



DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

**A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: DA PRESCRIÇÃO
À ESCUTA**

CAMPINAS

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO: DA PRESCRIÇÃO À ESCUTA

Orientadora: Prof(a) Dr(a) Rosana Teresa Onocko Campos.

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva, área de concentração Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno Deivisson Vianna Dantas Dos Santos e orientada pela prof(a).dr(a). Rosana Teresa Onocko Campos.

ASSINATURA ORIENTADORA:

A handwritten signature in black ink, appearing to be "R. Onocko", written over a light blue horizontal line.

CAMPINAS

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Santos, Deivisson Vianna Dantas dos, 1978-
Sa59g A gestão autônoma da medicação : da prescrição à escuta / Deivisson Vianna
Dantas dos Santos. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Rosana Teresa Onocko Campos.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Tomada de decisão. 2. Serviços de saúde mental. 3. Autonomia pessoal. 4.
Psicotrópicos. I. Campos, Rosana Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Gaining autonomy and medication : from prescription to listening

Palavras-chave em inglês:

Decision-making

Mental health care centers

Personal autonomy

Psychotropic drugs

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Marcelo Kimati Dias

Mario Eduardo Costa Pereira

Alberto Olavo Advincula Reis

Data de defesa: 21-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

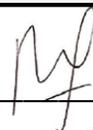
BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE DOUTORADO

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

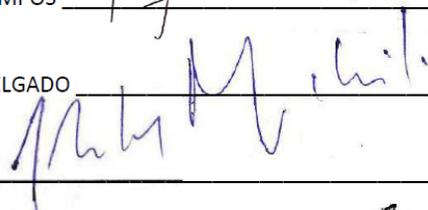
Orientador (a): Prof(a) Dr(a) Rosana Teresa Onocko Campos.

MEMBROS:

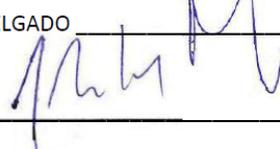
1. PROF(A) DR(A) ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS



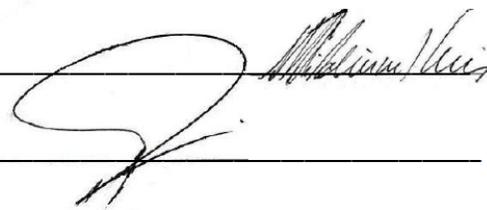
2. PROF(A) DR(A) PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO



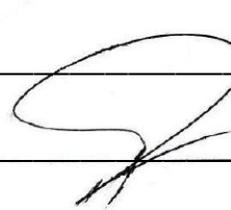
3. PROF(A) DR(A) MARCELO KIMATI DIAS



4. PROF(A) DR(A) ALBERTO OLAVO ADVINCULA REIS



5. PROF(A) DR(A) MARIO EDUARDO COSTA PEREIRA



Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 21 de fevereiro de 2014

“Escolha um trabalho que goste e nunca precisará trabalhar”

Confúcio

Agradecimentos

A participação nas pesquisas-intervenções sobre a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação, se não ajudaram ninguém, posso ter a certeza, ao menos, que me ajudou; e muito. Assim como vários trabalhadores que participam da pesquisa, eu, como profissional de saúde, tinha posturas clínicas, por vezes, inflexíveis com os usuários da saúde. Se eu acreditava que o fenômeno da medicalização social era ruim (e continuo acreditando), concatenava de imediato: ‘retirar os medicamentos do povo’ era a melhor coisa a se fazer. Ao participar desta pesquisa, a intervenção também me afetou. Hoje sou muito mais flexível e escuto o usuário com menos pressão de imprimir o meu desejo no dele.

Por isso, fico muito feliz de, seguindo linhas tortas, ter encontrado um grupo de pesquisa tão companheiro e uma orientadora que também acredita no SUS e que, com muita sutileza, nos direciona para o caminho de mudanças não apenas do SUS, mas de nós mesmos. Por isso, agradeço a todos do grupo de pesquisa, a todos que ajudaram a tornar esta experiência de aprendizado possível. Agradeço, principalmente, à Sabrina Stefanello, amada esposa e, agora, companheira de pesquisa por obra/sugestão da minha querida orientadora. Sabrina sempre me lembrando que apesar de minha vida ser focada no coletivo, o coletivo é composto de indivíduos e são eles que, no final, povoam o nosso cotidiano com suas experiências.

