento”.

Em seu relato de experiência, Maria do Socorro fala do preconceito no olhar, da forma de as pessoas conversarem, das muitas dificuldades que teve e que, ainda hoje, os tianguaenses a conhecem como “Socorro dos doidos”. Ela falou que não se preocupa na forma como é apresentada, pois tem orgulho de ainda poder contribuir com a saúde mental na comunidade. São poucos os serviços de saúde mental no município de pequeno

porte, em que se tem uma história viva e ainda presente no cuidado biopsicossocial. Os integrantes foram atravessados pela sua história.

Então, chegou o momento das apresentações dos integrantes do grupo, na qual falaram mais seus nomes, mas também um pouco sobre sua vida, assim foram se formando os primeiros vínculos do grupo. Nas falas dos integrantes, destacou-se sobre ser difícil “carregar o fardo” do preconceito, de ser esquecido como pessoa e acabarem olhando apenas para o transtorno mental. Apesar do preconceito, da discriminação, o empoderamento do conhecimento e de sentirem bem em estar no CAPS, não fez com que desistissem ou tivessem vergonha de fazer parte do processo de cuidar em saúde mental.

Nesse encontro, uma das mediadoras também decidiu relatar sobre sua história de vida, o motivo e a paixão que a levaram a escolher a enfermagem psiquiátrica, uma área tão carente de profissionais com empatia no cuidado em saúde mental. Relatou: “me sinto agraciada por fazer parte e está construindo essa história no capítulo da vida de pessoas, que tive privilégio de construir e reconstruir suas histórias de vida, suas lutas, seus sonhos”.

Segundo passo

Figura 3 - Início do segundo passo com atividades adaptadas a fim de incluir os participantes analfabetos e facilitar a compreensão de todos os participantes.



Para a apresentação do segundo passo, foram utilizadas colagem e pintura de figuras como método para facilitar a compreensão dos usuários. Iniciou-se falando sobre como estava a saúde dos participantes, trazendo reflexões sobre o significado de saúde, buscando desconstruir a ideia de que o conceito envolve apenas o físico e a ausência de doença, aprofundando sobre os aspectos psicológicos, alimentação, exercício físico e suporte social.

Os participantes relataram que a saúde mental não estava muito boa e que a alimentação era ruim. Além disso, uma delas apontou sentir fortes dores de cabeça. Em seguida, relataram que as formas de se cuidar ocorriam com idas ao médico e com o uso de remédios da forma correta.

Também foi debatido sobre rede de apoio. As participantes citaram a família, relatando que tinham muitos conhecidos, mas que não tinham amigos próximos que poderiam considerar como uma rede de apoio. Resaltaram, porém, que filhos, cônjuges e sogras eram pessoas especiais, com as quais se sentiam confortáveis para compartilhar suas alegrias e tristezas. Para os participantes responderem a esses questionamentos, eles receberam várias figuras que representavam amigos e familiares, dentre as quais poderiam escolher a que mais se identificava e falar quais pessoas estavam sendo representadas naquela imagem.

Foram apresentadas figuras de situações do cotidiano para que pudessem escolher as que se identificavam, e falassem sobre elas, trazendo suas atividades rotineiras. Nesse momento, alguns pegaram as imagens, enquanto outros optaram por apenas falar o que costumavam fazer em seu dia a dia. Em todas as falas, era muito recorrente apresentar uma rotina muito voltada para cuidar do outro, no tocante a proporcionar saúde e facilitar o tratamento.

Além disso, falaram sobre o desejo de ter mais auxílio em alguns momentos e da vontade dos familiares de que eles pudessem fazer algumas atividades de forma mais independente. Em outra questão, também falaram do pouco tempo que têm para o cuidado de si, e que uma das formas desse cuidado é ir ao médico.

Ademais, houve o momento de pintar o “mapa da rede social”, o qual é dividido em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias. Esse mapa é representado por um círculo, e quanto mais perto do centro o integrante pintasse, mais próxima se mostrava a sua relação com essa pessoa ou serviço.

Nas perguntas voltadas para saber sobre os medicamentos, os participantes tinham figuras que representavam o positivo e o negativo para responderem a perguntas como “Os medicamentos tiveram os efeitos que você estava esperando?”, “Os efeitos dos medicamentos foram explicados a vocês?”, “Você teve escolha de tomá-los?”, entre outras perguntas presentes no livro. Após a colagem dessas figuras, eram incentivados a relatar sobre suas experiências. A maioria dos presentes relatou que, durante as consultas médicas, foi explicado para que serviam seus medicamentos e quais seus efeitos, que sentiram melhoras quando estavam tomando, porém não sabiam por quanto tempo iriam continuar o tratamento medicamentoso, pois nunca haviam perguntado ao profissional, mesmo que já estivessem tomando medicações por muitos anos.

Apontaram também que não conseguiam se imaginar sem tomar a medicação, devido a esta já ser usada há muito tempo e a utilizarem por vontade própria. Além disso, entre as participantes, houve uma que apontou ter tentado mexer na medicação por conta própria e outra que relatou nunca ter tentado fazer modificações, pois estas nunca haviam atrapalhado realizar suas atividades diárias.

Ao prosseguir no assunto das medicações, não demorou que os integrantes falassem sobre os julgamentos das outras pessoas em relação às medicações, destacando falas como “esses são remédios para doidos”. A partir disso, foi discutido no grupo o quanto essa fala é problemática e equivocada. Ao final desse passo, os integrantes relataram se sentirem bem se expressar no grupo e destacaram que a metodologia das colagens tornou o momento mais dinâmico.

Outro ponto debatido nesse encontro foi o trabalho. A maioria relatou que fazia as atividades domésticas, mas houve quem relatasse trabalhar no campo e quem trabalhava aos finais de semana, o que era visto como uma forma de fazer uma atividade diferente, e apesar de ser cansativa, gostava.

Também foi debatido sobre a moradia e as relações de amizade, família e relações comunitárias. Todos apresentaram que tinham boa convivência com a família, que existiam alguns atritos, mas no geral era uma boa convivência. Destacaram que havia familiares mais próximos, com vínculos fortes.

Na parte do círculo das relações, eles pintaram, de acordo com a forma que avaliavam seu convívio com as pessoas, chamando a atenção às relações comunitárias, que estes consideravam o CAPS como um vínculo forte. Quanto às amizades, a maioria pintou o círculo mais distante do centro. O encontro encerrou nesta parte do círculo, pois o grupo já havia ultrapassado o tempo combinado. Assim, foi acordado que o segundo passo iria continuar na próxima reunião do grupo.

Na continuidade do segundo passo, o grupo presente nesta data contou com a participação de quatro participantes, todas do sexo feminino, as quais já eram participantes ativas de um dos grupos da oficina terapêutica deste Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) chamados “Mentes Vivas”, direcionado pela assistente social do serviço. Foi realizada, na abertura do momento, uma produção de arte coletiva que contribuiu para o desenvolvimento da habilidade, concentração, criatividade e coordenação motora, sendo essa atividade executada com fundo musical relaxante.

Logo após, com o livro da Gestão Autônoma da Medicação em mãos, foi proposto aos participantes observarem a si mesmos com relação a vários aspectos de suas vidas, sendo a medicação um deles. No subtópico “o seu dia a dia”, ao serem perguntadas sobre as coisas que gostavam de fazer no seu cotidiano, citaram atividades variadas, como participar do terço das mulheres, fazer caminhada e ouvir música enquanto trabalhavam cuidando dos afazeres do lar.

Outras duas perguntas interessantes que chamaram a atenção nas respostas foram: “o que você gostaria de poder fazer e não faz?” e “como cuidar de si mesmo?”. As participantes trouxeram relatos variados, como: mudança de rotina; mudança da imagem corporal para cuidar de sua autoestima; fazer a pessoa cuidada ter autonomia e independência, referente à sua higiene corporal. Já a pergunta sobre como cuidavam de si mesmas, uma das participantes respondeu que se esquecia de cuidar de si; outra mencionou que gostava de caminhar e ir à igreja; uma terceira respondeu que cuidava de si mesma para ir à consulta médica. Quanto à importância

que o trabalho tinha em suas vidas, foi mencionado que aliviava as preocupações, que se sentiam úteis e com dignidade.

Na pergunta referente à renda familiar, foi citado que recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), e uma das participantes afirmou que, para complementação da renda, realizava faxina semanal. As fontes de renda citadas priorizavam a alimentação, as medicações e o bem-estar do familiar que cuidavam. Quanto ao ambiente domiciliar, os participantes relataram que era um bom ambiente para se viver e se mantinha limpo. Contudo, nem sempre conseguiam manter-se organizados. Afirmaram também que conviviam, somente, entre familiares e que tinham poucos amigos.

Ao final desse encontro, foi percebido que os participantes ampliaram suas visões sobre o cuidado de si e do outro, bem como de estratégias de como poderiam cuidar melhor de si mesmas.

Ainda na continuidade do segundo passo, estiveram presentes duas participantes, sendo utilizada uma abordagem através de figuras. Foi observado que tinha participante que não sabia ler e outra que tem síndrome de Wernicke, um tipo de enfermidade que causa perda de memória, dificuldade na fala, de compreensão das informações repassadas. Nesse dia, também houve a participação dos acadêmicos do 8º semestre de enfermagem da UNINTA/Tianguá. Nesse encontro, houve adaptação do material para favorecer a compreensão e a inclusão desses participantes.

Na finalização do segundo passo, foi preciso uma força tarefa no preparo de imagens representativas para as perguntas com a produção de uma variedade de figuras para que os participantes tivessem opções de escolha, facilitando a dinâmica do grupo. Aqui os integrantes puderam demonstrar pelas figuras o que as palavras não conseguem traduzir. Neste momento, ficou explícito para a equipe que a aplicação deste GUIA GAM para a saúde mental é desafiadora, devido ao contexto diverso em que trabalhamos, pois o profissional precisa estar atento ao real significado da resposta em forma de figuras para compreender a mensagem que os usuários querem transmitir. O vínculo é a melhor maneira de compartilhar as informações, e ampará-los na busca da autonomia do cuidado.

Durante os encontros, foi visto que oportunizar opções de figuras e formas de comunicação não verbal ofertadas pelo facilitador favoreceu a socialização dos integrantes, assim como no momento de aprendizado da autonomia em forma de conhecimento.

Terceiro passo

Figura 4 - Início do Terceiro passo, com discussões diversas e atividades sobre pintura e formulação de uma rede de apoio.



Neste passo, foram utilizados cartazes para ajudar no entendimento dos participantes do grupo. Um deles apresentava o desenho de um círculo vazio, no qual eram anotadas, pela mediadora, as respostas que os integrantes falaram sobre a frase “O que você precisa para viver?”. Através da utilização do cartaz, foi possível que todos participassem da construção da resposta, o que possibilitou conversas acerca do tema. Entre as respostas, os usuários destacaram: saúde, respeito, família, amor e outras palavras. A partir disso, foi discutido sobre a importância do que eles destacaram e o que eles achavam mais difícil entre as palavras que foram citadas.

Posteriormente, foi discutido sobre rede de apoio e apresentado outro cartaz com um círculo, dentro do qual tinham escritos alguns recursos que podem compor uma rede de apoio. As mediadoras do grupo fizeram a leitura das possíveis redes de apoio e os participantes iam relatando as que conheciam e tinham na sua comunidade.

Foram observados olhares introspectivos, no sentido de “desconhecer o que tem no próprio bairro”. Quanto aos telefones de contato, a maioria relata que tem poucas pessoas que podem realmente contar numa emer-

gência. Dessa forma, o entendimento de rede de apoio foi repassado de forma realista, da necessidade de conhecer onde vive, ou seja, a intenção foi exatamente aumentar a autonomia de conhecimento e escolha, refletindo o que poderiam ter acesso e não compreendiam.

Nesse encontro, foi discutido sobre imagens que os participantes pensavam, que lhes faziam sentir melhores e os ajudaram em momentos de tristeza e abandono. Algumas pessoas falaram de imagens como mar, praia, casa, jardim, girassol. Percebendo que os integrantes falaram de lugares que remetem à natureza, foi sugerida uma pintura para lembrar esse momento. Partindo disso, foi apresentado ao grupo o “artista” do CAPS, que participava do grupo, sendo anotada em um papel a imagem que cada usuário falava para ser transformada numa arte.

A proposta do quadro afetivo, veio no momento reflexivo onde os participantes do grupo, se sentiam um pouco “sozinhos”, sendo eles mesmos “sua rede de apoio”. Pela dificuldade de se falar em saúde mental, sem focar no transtorno ou no CID atribuído aquela pessoa, mas em conhecer a pessoa que está falando. A proposta foi simbólica, e os quadros afetivos foram entregues na confraternização dos grupos. O artista do grupo, a partir desse momento, ficou responsável pelas obras de arte e material, fazendo seu ateliê no CAPS em dias que estava disponível.

No terceiro passo, também foi discutido sobre os direitos de quem faz tratamento, momento em que os usuários relataram saber pouco sobre o assunto. Sabendo da importância de estes terem esse conhecimento, foi apresentada a lei 10.2016 (Brasil, 2023), que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, e a versão ilustrada da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (Brasil, 2012), sendo explicado cada um dos princípios. Logo após, os participantes falaram sobre suas experiências em relação ao que foi discutido.

Em continuidade ao terceiro passo, foram abordados os direitos dos usuários em saúde mental. Estavam presentes nesse encontro sete usuários. Realizamos uma abordagem com uso de mídia digital e colocamos a cartilha dos direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde em formato de desenho. No início, a maioria ficou calada, respondendo com olhares de “não saber o que se pergunta de fato”, desconhecendo os seus próprios direitos e deveres como usuários do CAPS, já que faz parte do

SUS. Contudo, alguns trouxeram certas dificuldades ao longo do seu percurso de tratamento, como a falta de remédio na farmácia do município, a questão de as receitas serem controladas e, às vezes, ter um medicamento e não ter o outro, dificultando o tratamento.

Nesse encontro, também recapitulamos a importância da rede de apoio, na busca dos direitos e deveres do cuidado, da ajuda ao próximo e desmistificar os preconceitos sofridos pelos usuários em tratamento no CAPS. Neste encontro, demos exemplos de como o CAPS, uma instituição pública do SUS, funciona, como o equipamento não fechar em horário de almoço, a tipologia do CAPS II, informações estas que muitos participantes não sabiam. Outras informações foram repassadas no tocante à dinâmica de funcionamento do serviço, como: ambiência, horário de atendimento, serviços ofertados, profissionais da equipe, estrutura física e interlocução com outros equipamentos da rede de saúde mental do município, a exemplo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Policlínica, atenção básica, dentre outros.

Também foi abordado sobre as documentações pertinentes, como laudos e atestados, e exemplificamos com os documentos de uso no CAPS, em que alguns dos participantes afirmaram ter conhecimento dos referidos documentos. E, reforçando a discussão, foi apresentada e compartilhada a LEI FEDERAL BRASILEIRA, do ano de 2001 (Brasil, 2023), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A GAM foi sendo repassada instigando a autonomia no formato participativo e inserindo as informações sobre os meios de tratamento dos pacientes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dessa forma, finalizamos o terceiro passo, o passo recheado de detalhes macro e micro-organizativo, que ajudou a recapitular os encontros anteriores, podendo fixar as informações e mostrando exemplos do dia a dia, uma bela **“Gestão Autônoma do Conhecimento”**.

Quarto passo

Figura 5 - Ao início do quarto passo foi feita a confecção de caixinhas de remédios e o consultório dos pacientes a fim de elucidar alguns questionamentos.



Este passo era voltado para conversar sobre os medicamentos psiquiátricos e contou com a presença do médico do CAPS para tirar as dúvidas dos participantes. Para o momento se tornou mais dinâmico, foi feito no formato de “consultório dos pacientes”, no qual estes ficavam sentados atrás de uma mesa e iam conduzindo o momento a partir de suas perguntas e dúvidas, que iam sendo sanadas pelo médico. Discutiu-se sobre os medicamentos, efeitos, interações farmacológicas e os tipos de receitas para as medicações psiquiátricas.

Neste quarto passo, a maioria dos participantes relatou que é quase “automático” o uso das medicações, que dificilmente esquecem. É sensível perceber a importância do remédio na vida dos usuários. Com isso, debateu-se sobre o armazenamento das medicações, porém, muitos participantes falaram que conhecem o remédio pela cor do comprimido, e não por miligramas ou nomes, e trouxeram que não sabiam dizer quantos remédios tomavam, apenas contavam os comprimidos ao longo do dia.

Foi também conversado sobre a bula dos medicamentos. Percebeu-se que existe um tabu na compreensão de realizar a leitura e o entendimento

dessa informação. Diante disso, foi relatada a obrigatoriedade do conteúdo que deveria constar na bula, desde os efeitos raros no organismo das pessoas, até a posologia de acordo com a quantidade solicitada.

Existe uma diferenciação na apresentação das informações da bula, como quando se ler a bula de um antibiótico (os dias e horários, princípio de ação etc.). Em relação aos psicotrópicos, em alguns medicamentos existe indicação para mais de um tipo de transtorno, ou seja, a prescrição de um ANTIPSICÓTICO pode servir para uma pessoa que esteja passando por um momento de depressão, e não uma medicação da categoria dos ANTIDEPRESSIVOS. Porém, com o objetivo de cuidar do processo DEPRESSIVO, não significa assim que a pessoa esteja “vendo coisas, já que a medicação é um antipsicótico”. Dessa forma, há o caso de medicações que têm inúmeros benefícios, por exemplo, anticonvulsivantes, que são usados para tratamento de pessoas com transtornos de humor e para pessoas que estão em abstinência do uso de álcool.