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

RESUMO

No contexto atual, onde o saber científico se sobrepõe ao saber experiencial, a inclusão das posições dos usuários de serviços de saúde no direcionamento dos seus tratamentos ainda está distante da realidade. Esta tese reporta aspectos de uma pesquisa qualitativa que teve a oportunidade de intervir em práticas de cuidado em 10 serviços de saúde de dois municípios do Estado de São Paulo (Campinas e Amparo). Seguindo o princípio da Reforma Psiquiátrica brasileira da defesa dos direitos do usuário em participar das decisões sobre seu tratamento, utilizou-se a estratégia da gestão autônoma da medicação, de 2011 a 2012. Tal estratégia tem como proposta “*empoderar*” os usuários quanto ao uso de medicamentos em seus projetos terapêuticos. A partir de entrevistas semi-estruturadas com os moderadores destes grupos, antes e depois da intervenção, construiu-se narrativas sob os preceitos da hermenêutica gadameriana. Os trabalhadores que experimentaram a estratégia assumiram um papel mais crítico quanto suas próprias práticas clínicas. Identificaram na metodologia horizontal, grupal e direcionada para uma escuta não filtrada pelas categóricas científicas do campo da saúde uma ferramenta para a valorização da voz dos usuários. Relataram que a individualidade de cada sujeito foi fonte de um saber capaz de promover uma clínica mais flexível e propícia para uma construção conjunta de ações de saúde. Perceberam também que os usuários puderam repensar o papel dos medicamentos em suas vidas e, apesar das resistências institucionais, autorizaram-se a negociar seus tratamentos com seus prescritores.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental, Tomada de decisões, Autonomia pessoal, Psicotrópicos.

ABSTRACT

In a context where scientific knowledge overlaps the experiential knowledge, the practice of sharing decisions with patients is still far from reality, despite the consensus that physicians must base their recommendations on the patient's values rather than on their own. This study reports aspects of a qualitative research that had the opportunity to intervene in care practices in 10 health facilities at two Brazilian cities (Campinas and Amparo). Following the principle of Brazilian Psychiatric Reform, defending users' rights to participate in decisions about their treatment, we worked with the gaining autonomy and medication (GAM) guide in order to seek the empowerment of the users regarding the use of psychotropic medication in their therapeutic projects. Semi-structured interviews were conducted with the GAM Group's moderators before and after the intervention, the material collected was transformed in narratives according Gadamer's hermeneutic principles. From the analysis, among other things, the workers attested the difficulty of avoiding the exercise of power over users via administration of psychotropic drugs. Besides, the health workers began to take a more critical approach to their own clinical practices. They also reported to practice a more flexible clinic, making shared decisions with their patients regarding their treatments.

Key words: Mental health care services, Decision-making, Personal autonomy, Psychotropic drugs

LISTA DE ABREVIATURAS

AGIDD-SMQ - Associação dos Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec

ARUCI-SMC - Aliança de Pesquisa entre Universidade e Comunidade (ARUC) Internacional Brasil- Saúde Mental e Cidadania

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

APS – Atenção Primária à Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DSC - Departamento de Saúde Coletiva

ÉRASME - Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura

FCM - Faculdade de Ciências Médicas

GAM - Gestão Autônoma da Medicação

Guia GAM-BR - Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação

OSBL - Organisme sans but Lucratif

OSS - Organizações sociais de saúde

RAMQ - Régie de l'assurance maladie du Québec

RP – Reforma Psiquiátrica

RRASMQ - Associação de Recursos Alternativos em Saúde Mental do Quebec

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS e FIGURAS

Tabela 1: Programas de Ensino interessados em participar da pesquisa intervenção.

Tabela 2: Serviços interessados em participar da pesquisa intervenção.

Tabela 3: Estruturação do Guia GAM.