Além disso, houve a entrega das caixas de organização das medicações, as quais eram feitas de forma personalizada para cada participante, contendo compartimentos com cores diferentes para colocar cada um dos remédios separados e imagens que representavam os turnos manhã, tarde e noite.

O guia GAM contém uma tabela de organização das informações das medicações para os participantes preencherem. A caixa foi pensada como uma maneira de adaptar essa tabela para a realidade dos participantes, que, em sua maioria, não era alfabetizada. Ademais, a caixa foi elaborada como uma ferramenta para aumentar a participação dos pacientes no tratamento e auxiliar na organização das medicações em sua rotina, pois os medicamentos ficam separados em cada compartimento e no turno que é para ser tomada.

O grupo é planejado por profissionais da equipe que têm acesso às informações, aos prontuários e têm um vínculo com paciente e família, vinculação esta que fez TOTAL DIFERENÇA no decorrer dos encontros. Fomos idealizando de acordo com a subjetividade dos usuários. Percebemos que até as pessoas mais tímidas, como seu Francisco, ao longo do percurso, foram se “soltando mais”. Então, decidimos trabalhar com materiais da oficina terapêutica, que todos já conhecem, sendo algo feito pelos pesquisadores do GRUPO – a técnica de enfermagem do CAPS, Francileuda, teve dedicação, quase que exclusiva, com a ajuda da artesã, Arlete, e de

Dona Socorro. Desde o segundo passo do GUIA já imaginávamos essa “CAIXA DOS REMÉDIOS”.

Destacamos ainda que não entregamos os presentes todos simultaneamente, porque cada CAIXA era diferente uma da outra, já que alguns pacientes tomam mais remédios que outros, e seguimos de acordo com a prescrição da última consulta médica registrada no prontuário.

A leitura em forma de preenchimento de quadro, com nome, cor, qual dose deve ser tomada, como pode constar a página 81 do Guia, achamos prudente transformar essa metodologia numa CAIXA PERSONALIZADA, com cores, figuras do dia a dia e imagens com características de pertencimento, autonomia da medicação, podendo levar para casa uma tecnologia leve, que demonstrasse uma importância significativa e dentro da realidade de cada usuário na gestão do cuidado da medicação.

A ideia central era agregar um valor afetivo, não apenas para medicação, mas na construção do plano terapêutico singular, ou seja, em seu tratamento como um todo e no hábito do uso dos psicotrópicos. De forma criativa, decidimos customizar cada CAIXA, manualmente, sendo entregue a cada um até a conclusão do grupo.

Assim, o quarto passo ficou dividido em dois encontros: o primeiro, com as orientações de acordo com as dúvidas e sugestões dos conhecimentos populares, na abordagem de supervisão clínica medicamentosa do tratamento farmacológico (atrelar a forma como eles ofertavam as medicações e as tomavam); e o segundo com a construção da CAIXA PERSONALIZADA, como uma ferramenta produtiva, incluída no plano terapêutico singular dos participantes.

Para a finalização do quarto passo, foi convidado um médico que faz parte da equipe, que proporcionou a realização de um resumo do tema abordado, com explicação das medicações que os participantes faziam uso. Esse encontro foi batizado como “CONSULTÓRIO DOS PACIENTES”, porque escrevemos as medicações que os usuários do grupo usavam numa cartolina, e o Dr. Diogo foi descrevendo cada medicação – o motivo da prescrição, o horário, a indicação – e relatando o que era mais plausível para o tratamento.

Neste encontro, a conversa foi para além da medicação. Compartilhamos o poder da mudança de hábito, a influência de uma rotina do usuário

e do cuidador, a importância alimentar, atrelada à atividade física, momentos de lazer, de não focar no transtorno, na cura ou não deste, mas nas pequenas mudanças a cada dia. Ou seja, focar na qualidade de vida e no manejo de bons hábitos. Nesse dia, o encontro teve duração de quase duas horas, pois o assunto ia para além da medicação, ou seja, a conscientização de um cuidado atrelado ao estilo de vida. Essa discussão foi primordial para inserir a ideia de que a medicação não deve ser O MAIS IMPORTANTE, e sim de fazer parte do cuidado biopsicossocial, para a família, a sociedade, a comunidade. Concluímos, assim, o quarto passo, com satisfação em ver um presente/ferramenta simples, com um significado único para cada um.

Na continuidade do processo, o grupo GAM realizou, antes de iniciar o quinto e sexto passos, um encontro de confraternização de final de ano - 2022. Nesse encontro, não falamos, de maneira direta, sobre o Guia GAM. Esse momento foi para aproximação, transformação e trocas de conhecimento. Socializamos o momento, no último encontro do ano de 2022, com abraços fraternos e entrega de presentes. Realizamos a entrega das blusas que foram produzidas com a arte de um dos usuários do CAPS e a entrega do quadro de arte AFETIVO. Esse quadro surge de um dos encontros anteriores, no passo 02, em que alguns usuários relataram a ideia de imaginar um cenário que traria paz, alívio, ou seja, algo bom. Desta maneira, um dos pacientes do grupo decidiu pintar um quadro com a figura representativa de cada participante do grupo. As ideias que surgiram foram: imagem de uma casa, um jardim com girassol, uma imagem de mar e praia, dentre outras. A entrega dos quadros e de algumas caixas que faltavam foram entregues nesse dia.

Nesse momento, tivemos a participação do secretário de saúde e ex-coordenador do CAPS, e da orquestra de flauta, com músicas natalinas. Parte da equipe e os pacientes aproveitaram uma manhã como espaço de troca e agradecimento pelas atividades exercidas no ano que passou, além de planejar e celebrar o novo ano que estava para chegar.

Quinto passo

Este passo foi voltado para retomar as discussões anteriores, realizado no formato roda de conversa, abrindo o momento para que os integrantes pudessem falar sobre a experiência do grupo e os aprendizados no decorrer

do processo. Os participantes destacaram que este foi satisfatório e pontuaram que a presença do médico ajudou a entender sobre os medicamentos.

Quando as mediadoras perguntaram se haviam conversado com outras pessoas sobre os temas debatidos no grupo, um deles respondeu que havia comentado em seu grupo religioso sobre o que estava aprendendo. Também afirmaram que com o grupo se tornaram mais próximos dos profissionais, o que possibilitou que tivessem mais facilidade de relatar sobre suas necessidades, pontuando que gostariam de momentos voltados para relaxamento e arte, por exemplo, pinturas.

Outro tema debatido neste encontro foi a importância de respeitar o que sente, e quando questionados sobre qual o jeito de mostrar o que está sentindo, tiveram respostas como “ não sou muito de falar”, “fico com uma aparência diferente, um pouco mais triste”, “o jeito de ser muda”. Prosseguindo nessa temática, os participantes também destacaram a família como suporte, sendo pessoas que os deixam à vontade para expressar seus sentimentos.

Esse formato de roda de conversa possibilitou que os usuários pudessem falar tanto sobre o processo do grupo como o que gostariam que fosse colocado em prática posteriormente, o que introduziu o assunto do sexto passo, com a temática “planejando nossas ações”.

Sexto passo

Figura 6 - Depoimento de encerramento do grupo GAM Tianguá.



Esta etapa foi realizada tendo como base de discussão as perguntas do livro, sendo voltada para planejamento de ações, resolução do que os participantes identificavam como problemas e ampliação da autonomia. Os integrantes do grupo afirmaram que, para melhorar o tratamento, estão tentando diminuir a timidez e o estresse. Além disso, os participantes que eram responsáveis por pacientes do CAPS também relataram que estavam tentando ter mais atenção e cuidado consigo mesmos, destacando que, para cuidar do outro, é preciso estar bem. Os participantes também destacaram dificuldades e possíveis ações para melhorar o tratamento.

Posteriormente, cada um dos participantes teve um momento para falar sobre a experiência de participar do grupo GAM. Aqui, a mediadora pegou uma caneta e pediu para que todos imaginassem que era um microfone e que estavam sendo entrevistados, o que tornou o momento mais descontraído. Os usuários destacaram que se sentiram mais à vontade para tirar dúvidas sobre as medicações e o tratamento, além de ter sido uma experiência boa, pois se aproximaram dos profissionais, tiveram mais apoio da equipe para resolver situações e puderam aprender com os outros integrantes.

Cada integrante do grupo se expressou de forma espontânea, relatando as descobertas de muitas coisas que “não sabiam” ou que “nunca prestaram atenção”. O engajamento dos participantes foi possível, devido à perspectiva utilizada pela equipe, de uma abordagem prática do cuidado em saúde mental, ou seja, com elementos da realidade deles, como as expressões: usuários, pessoas “normais”, dona de casa, esposa, mãe, mulher, cuidadora, a vizinha que “faz tratamento no CAPS”, a “doída”. Essa foi a didática que evidenciou o impacto da pesquisa no SUS. No sexto passo, na construção do plano de ação, os pacientes relataram a necessidade de dar continuidade ao GRUPO, independente da finalização da pesquisa, por entender a necessidade de atuar no seu processo terapêutico.

Considerações finais

A busca por novas práticas deve estar inserida na educação permanente dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), em conjunto com as Instituições de pesquisa e ensino, possibilitando o fomento de busca por melhorias nos atendimentos às pessoas que buscam ajuda nos

serviços de saúde mental, e para qualificação dos responsáveis e da equipe naquele local de trabalho das instituições de saúde mental.

A sensação que passa é a de que o serviço público em saúde mental é esquecido, “deixado de escanteio”, nos seguintes aspectos: inovação, mudança do contexto sociocultural e de processos de trabalho. Isso pôde ser visto com a Pandemia da COVID 19, transparecendo que a saúde mental brasileira não é valorizada, os profissionais estão sobrecarregados, alguns já sofreram acidente de trabalho psíquico, outros sofrem bullying dos outros colegas que trabalham em locais na saúde, sendo que esses profissionais também compõem a Rede de Atenção à Saúde - RAS.

O meu aprendizado em Saúde mental foi no dia a dia do serviço, a partir do contato com usuários, familiares, equipe de trabalho, gestão, atenção básica, serviços assistenciais, suporte jurídico, enfim, ultrapassando o que existe de fato nos equipamentos, seja de saúde, urgência e emergência, assistência social, proteção infantojuvenil, etc. Construímos a trajetória do cuidado biopsicossocial, na caminhada que às vezes é árdua, dolorosa (sofrimento mental das pessoas).

Não temos espaço e tempo para validar as “descobertas terapêuticas vivenciadas”, ou seja, quantas pesquisas poderiam surgir na área da saúde mental, com objetivo de contribuir no tratamento, dos usuários e dos profissionais que trabalham nessa assistência psicossocial? Estamos preparados para uma realidade pós-pandêmica? Nenhum texto vai traduzir o que de fato é SAÚDE MENTAL, o que buscamos articular, direitos, deveres, situações que não estão inseridas na grade curricular das Instituições formadoras (faculdades, universidades, mestrado/doutorado), o SER VIVO é o maior campo de prática na saúde mental que existe. Aprendemos a cada dia. No cotidiano, precisamos ter motivação, os usuários precisam ter acesso a uma qualidade assistencial atualizada no contexto prático, na vivência, não só a medicação, a receita médica, o atendimento agendado.

Uma dessas abordagens está na formação dos grupos, com atuação em espaços extra muro, com descoberta da rede de apoio formal e informal, aprendizado com os problemas e elaboração de adequações, pois alguns problemas não têm solução, campo este que nos apresenta como desafiante.

A criação e elaboração do GRUPO GAM superou a experiência adaptativa e didática nos encontros realizados. Os participantes atuaram como

colaboradores do processo. Um dos impactos do grupo foi a decisão dos participantes pela continuidade do grupo para superar o enfrentamento perante a inércia didática, a não atualização no manejo em saúde mental para as pessoas com transtornos mentais. Ou seja, as propostas que serão realizadas e planejadas serão em conjunto e de acordo com a realidade do serviço CAPS, pois não adianta idealizar o que não pode ser feito. Algumas questões surgem desse processo: “vai funcionar?”, “fez a diferença?”, “vai ter impacto no dia a dia?”.

Toda essa produção da pesquisa ficará viva em cada pessoa participante e também nos profissionais que se engajaram e acreditaram numa luta pelas práticas inovadoras em saúde mental em tempos de pandemia. Daremos continuidade nos enfrentamentos dos problemas, dificuldades, preconceitos e desencontros da prática, com teoria e busca por oportunidades de sermos um “LABORATÓRIO VIVO EM SAÚDE MENTAL”. Que venham mais pesquisas para se ter mudanças e validar a realidade dicotômica entre o livro e os personagens.

Finalizamos da melhor forma, com posicionamento/relato dos participantes, de que podemos esperar os próximos passos, uma vez que cada usuário se apresentou, descreveu sua emocionante caminhada na busca de se inserir no grupo que se identificou, alguns superando a timidez, outros tendo vínculo pessoal. Assim como os profissionais, eu, como pesquisadora-coordenadora, me identifiquei nesse cenário produtivo de pesquisa em grupo. Agradecemos a contribuição dos pesquisadores, relatores e colaboradores que fizeram esta pesquisa sair do papel e ser aplicada na prática dos serviços de saúde mental.

E, por fim, a mensagem é: **SUPERAÇÃO E INOVAÇÃO**. A saúde mental precisa urgente ser priorizada por todos.

Referências

BRASIL. **Lei 10.216, 6 de abril de 2001**. Disponível em: L10216 (planalto.gov.br). Acesso em: 13 de março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. xx p. : il. – (Série E. Legislação de Saúde).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/tiangua.html>. Acessado em: 03 jan. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIANGUÁ. **Dados do município**. Prefeitura de Tianguá, 2022. Disponível em: <https://www.tiangua.ce.gov.br/omunicipio.php>. Acessado em: 03 jan. 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/ UFF; DPP/UFRGS, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação: guia de apoio à moderadores**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/ UFF; DPP/UFRGS, 2014.



CAPÍTULO 8

Vivências da Gestão Autônoma da Medicação: atividades interdisciplinares entre a farmácia e a psicologia

*Ana Paula Soares Gondim
Glaydson de Araújo Ferreira
Stefany Lima de Alencar
Pedro Miguel Lavor de Santiago
Lucas Kayque Furtado
Júnica Priscila da Silva
Rodrigo Rocha Mesquita*

Introdução

O objeto de estudo aqui tratado está centrado nas vivências dos estudantes de graduação de farmácia e de psicologia por meio de um estudo exploratório sobre o processo de aprendizagem da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Centro de Atenção Psicossocial Infantil, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e no Centro de Atenção Psicossocial (Brasil, 2002).

As vivências foram construídas a partir da formação dos estudantes para desenvolverem as atividades do projeto de extensão intitulado “*Centro de Assistência Farmacêutica e Saúde Mental para o Desenvolvimento de Habilidades e Competências*”. Essas atividades vêm sendo desenvolvidas desde 2013, em colaboração com o grupo de pesquisa “*Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil*” - LISFARME, da Universidade Federal do Ceará.

A aproximação do grupo de pesquisa ocorreu entre os estudantes de farmácia e de psicologia e o serviço mental, pois desenvolvem essas ativi-

dades desde março de 2013 até o momento. O projeto já realizou um total de 15 grupos terapêuticos nos centros citados, utilizando como dispositivo terapêutico o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM), que, ao longo das aplicações, foram realizadas várias adaptações para os cuidadores dos usuários infanto-juvenis a adultos usuários de psicofármacos. Atualmente, é coordenado por uma professora do curso de Farmácia e desenvolvido por bolsistas de extensão cadastrados junto à Pró-reitora de Extensão da UFC.

A concepção de autonomia referenciada é um todo relacional, multi-dimensional, processual e dinâmico, pois somos todos autônomos e relacionados (Soares; Camargo Junior, 2007). Além disso, propomos com o GGAM ir além das nossas práticas tradicionais da relação entre trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde e de ensinamentos formais e não formais, e ainda pode ser aplicado como recurso pedagógico e lúdico.

Assim, este estudo tem como propósito contribuir, por meio do aprendizado narrado pelos estudantes, para que possa orientar abordagens educativas centradas no uso racional do tratamento medicamentoso, cujo foco é a saúde e a autonomia para evitar o abuso ou dependência dos medicamentos que querem ser tópicos no tratamento de doenças físicas ou mentais.

Este capítulo tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por graduandos de Farmácia e Psicologia no acompanhamento de grupos terapêuticos destinados aos cuidadores de crianças e adolescentes que fazem uso de medicamentos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) do tipo Álcool e Drogas (AD) e infantojuvenil (CAPS i).

Da clínica ampliada ao saber interdisciplinar do cuidado em saúde mental

A clínica ampliada foi um conceito criado por Campos (1997), propondo uma transformação das diretrizes do trabalho dos profissionais em saúde que atuam na saúde coletiva para recortes flexíveis de articulações integradas e não restritas genuinamente aos diagnósticos e às propostas terapêuticas da biomedicina. Sendo assim, a clínica ampliada pressupõe um olhar integral, holístico, ao sujeito, pois compreende que “as pessoas

não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras” (Brasil, 2007; Cunha, 2010).