Tabela 4: Composição dos Grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (início dos grupos GAM – Julho de 2011)

Tabela 5: Composição dos Grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (final dos grupos GAM – dezembro de 2011)

Tabela 6: Grade de análise.

Tabela 7: Caracterização dos moderadores entrevistados em T0 e T1.

Figura 1: Etapas da Entrada em Campo.

Figura 2: A construção das narrativas.

Figura 3: A construção do conceito de autonomia.

Figura 4: Um exemplo de convite

Figura 5: Entrelaçamento de sujeitos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
UM EMBATE DE PARADIGMAS	19
HISTÓRIA DA GAM.....	24
NO BRASIL.....	29
OBJETIVOS	35
METODOLOGIA	35
UMA PESQUISA INTERVENÇÃO	35
A ESCOLHA E CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	38
NEGOCIAÇÕES E IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	40
A AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO A PARTIR DE NARRATIVAS	51
COMO CONSTRUÍMOS AS NARRATIVAS.....	58
ASPECTOS ÉTICOS	64
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
AUTONOMIA;	72
CONHECIMENTO SOBRE PSICOFÁRMACOS;	78
CONHECIMENTO SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS;	85
POSIÇÕES DO ENTREVISTADO FRENTE AO USUÁRIO APÓS A VIVÊNCIA GAM ...	92
RESPEITO AO USUÁRIO, CONFIANÇA E VÍNCULO	92
A CLÍNICA FLEXÍVEL, RUMO À DECISÃO COMPARTILHADA	95
A ESCUTA, OS GRUPOS E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	101
CIDADANIA DOS TRABALHADORES E INFLUÊNCIAS NA INSTITUIÇÃO ...	107
PERCEPÇÕES SOBRE O USUÁRIO APÓS A VIVÊNCIA GAM	113
O TRABALHO E LIMITAÇÕES COM O GUIA E GRUPO GAM	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
BIBLIOGRAFIA	129
ANEXOS	139

INTRODUÇÃO

Um Embate de Paradigmas

No Brasil, até a década de 80, os hospitais psiquiátricos eram os principais locais de tratamento para pessoas com problemas mentais graves. O país chegou a ter 100.000 leitos em hospitais psiquiátricos e cerca de 30% destes eram ocupados por moradores institucionalizados. Nesse período, constantes abusos aos direitos humanos fizeram com que os movimentos sociais pressionassem por uma reforma da política de atenção à saúde mental vigente. (Borges, 2008) A Reforma Psiquiátrica instituiu uma nova política de saúde mental, que teve como um de seus principais recursos, o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para o tratamento na comunidade, possibilitando o seguimento ambulatorial e a atenção à crise. A transição de um modelo hospitalocêntrico para um de saúde mental comunitária deu-se pela considerável redução dos leitos psiquiátricos e a implantação desses serviços substitutivos. (Jacob *et al*, 2007)

Os CAPS, além das estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, incluem nas suas ações os campos da moradia, do trabalho assistido, do lazer e da cultura como formas legítimas e eficazes na produção de vida e de saúde dessa clientela. Outros equipamentos foram criados para diversificar o leque de ações no campo da saúde mental: residências terapêuticas para egressos de hospitais psiquiátricos, consultórios de rua, centros de convivência, projetos de geração de renda para populações mais vulneráveis, inclusão de profissionais do núcleo da saúde mental na atenção primária e etc. Numericamente, a quantidade de equipamentos extra-hospitalares aumentou em cobertura e hoje está presente em todos os estados brasileiros. O número de CAPS triplicou nos últimos anos (de 605 em 2004 para quase 1800 em 2012) e inverteu-se a proporção do investimento que antes era majoritário para a rede hospitalar. (Brasil, 2012)

Apesar dos avanços com novos arranjos em saúde mental, muitos são os desafios a serem enfrentados no que diz respeito a uma efetiva mudança nas

práticas de atenção. Um deles diz respeito à primazia do tratamento farmacológico no conjunto de ações dos profissionais de saúde mental, a tal ponto que, muitas vezes, o tratamento em saúde mental reduz-se apenas aos psicotrópicos. Onocko Campos (2001) apontou em um estudo, que a medicalização se mantém como prática não reformada. A hospitalização e a "renovação de receitas" sem a avaliação presencial dos usuários ainda são respostas comuns diante das demandas que aportam ao sistema. Essas práticas, que intencionavam evitar a interrupção dos tratamentos e garantir o cuidado, terminaram por se tornar parte do problema, com indivíduos usando medicamentos por tempo indeterminado e submetidos a um cuidado fragmentado.