Em 2003, a clínica ampliada foi reconhecida como diretriz da Política Nacional de Humanização, que a conceitua como uma ferramenta teórica e prática com finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde na busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde (Brasil, 2007).

As propostas para a clínica ampliada na cartilha da Política Nacional de Humanização são: 1. um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; 2. assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; 3. buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; 4. reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente em que o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários; e 5. assumir um compromisso ético profundo (Brasil, 2007).

Assim, o sujeito, no contexto da saúde mental, deve ser compreendido em seu contexto familiar, suas relações de trabalho etc. Tal abordagem fomenta uma prática descentralizadora da doença, entendendo esta como um aparecimento na vida do sujeito, conectado com as diversas dimensões da vida deste (social, cultural, familiar) (Rodrigues *et al.*, 2010).

Além disso, é importante destacar o reconhecimento dos limites de cada campo de saberes. Esse pressuposto ecoa em uma prática interdisciplinar e interprofissional das políticas públicas de saúde.

A clínica ampliada pressupõe um deslocamento da hegemonia do saber médico em detrimento dos outros saberes para uma abordagem centrada no sujeito a partir de diversas disciplinas, tais como Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Farmácia, a exemplo. Tal entendimento possibilita pensar em um atendimento que não seja apenas realizado pelo médico, considerando o seu saber como central da complexidade das mais diversas situações, mas sim por uma equipe interdisciplinar e interprofis-

sional que reconheça os limites dos saberes de cada profissional e recorra a outras visões para solucionar os problemas que surgirem.

A clínica ampliada concebe o sujeito como um ser holístico. Partindo desse pressuposto, no trabalho interdisciplinar faz todo o sentido o diálogo entre os diferentes olhares dos profissionais de saúde, assim proporcionando um cuidado mais integrado e eficiente para os usuários dos serviços de saúde, o que inclui os CAPS.

Saberes, como da Farmácia e da Psicologia, possibilitam intervenções interdisciplinares valiosas, pois corroboram sugestões práticas propostas pela clínica ampliada, como a escuta, o estabelecimento de vínculos e a atenção aos afetos, além de compreender os processos de adesão/evasão ao tratamento e poder investigar as noções que o sujeito constrói sobre seu tratamento, sejam fantasiosas ou não, assim como a implicação deste com o seu projeto terapêutico (Lopes *et al.*, 2016).

Rede de atenção psicossocial no Brasil

A Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

O Artigo 4º apresenta, como objetivos específicos para a Rede de Atenção Psicossocial, promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e

organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Brasil, 2011).

Enquanto isso, o Artigo 5º da referida Portaria define quem são os componentes da Rede de Atenção Psicossocial, sendo eles atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção (Brasil, 2011):

- Unidade Básica de Saúde e equipe de atenção básica para populações específicas;
- Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Centros de Convivência; atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção;
- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: Serviços Residenciais Terapêuticos; e reabilitação psicossocial. (Brasil, 2011).

No Artigo 6º, afirmando sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica, chama a atenção para o inciso III, que define um desses pontos de serviço como Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (Brasil, 2011).

Complementa também que os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (Brasil, 2011).

Assegura, ainda, que o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial, constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (Brasil, 2011).

Autores como Vieira, Andrade e Freire (2020) colaboram afirmando que é indispensável a realização de estratégias de Educação Permanente em Saúde, voltadas para a construção da atenção psicossocial em rede, para que os profissionais que trabalham com o sofrimento mental saibam lidar com os novos conceitos de trabalho em rede articulado e criem espaços coletivos para troca de saberes. Os profissionais envolvidos devem produzir saúde ressaltando o paciente como protagonista de sua vida, sua saúde, sua cidadania.

Profissionais e gestores, atuando como parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial, provocam e estimulam a integração entre os serviços. Complementa, para que se produza saúde com resolutividade, profissionais, gestores e usuários precisam estar envolvidos no processo de planejamento e de produção do cuidado (Vieira; Andrade; Freire, 2020).

Para construir e promover o desenvolvimento saudável para os adolescentes e adultos, considerando o pleno desenvolvimento de suas potencialidades, “a sociedade, por meio do Estado, precisa assegurar mecanismos de educação, educação em saúde, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família” (Brasil, 2005).

Nessa perspectiva, dentro da RAPS, a educação em saúde surge como campo aglutinador de saberes, destacando-se “estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e aquelas estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas e a redução de morbimortalidade por violências e acidentes” (Brasil, 2014).

As RAPS, com suas diretrizes propostas pela Portaria Nº 3.088 (Brasil, 2011), tornam-se o ponto de apoio relevante para os adolescentes e seus familiares em sofrimento mental porque consideram o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas. Buscam garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. Procuram desenvolver as suas atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. Favorecem a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais, para garantir a integralidade do cuidado com foco na promoção de estratégias de educação permanente.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Álcool e outras Drogas, contidos na Portaria No 3.088/2011, fazem parte da Rede de Apoio Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Configurado para adultos, crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicados para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (Brasil, 2011).

Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos na saúde mental: dispositivo terapêutico coletivo

O Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GGAM tem sua origem na cidade de Quebec, no Canadá, em 1993. Nasceu da ausência de críticas e informações para com o uso de medicamentos, utilizados nos tratamentos em saúde mental, por parte dos usuários. Grupos de usuários de medicamentos, profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde (serviços que não eram oferecidos pelo governo canadense) e pesquisadores reconheciam a importância dos diferentes significados que a medicação podia assumir para cada usuário.

O GGAM Canadense foi adaptado para a realidade brasileira ao longo dos anos 2009 e 2010. A adaptação buscou levar em conta o contexto brasileiro da Reforma Psiquiátrica e da existência do SUS. Também incluiu os direitos dos usuários de serviços de saúde e de saúde mental vigentes no Brasil.

Dentre as alterações realizadas, o Guia Brasileiro modificou o final do Guia Canadense, que orientava a diminuir ou parar com o uso de medicamentos psicotrópicos. Nos estudos realizados no Brasil, foram evidenciados que diminuir ou parar de tomar os medicamentos não era uma reivindicação dos usuários brasileiros. Pelo contrário, os usuários brasileiros colocam o acesso aos medicamentos como direito fundamental; e, no entanto, nem sempre esses medicamentos estão disponíveis na rede de atenção à saúde (Ramos, 2012).

O usuário brasileiro reivindica o acesso à medicação como direito fundamental, mais diálogo com seus médicos e com as equipes de saúde. Buscam esclarecimento sobre uso dos medicamentos. Assim, o GGAM brasileiro surge pautado em propostas de negociação e diálogos para definir um melhor tratamento. Logo, retirar, reduzir, aumentar, adequar ou trocar o medicamento são possibilidades que devem ser avaliadas dentro de cada contexto (Onocko-Campos; Passos; Palombini *et al.*, 2014).

Outro olhar do Guia Brasileiro é que, para alcançar um melhor tratamento, é necessário haver uma gestão compartilhada ou cogestão. Composição entre o saber dos usuários, o que dizem os seus familiares sobre experiências com o cuidado diário e o que sabem os médicos e equipes de saúde sobre o uso dos remédios. Portanto, usuários de medicamentos psiquiátricos, como usuários de medicamentos em geral, podem participar de atividades com o guia, já que ambos podem ser vítimas/praticantes da autogestão (Onocko-Campos; Passos; Palombini *et al.*, 2014).

Com referência ao GGAM, reconhecida como uma ferramenta que surgiu a partir do questionamento dos usuários de serviços de saúde mental do Canadá sobre o uso de medicamentos psiquiátricos, o guia foi adaptado para a realidade do contexto brasileiro com o intuito de incitar nos usuários uma postura autônoma em relação ao seu tratamento.

Este Guia, denominado como GGAM-BR pelo LISFARME, é visto como uma ferramenta que proporciona aos participantes a interação lúdica de perguntas e respostas relacionadas ao seu processo saúde doença, cujo foco é o empoderamento, o protagonismo e a capacitação na utilização do medicamento regulado (Lopes, 2018).

O GGAM-BR destaca-se por meio de atividades lúdicas e dinâmicas, possibilitando a discussão junto ao usuário dos CAPS do seu processo saú-

de/doença, direitos e deveres e autonomia. Portanto, o uso do GGAM-BR como dispositivo norteador na condução de grupos terapêuticos destinados a crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais favorece não só um espaço de valorização da fala dessas pessoas, mas também oportunidade de compartilhamento, vinculação e cogestão entre usuário, família e profissional do serviço (Lopes, 2018).