Outros estudos brasileiros reforçam que a participação dos usuários nas decisões relacionadas aos seus tratamentos, restringem-se, muitas vezes, ao mero relato dos sintomas (Onocko Campos et al, 2012, Lopes et al, 2012). Esta baixa autonomia pessoal e coletiva que os usuários possuem em relação aos seus tratamentos, com pouca informação e centralização das decisões nos profissionais de saúde, torna a prática clínica mais vulnerável à economia de mercado e ao complexo médico-hospitalar. (Conrad, 2004)

Toda atenção à saúde corre o risco de ao invés de promover a autonomia do doente, reivindicar sua submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo, gerando mais demanda por procedimentos. Num contexto de expansão progressiva de intervenções da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como problemas médicos, produz-se um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo que desemboca num consumo contraprodutivo dos serviços biomédicos. (Tesser, 2006) A saúde mental é um dos palcos deste embate entre diferentes concepções no modo de fazer saúde. Independe se tais serviços (os CAPS) foram concebidos para se contrapor à lógica excludente do asilo, não são imunes à tomada pelo paradigma biomédico.

Nesse paradigma, a clínica foi influenciada a incorporar ferramentas práticas, objetivas e materialistas, desenvolvidas a partir da racionalidade centrada no orgânico, por meio da qual a doença é reconhecida, principalmente, a partir da

afetação anatômica, bioquímica ou fisiológica. (Sanvito, 2009) Esse caminho levou a uma cisão entre o sujeito e a vida, dicotomizando um em relação ao outro ao longo do processo de cuidado à saúde, permitindo, em várias oportunidades, reduzir a abordagem e identificação de problemas a categorias que se pretendem universais. São contextos em que problemas não médicos tornam-se "diagnosticáveis" e "tratáveis" como problemas médicos, e o que, anteriormente, seriam considerados características pessoais, tornaram-se doenças. (Conrad, 2010)

A cristalização de um modelo de clínica adaptado ao modelo social hegemônico, conferiu às práticas médicas, sob essa influência, uma medida de reconhecimento e valorização à sociedade suficiente para garantir a elas certa segurança e um poder típico de quem reproduz o padrão estético objetivo. Na área da saúde mental, firmou-se a metodologia de construtos diagnósticos a partir de sinais e sintomas determinados por um observador pretensamente imparcial. O número de diagnósticos reconhecidos cresceu muito nos últimos 60 anos. Mesmo que se considere que a evolução científica está associada a uma maior identificação, melhor especificação e compreensão do que se entende como patológico, não se pode ignorar que é justamente a indústria farmacêutica quem financia grande parte das pesquisas e eventos educativos na área, influenciando a produção científica. (Elliot, 2010)

Nesse paradigma a escuta torna-se mais focada em identificar problemas indexados a uma racionalidade anterior. A queixa escolhida pela anamnese tradicional é somente a "principal". Ainda assim, em até 50% das vezes, médicos e usuários discordam sobre esse problema "principal" por desconexão entre suas percepções de prioridade sobre o agravo de saúde, denotando uma assimetria da relação entre ambos. (Burack, 1983) Outro estudo demonstrou que a consulta centrada no médico é capaz de revelar apenas 6% dos diagnósticos de esferas psíquicas e sociais, enquanto que em cerca de 70% das vezes o médico interrompe o usuário em média a cada 18 segundos por consulta. (Beckman *et al*, 1984)

Os limites do paradigma biomédico também são revelados em estudos que apontam a existência de um heterogêneo espectro de possibilidades relativas aos tipos sintomatológicos mais frequentes. As causas, evolução e desfechos de um público que recebeu um mesmo diagnóstico dependem da inter-relação dinâmica de fatores genéticos, biológicos, psíquicos, pessoais, socioculturais e contextuais. (Strauss, 1974, Davidson, 2003). Os dados referentes ao curso e desfecho de um determinado tipo de adoecimento variam enormemente de país a país, de cultura a cultura.

Neste contexto, **do ponto de vista dos usuários**, inicia-se todo um movimento de questionamento da visão mecanicista clínica. no campo da saúde mental, significa que ao receber um diagnóstico, o curso de sua vida está profeticamente traçado. Davidson (2004) descreve este movimento denominado de *recovery*. Surge por volta de 1970, nos Estados Unidos, o *Mental Health Consumer/Survivor Movement*, movimento político e social de usuários que advogam por uma visão mais otimista e menos deficitária dos transtornos mentais, mais especificamente, a esquizofrenia. Partindo da crítica ao modelo “krapeleniano”, baseando-se em suas experiências de vida, os usuários defendiam a ideia de que as pessoas com problemas mentais não se reduzem à doença e que, por isso mesmo, tem a capacidade de tomarem decisões sobre suas vidas e de falarem em seu próprio favor. No *recovery*, os usuários passam a advogar por uma visão que seja pessoalmente fortalecedora (*empowerment*) e mais otimista de suas vidas.

Os usuários engajados no seu *recovery* pessoal utilizam várias estratégias, como: grupos de auto-ajuda, grupos de ajuda e suporte mútuos, cursos sobre seus transtornos e medicamentos, produção de materiais informativos sobre suas condições e militância política em favor da redução do estigma associado aos transtornos mentais. Valorizam também a experiência subjetiva dos usuários, e pressionam para a incorporação dos relatos em primeira pessoa (*first person accounts*) nos sistemas, serviços e programas de saúde mental. A ideia de *recovery* não supõe a eliminação de um mal, a remissão completa dos sintomas,

ou o retorno a um estado pré-mórbido. Nessa perspectiva, o termo *in recovery* refere-se a um processo complexo de crescimento e fortalecimento pessoal, que envolve outras pessoas do contexto social mais amplo e que está sujeito a idas e vindas, a avanços, retrocessos e recaídas. (Ridgway, 2001)

A partir do pressuposto de que *recovery* é uma dimensão da própria experiência de adoecimento, Davidson (2004) e outros autores (Deegan, 1995, Noiseux, 2010) cartografaram diferentes atitudes, experiências de vida, que contribuem para o *recovery* pessoal: 1) a redefinição do sentido de si (*sense of self*); 2) a aceitação da doença; 3) a superação do estigma; 4) a renovação da esperança e da coragem diante da vida; 5) a conquista dos direitos e da cidadania; 6) a (re)tomada do controle e responsabilidade pela vida; 7) as estratégias de existência; 8) o manejo dos sintomas; 9) a importância do tratamento no processo de *recovery* e 10) a ajuda e o suporte de outras pessoas da rede social. Em suma, significa um posicionamento em relação à vida, ao mundo e um modo de lidar com o adoecimento.

Surgiram, principalmente nos países anglo-saxões, práticas clínicas, programas e serviços de saúde, atividades de ensino e pesquisa, orientados pela noção de *recovery*. Elaboraram-se, inclusive, métodos alternativos e menos tradicionais de pesquisa em saúde mental, geralmente baseados nas experiências/narrativas e auto-relatos das pessoas que vivenciam o adoecimento com um diagnóstico de esquizofrenia.

Se por um lado, o *recovery* (movimento e teoria) representou uma forma de resistência ao modelo clínico corrente, outros paradigmas surgiram com esta mesma tendência. **Do ponto de vista dos profissionais do campo** da saúde, temos teorias como a *clínica centrada na pessoa*, também de origem anglo-saxã e a *clínica ampliada*, desenvolvida por Campos (2000), no Brasil.