Desenvolvimento do projeto de extensão sobre o Guia da Gestão Autônoma da Medicação

O grupo terapêutico é promovido pelo projeto de extensão “*Centro de assistência farmacêutica e saúde mental para o desenvolvimento de habilidades e competências*”, coordenado por uma professora adjunta do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Compõem o corpo de moderadores do grupo: três farmacêuticos e uma psicóloga do serviço, um estudante de farmácia e três estudantes de psicologia.

O acompanhamento do grupo é norteado pela aplicação e discussão do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM). Esse Guia é dividido em seis passos, a saber: PASSO 1: *Conhecendo um pouco sobre você*; PASSO 2: *Observando a si mesmo*; PASSO 3: *Ampliando sua autonomia*; PASSO 4: *Medicamentos usados na psiquiatria*; PASSO 5: *Por onde andamos*; PASSO 6: *Planejando nossas ações*.

Os temas abordados ao longo dos passos são: a qualidade de vida dos cuidadores; a relação dele com as pessoas a sua volta, o que eles fazem para manter a saúde e sobre as pessoas/serviços que eles podem contar. Também é abordado sobre o uso dos medicamentos psicofármacos pelas crianças e adolescentes, locais de armazenamento, administração, efeitos adversos e efeitos colaterais, entre outros.

O Guia é conduzido semanalmente pelos moderadores (graduandos e profissionais de saúde), cujas informações são registradas em uma ficha de acompanhamento do Grupo e no prontuário das crianças e dos adolescentes. Durante os encontros, são utilizadas rodas de conversa e atividades lúdicas para abordar os temas em questão.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo exploratório com estudantes de graduação em Farmácia e Psicologia de uma instituição pública federal e uma instituição privada que acompanham grupos terapêuticos destinados aos cuidadores, adultos, crianças e adolescentes e que fazem uso de medicamentos psicofármacos em três Centros de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza.

O estudo iniciou-se com o desenvolvimento das atividades do grupo GGAM que se iniciam no primeiro semestre desde a sua criação em 2013. Os estudantes foram divididos nos dois CAPS (infantil e álcool e outras drogas) e, acompanhados pelo preceptor que atua no serviço, vivenciaram por seis meses o trabalho do projeto de extensão executado nos CAPS.

Após a vivência em cada serviço, foram realizadas reuniões semanais entre estudantes, preceptores e professores para a discussão de aspectos teóricos e compartilhamento de experiências. Essa vivência também proporcionou aos estudantes a oportunidade de conhecê-los e, mediante as discussões realizadas, refletir e apontar os impactos dessa iniciativa para sua formação como profissional de saúde e, conseqüentemente, para o SUS e a comunidade.

Finalizado o período de vivências junto ao projeto de extensão, os estudantes foram estimulados a responder um roteiro de perguntas sobre o seu interesse para participar de um projeto de extensão que envolve saúde mental, farmácia e psicologia; o que é saúde mental para você; a experiência integrada com os participantes do Grupo GAM; preparação que obteve ao longo do projeto para lidar com os participantes; tempo que está no projeto e o que mudou na sua formação a partir da sua entrada no projeto de extensão e, a experiência com o contato dos profissionais do serviço que participam do projeto.

Para a coleta de dados, foi empregada a entrevista guiada por perguntas estruturadas, e as respostas foram obtidas por meio do correio eletrônico.

Realizou-se uma análise de conteúdo (Bardin, 2016) em que os resultados foram organizados em dois eixos: categorização das respostas e vivência da gestão autônoma da medicação nos CAPS. Essa análise de dados qualitativos seguiu essa sequência categórica, assim foram gerados conteúdos diversificados para uma interpretação textual.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e aprovado com o n.º 1.684.517, em 18 de agosto de 2016. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando-se os preceitos da ética segundo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde

Resultados e Discussões

As vivências partem da descrição por um estudante de farmácia e três estudantes de psicologia que desenvolveram as atividades do projeto de extensão no período de agosto a dezembro de 2022.

O estudo foi realizado em três CAPS, sendo um CAPS Infantil (CAP-SI), que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um serviço aberto e de caráter comunitário, que realiza atendimento diário, de forma presencial pela manhã e tarde. O outro CAPS é denominado CAPS AD, que propõe uma assistência de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, etc.); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias, enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; e, atendimento de desintoxicação para os dependentes químicos. Por fim, denomina-se CAPS Geral para tratar sujeitos com transtornos mentais moderados e severos.

O primeiro encontro entre estudantes e profissionais dos CAPS, que foram três farmacêuticos e coordenação de cada CAPS, foi programado para realizar a apresentação do projeto de extensão. A proposta do trabalho apresentada foi realizada de forma presencial e nesse encontro foi discutida toda a programação das oficinas, bem como definição dos horários a serem realizadas as atividades e escolhida a sala para a condução do projeto, que foi condicionada a um espaço específico e reservada para este propósito, considerando a participação de usuários, estudantes e profissionais dos CAPS.

Os discursos das vivências dos estudantes demonstraram interesse para participar do projeto de extensão que envolve saúde mental, integran-

do a farmácia e a psicologia sobre o uso de psicofármacos, a exemplo, os antidepressivos.

Além disso, proporcionou melhor entendimento desse assunto, que permitiu visualizar as aplicações teóricas do conhecimento dos estudantes no cotidiano de cada usuário. Apesar da base teórica do projeto de extensão direcionar para promoção da saúde mental e bem-estar à sociedade, a visualização do projeto do Grupo GAM permitiu impreterivelmente a expansão do conhecimento dos estudantes de graduação. Como um estudante de psicologia: *“abranger minha escuta para demandas que não são corriqueiramente tratadas durante a vigência do meu curso em muito me ajudou a reconstruir minhas visões e pretensões de oferecer, futuramente, um cuidado integral em saúde”*. Assim, a formação interdisciplinar oferece integração de saberes farmacêuticos e psicológicos que ajudaram efetivamente a *“quebra da compartimentalização dos tratamentos”*, tão específicos entre as profissionais da saúde, *“abranger saberes é abranger cuidados”*.

A oportunidade de dar voz ao usuário do serviço é vista como uma dificuldade por meio da forma de se expressar, como exemplo, explicar o uso desses medicamentos. No entanto, essa dificuldade possibilita aproximar a relação entre profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), considerada essencial para um melhor atendimento.

Outro aspecto em destaque diz respeito à motivação da escolha do grupo a ser trabalhado em cada CAPS. Essa escolha foi estabelecida por cada estudante, ao *“saber que trabalharíamos com Psicologia e Farmácia em conjunto, promovendo abordagens para cuidar da saúde mental, no meu caso, com crianças, não tive dúvidas em entrar para o grupo de extensão”*.

A aproximação direta com os serviços de saúde mental durante a graduação possibilitou os conhecimentos tanto das potencialidades como dos desafios que o SUS ainda enfrenta, garantindo uma total modificação da visão de mundo dos alunos, estimulado uma formação crítico-reflexivo dos distintos contextos ao qual estavam imersos para realização das ações de redução de danos para a população usuária de álcool e outras drogas (Santos; Lima, 2018).

Quanto à concepção de saúde mental reconhecida pelos estudantes, evidenciamos uma aproximação do conceito universal sobre saúde

da OMS, “*um estado de bem-estar consigo mesmo e os outros entre corpo e mente*”. Todos reconhecem que a saúde mental deve ser compreendida de forma abrangente, muito além da parte clínica de uma ausência de sintomas patológicos. Como destacamos, é “*a capacidade de levar uma vida tranquila, conseguindo enfrentar as dificuldades que surgem e administrar as situações e emoções de forma com que eles não impossibilitem a pessoa de viver de uma forma boa. Logo, a saúde mental entra em um parâmetro muito mais grandioso de uma simples falta de doença, sendo uma questão de qualidade de vida*”. Portanto, reconhece a saúde mental como o modo de vida, de “*substancializar o nosso viver*”.

Para Costa–Rosa (2000), o modelo psicossocial considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes da saúde mental. Trabalha em equipe interprofissional e utiliza como meios de trabalho as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, além do uso do medicamento. Assim, esse modelo de atenção atribui ao sujeito a função de participante principal do tratamento, considerando a sua dimensão de indivíduo (orgânico e sociocultural), bem como, o grupo familiar e social como agentes das mudanças que foi reconhecido pelos estudantes.

A experiência integrada com os participantes do Grupo GAM é reconhecida potencialmente como uma experiência “*muito enriquecedora, a equipe é muito participativa, e sempre tenta se auxiliar com os problemas com que nos deparamos*”. O compartilhamento de conhecimentos das diferentes áreas de saberes é visto, também, como potencial. Além disso, é muito gratificante perceber a inquietação e curiosidade que as crianças estão tendo sobre seus tratamentos e vários outros aspectos de suas vidas de uma maneira geral, algo que foram desenvolvidas ao longo desse trabalho.

A pretensão teórica foi reconhecida como desafiador, pois o Grupo GAM conduziu um espaço de diálogo (para alguns, o único) para todos os participantes presentes no decorrer dos encontros. Durante a condução semanal dos 50 minutos de cada encontro, pacientes e mediadores compartilharam suas histórias e vivências, preconizando e construindo o modelo de saúde que cabe na realidade de cada um. Durante esse ínfimo tempo, permitiu se questionar o que faz bem para cada um de nós, preconizando sempre o respeito e a validação do sentir alheio. Neste espaço, questionar as

estratégias terapêuticas, comportamentos, tratamentos e sofrimentos que valiam a pena ou não continuar carregando daquele momento em diante.

Para a continuidade dos encontros, foi possível observar de maneira clara os principais obstáculos que impedem um tratamento adequado aos usuários do GAM, que em geral estão relacionados à falta de informação sobre certas particularidades do SUS, fato este que foi bem elucidado na perspectiva dos profissionais de saúde do serviço, que abordaram questões mais profundas do que apenas o aspecto farmacológico ou farmacêutico.

A formação obtida ao longo da condução do projeto ocorreu por leituras prévias sobre o que é o GAM e sua importância para a proposta da reforma psiquiátrica. O aprendizado esteve presente para uma discussão para efetuar um melhor diálogo com o usuário do sistema de saúde, buscando entender suas necessidades individuais e como elas podem interagir com o seu tratamento. As formações foram realizadas de forma presenciais ou online, nas quais a coordenadora do projeto procurava explicar sobre o GAM, bem como debates sobre textos que nos auxiliaram no processo formativo.

Esse processo formativo desencadeou comportamentos nos estudantes a respeito da escuta junto ao usuário: *“percebo que, hoje, eu diria ter uma escuta um pouco mais aguçada e que desenvolvi também um pouco mais de tato na hora de sugerir alguma estratégia que pode até ser padrão ouro no papel, mas completamente disfuncional na vivência prática de um sujeito. De maneira geral, aprendi a expandir meus estudos para outras vertentes teóricas, mas nunca me limitando a informações escritas em qualquer material que não incorporem as necessidades individuais de quem aparecer daqui para a frente”*.

A participação dos estudantes variou entre seis meses e um ano junto ao projeto de extensão. As principais mudanças percebidas pelos estudantes foram a ampliação de conhecimento sobre tratamento e outras abordagens. Alguns reconhecem que as atividades de extensão proporcionaram uma atuação prática da formação e de forma integrada com outras áreas.

Uma das dificuldades percebida pelos estudantes quanto à criação do grupo foi permitir a criação de vínculo com o grupo para proporcionar um espaço no qual *“os usuários se sintam à vontade para participar e perguntar, que não é algo fácil, sendo necessário sempre inovar para prender a atenção delas, entretanto é um trabalho que está rendendo ótimos frutos”*.

A experiência com o contato dos profissionais do serviço que participaram do projeto de extensão foi reconhecida como positiva e enriquecedora, pois o GAM também possibilita uma troca de conhecimentos interdisciplinares sobre a saúde mental. Os profissionais do serviço foram acolhedores e atenciosos, *“ajudando com as crianças e nos auxiliando com algumas explicações mais profissionais sobre os assuntos abordados nos encontros”*. Alguns estudantes destacaram o engajamento dos profissionais de saúde, bem como o *“compromisso com o que acreditávamos ser o melhor para cada usuário do serviço que sustentou o trabalho do Guia GAM em um dos CAPS que nossa extensão abarcava. Entretanto, mesmo com a dificuldade de adesão em alguns serviços, sempre existiram os profissionais com cunho transformador que compraram a ideia e vibraram, junto com a gente, com os avanços que, semanalmente, apareciam para nós. Conseguimos, mesmo que pouco, construir com alguns pacientes novas noções de saúde-doença que, em seus relatos de mudança de hábitos, deram sentido, valor e orgulho ao trabalho que vínhamos fazendo”*.

Em relação sobre o que é o GAM, todos os estudantes foram afirmativos em reconhecer como uma ferramenta utilizada para facilitar a interação entre profissionais da saúde e pacientes do setor psiquiátrico, com o objetivo de estimular a autonomia desses no que diz respeito ao uso da sua medicação, empoderar sobre todos os aspectos do tratamento, inclusive os encontros do GAM, e incentivar um melhor entendimento dos direitos individuais a um atendimento adequado nas UAPS especificamente. Além disso, os seis passos não visam somente a uma abordagem, apontam vários caminhos quanto à abordagem terapêutica, que podem auxiliar tanto no tratamento, como a retomada de atividades físicas, o incentivo ao crescimento profissional e o estímulo ao diálogo com a família. Some-se a isso que o GAM é mais do que uma estratégia para tornar o usuário de medicamentos ciente e ativo no seu tratamento, ele possibilita uma verdadeira mudança de perspectiva sobre diversos assuntos, que juntos proporcionam um maior bem-estar ao indivíduo, e ainda, auxilia no processo de tornar a pessoa o protagonista no seu tratamento e na sua vida de forma geral, melhorando assim a qualidade de vida dessas pessoas, de forma lúdica e divertida.

“É a tentativa de dessacralizar a posição do profissional de saúde e desestigmatizar a hierarquia que o entorna, afastando o paciente e dificultando um relato sincero que apenas uma relação entre iguais proporcionaria. GAM

é a investida que não abre mão, em nenhum momento, na humanização das relações e do cuidado”.

O GGAM fornece aos profissionais da saúde mental um recurso para aproximar-se dos cuidadores. Dessa forma, podem ajudá-los na inclusão e no entendimento de que a decisão para o melhor tratamento se dá por meio do diálogo entre cuidadores e a equipe interdisciplinar que compõe os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis ou adultos, a fim de melhorar o bem-estar e a vida desses indivíduos (Onocko-Campos *et al.*, 2012; Rodriguez del Barrio *et al.*, 2013; Benevides *et al.*, 2011).

A ênfase no direito de saber sobre outras abordagens do cuidar-se pode provocar a autonomia e mobilizar o agir dos usuários para que encontrem seus interesses e desejos. Torna-se ainda um desafio para o cuidado em saúde e saúde mental, “um cuidado cujas reais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa”, como consideram Onocko-Campos *et al.* (2013).

Conclusão

Este estudo mostrou que o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM), quando adaptado para cuidadores e sujeitos, possibilita o desenvolvimento de grupos terapêuticos de intervenção, em que são envolvidos os cuidadores de crianças e adolescentes e adultos que frequentam os CAPS e os profissionais da saúde. Tais grupos terapêuticos podem auxiliar os cuidadores de crianças, adolescentes e adultos na busca pela autonomia e no aprimoramento dos seus conhecimentos sobre os direitos e deveres desses atores sociais.

É uma oportunidade de discutir as principais dúvidas sobre medicamentos que esses cuidadores carregam e que, devido à ausência do psiquiatra, não há outro profissional que possa tirá-las. Além disso, é uma ferramenta utilizada para a valorização do cuidador, uma vez que ele passa a ser ouvido e participativo.

Por fim, essa experiência redefine a atuação interdisciplinar que deve ser construída ainda no processo formativo dos estudantes de graduação da área da saúde, pois a saúde mental não deve ser desenvolvida de forma fragmentada.

Referências

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo: edição revista e ampliada**. São Paulo: Edições, v. 70, p. 280, 2016.
- BENEVIDES, D.S. et al. Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.127-38, jan./mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.
- BRASIL. **Portaria /GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Inverso - Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social. Brasília – DF.
- BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 abr. 2023.
- CAMPOS, G. W. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. 1997.

COSTA-ROSA, A. D. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 141-168, 2000.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

LOPES, E. D.; ALMEIDA, H.; GOMES, J. *et al.* Grupo terapêutico interdisciplinar: experiência entre farmácia e psicologia. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v. 3, n. 12, Out./Dez. 2016.

LOPES, E. D. **Guia brasileiro da Gestão Autônoma de Medicamentos**: uma estratégia para dar voz a crianças e adolescentes com transtornos mentais. 2018. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2013, v. 18, n. 10, p. 2889-2898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>. Acesso em: 23 out. 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface (Botucatu)** [online]. 2012, v. 16, n. 43, p. 967-980. Epub nov. 30, 2012. ISSN 1807-5762.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. *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-saude-mental-interfaces>. Acesso em: 23 set. 2016.

RAMOS, J. F. C. **A autonomia como um problema**: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS Fluminense. 2012. 120 f. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

RODRIGUES, R. C; MARINHO, T. P. C. *et al.* Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 15, suppl. 1, p. 1615-1625, 2010. ISSN 1413-8123.

RODRIGUEZ DEL BAIRRO, L. *et al.* Gestão Autônoma da Medicação

(GAM): novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 18, n. 10, p. 2879-2887, 2013. ISSN 1413-8123.

SANTOS, T. S.; LIMA, A. C. F. Desafios da interdisciplinaridade no PET - redes de atenção psicossocial e atuação da enfermagem. **Journal of Nursing Ufpe Online** 12, p. 1491-1499, 2018.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 65-78, 2007.

VIEIRA, S. M.; ANDRADE, S. M; C, L. H. O.; FREIRE, S. S. A. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. **Rev. psicol. polít.** São Paulo, v. 20, n. 47, p. 76-86, abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1519-549X2020000100007. Acesso em :25 out. 2022.



SOBRE OS AUTORES

Ainara Tavares Pedroza

Enfermeira Especialista em Saúde mental (UECE); Mestranda em ensino em saúde na educação pela Universidade Estadual do Ceara (UECE), residência em Saúde mental (ESP/CE), servidora pública do CAPS de Tianguá e técnica em saúde do ministério da saúde-nível municipal.

Aline Rany Jorvino da Costa

Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico na Universidade Regional do Cariri (PIBIC-FUNCAP/URCA). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Ana Cristina Henrique de Souza

Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Bolsista de Iniciação Científica (IC) do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Ana Karla Batista Bezerra Zanella

Assistente Social Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Centro de Atenção Psicossocial SR III-CAPS Geral SRIII- Prof. Frota Pinto - Fortaleza-CE.

Ana Paula Soares Gondim

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (1989), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (1998) e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2007) e Estágio Pós-Doutoral em Saúde Coletiva/Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (2011-2012). Professora Associado II do Depar-

tamento de Farmácia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará. Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas e do Programa Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Membro da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e da Associação Brasileira de Saúde Mental. Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME) e o grupo de pesquisa Melhores Medicamentos para Criança (MeMeCri). Coordenadora do Núcleo de Evidências da Universidade Federal do Ceará cadastrado junto à Rede EvipNet (OPAS).

Antonio Germane Alves Pinto

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri (URCA). Bolsista-Pesquisador do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Pesquisador e Líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Amanda Bezerra Benevides Machado

Estudante de Graduação em Psicologia Faculdade Ieducare - FIED. Bolsista de Transferência Tecnológica (BTT) da FUNCAP.

Daiana de Jesus Moreira

Psicóloga do CAPS Geral SR3. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Saúde Pública pela UFC. Docente Universitária.

Diogo Augusto Ferreira

Médico especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Médico clínico do Centro de Atenção Psicossocial de Tianguá-CE.

Erilene Alves de Sousa

Licenciatura Plena em Geografia, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Uninta. Especialista em: Saúde Integral do Adolescente, pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia e UVA; Saúde Pública e Saúde da Família, pelo

Centro Universitário Uninta; Mestre em ensino na saúde, pela UECE. Membro da gestão atual do CRESS: triênio 2023 a 2026: Nosso Sonhar Resiste, nos Laços que nos fazem Nós. Assistente Social do Hospital Regional Norte - Sobral-CE. Docente do Curso de graduação em Serviço Social (presencial), no Centro Universitário Uninta/Sobral.

Francisca de Queiroz Pereira

Técnica em Enfermagem. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Educare (FIED). Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) de Tianguá-CE. Membro do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) Francisca Carla Tianguá-CE.

Francisco Fernando Almeida Sousa Loureiro

Enfermeiro - especialista em saúde mental e atenção psicossocial pela Universidade Estácio de Sá - atuação no CAPS Geral Frota Pinto Prefeitura de Fortaleza e Hospital Universitário Walter Cantídio EBSEH/UFC.

Glaydson de Araújo Ferreira

Estudante de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista CNPq.

Jessica Lima de Oliveira

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Especialista em Urgência e Emergência - Faculdade de Indiará (FAIND). Bolsista de Mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN) da URCA e do Grupo de Relacionamento Interpessoal em Enfermagem e Intervenção Breve (GRIBE - EE-USP).

Jéssica Pascoalino Pinheiro

Psicóloga, CRP 11/10369. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Especialização em andamento em Formação Plena em Gestalt-terapia pelo Centro Gestáltico de Fortaleza. Residência em Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, UERN. Docente do curso de Psicologia da Faculdade UNINTA.

João Victor de Castro Gomes

Graduado em Psicologia pela Faculdade UNINTA de Itapipoca. Pós-graduando em Psicologia do Tráfego pela FAVENI. Bolsista de Transferência Tecnológica (BTT) da FUNCAP.

José Adeldo da Silva Filho

Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Especialista, com Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE). Bolsista de Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN/URCA/CNPq). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em Adições (NEPEAA - EE-USP) e do Grupo de Relacionamento Interpessoal em Enfermagem e Intervenção Breve (GRIBE - EE-USP).

Josefa Iara Alves Bezerra.

Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia (UNIVS) - Centro Universitário Vale do Salgado. Membro do Grupo de pesquisa em Clínica, Cuidado e Gestão (GPCLIN).

Júnica Priscila da Silva

Farmacêutica do Hospital Regional do Cariri – HRC. Servidora Pública na Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte-CE.

Igor Carvalho Marques

Médico. Residente de Psiquiatria do Hospital Universitário Walter Cantídio. Centro de Atenção Psicossocial Regional 3, Fortaleza – CE.

Kelviane Rocha de Almeida.

Psicóloga. Pós-graduada em Caráter de residência em saúde da família e comunidade (ESP/CE).

Leilany Dantas Varela

Enfermeira. Doutoranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) na Universidade Regional do Cariri (URCA). Mestre em Saúde da Família pela URCA. Enfermeira da

Estratégia Saúde da Família do Município de Milagres-CE. Docente do Centro Universitário Paraíso (UNIFAP). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (GPCLIN).

Lucas Kayque Furtado

Estudante de Farmácia na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Maria Neyde Gomes Ximenes.

Assistente Social. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela UECE. Mestre em Planejamento e Políticas Públicas pela UECE. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Itapipoca-CE.

Pedro Candido de Abreu Junior.

Assistente Social formado pela Faculdade Princesa do Oeste (FPO). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Pedro Miguel Lavor de Santiago

Estudante de Psicologia na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ramon Sena de Jesus dos Santos

Professor de Educação Física. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA). Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP CE). Mestrando em Educação Física pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Rayelly Araújo Vieira

Psicóloga. Pós-graduanda em Neurociência, psicopatologia e comportamento pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Psicóloga clínica. Bolsista de Transferência Tecnológica (BTT) da FUNCAP.

Rian Santos Pinheiro

Assistente Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE).

Rochelly Moura Sarmiento

Assistente Social. Especialista em direito administrativo e gestão pública pela Universidade Estadual do Cariri (URCA). Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Iguatu-CE. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Rodrigo Rocha Mesquita

Farmacêutico do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH).

Sarah Maria Lemos de Souza

Graduanda em Serviço Social. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. IFCE Campus Iguatu. Bolsista de Transferência Tecnológica (BTT) da FUNCAP.

Stefane Vieira Nobre

Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista, com residência, em saúde coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão (GPCLIN) e do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPECS) da UECE.

Stefany Lima de Alencar

Estudante de graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista CNPq.

Vanessa de Moraes Braga

Assistente social. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas de Iguatu-CE.

Vanina Tereza Barbosa Lopes da Silva.

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde do Idoso pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.

Editora
**SER
TÃO
CULT**

Este livro foi composto em fonte Adobe Garamond Pro, impresso no formato 15 x 22 cm em offset 75 g/m², com 178 páginas e em e-book formato pdf.
Fevereiro de 2025.

Inúmeras pessoas possuem um novo hábito em suas rotinas diárias que corresponde a destacar da cartela comprimidos brancos, azuis, laranjas e ingerirlos no período da manhã, à tarde e/ou à noite. Falamos dos psicotrópicos, psicofármacos ou medicamentos psiquiátricos, como são conhecidos.

A medicalização da vida é uma realidade em nível mundial. A medicalização social é um termo conceituado por Illich, para quem a medicalização implica algum prejuízo para a saúde, com consequente redução da autonomia e da competência na gestão autônoma para enfrentar e manejar as oscilações e vicissitudes da vida, com aumento da dependência da ação profissional em saúde (Illich, 1981).

A tendência de cuidado medicalizante na ação médica traz consequências que englobam danos clínicos no indivíduo, disseminação de comportamentos passivos e demandas por cuidado profissional para situações comuns da vida e redução da capacidade das pessoas em manejar suas experiências envolvendo sofrimento e dor (Illich, 1981). A medicalização pode ocorrer sob qualquer racionalidade médica e, nesta obra, a discussão centra-se do lugar da medicalização no tratamento em saúde mental.