As formulações de Campos (2000) apontam para a necessidade de ampliação das práticas de saúde, buscando incorporar os diferentes aspectos que incidem na constituição de sujeitos e coletivos. O conceito de *coprodução*

proposto pelo autor é bastante apropriado para pensar a singularidade do sujeito – individual e coletivo – e para lidar com a permanente inter-relação das diversas variáveis que o influenciam. A clínica do sujeito é ampliação e não troca – seu objeto de estudo é a síntese dialética entre o sujeito e sua doença. Faz, ainda, uma leitura da clínica, vista pelo olhar da saúde coletiva, em três dimensões: a oficial (ou hegemônica), preocupada com a doença; a degradada, que é a oficial degradada por interesses econômicos ou desequilíbrios de poder; e a clínica ampliada ou do sujeito. Defende que o desafio é passar do campo das certezas, de regularidades mais ou menos seguras (padrões) para o campo da imprevisibilidade da vida cotidiana, reconhecendo os limites de qualquer saber estruturado.

O mesmo autor (Campos, 2003a) coloca a clínica como arte e faz o contraponto de que, se lidamos com vidas, devemos dar importância ao conhecimento disponível sobre os aspectos genéricos dos processos saúde-doença-atenção. Valoriza o saber das regularidades possíveis (conhecimento sistematizado disponível), mas relativiza a supremacia como tem sido colocado, inclusive na forma de protocolos. Amplia, assim, a perspectiva da saúde para a ação, além dos determinantes, e reforça a importância de aprender com a variação e com o singular: saber escutar, decidir ponderando, ouvindo, expondo incertezas e compartilhando dúvidas. Ou seja, os saberes estabelecidos são bem-vindos desde que haja espaço para se duvidar deles.

É exatamente neste embate de paradigmas que surge uma experiência original...

Historia da GAM

A Gestão Autônoma de Medicação é uma proposta na gestão do uso de psicofármacos que se iniciou em Quebec/Canadá, na década de 1990. Ela emergiu a partir da problematização realizada por movimentos sociais acerca do uso de psicofármacos. Quebec possui uma história de participação popular e

construção de uma política de ação comunitária na saúde que possibilitou o surgimento de práticas alternativas aos modelos de clínica correntes desenvolvidos pelo Estado. A história dos movimentos associativos de usuários nessa região, assim como em todas as culturas anglo-saxônicas, está ligada à construção do conceito de *recovery*, como explicado anteriormente.

Desde a década de 1970, quando aquele país vivia uma grande ebulição de movimentos sociais (movimento separatista, movimento indígena, movimento feminista, movimentos de defesas dos direitos humanos, etc.), surgiram os primeiros movimentos que propunham tratamentos alternativos à abordagem biomédica na saúde. Nesse mesmo período, surgiu também a luta social por um sistema único de saúde universal e público. Seguindo a tendência de várias realidades nacionais, a luta pela constituição de um sistema único de saúde coincide com os momentos históricos de lutas sociais por direitos humanos, como foi o caso do Brasil, onde o movimento reivindicação pelo SUS se sobrepôs à reivindicação pela redemocratização. (Fleury, 2004)

O Sistema Nacional de Saúde do Canadá foi constituído, após uma série de legislações, no início da década de 1970. Cada província canadense tem a responsabilidade de estruturar sua rede provincial pública de saúde baseados em preceitos federais da equidade, territorialidade e universalidade. Assim, a *Régie de l'Assurance Maladie du Québec* (RAMQ), ou seja, o sistema de saúde único do Quebec, foi organizado ampliando-se a atenção à saúde pela diversificação de equipamentos, investimento na atenção primária e, no caso da saúde mental, iniciando um movimento de reforma, que, assim como no Brasil anos depois, visava a substituição de um modelo hospitalocêntrico por um de base comunitária. (Dorvil, 2005)

A ampliação da rede de saúde mental constituiu-se na diversificação de serviços intermediários, ou seja, equipamentos que prevenissem a internação e assumissem a linha de cuidado ambulatorial de casos mais graves. Estruturaram-se centros de crises territoriais, apartamentos supervisionados, serviços de abrigamentos provisórios, equipes de saúde mental na atenção primária,

cadastro de famílias acolhedoras para usuários com problemas graves de saúde mental, etc. A expansão dessa rede nas décadas de 1980 e 1990 deu-se já nos auspícios das políticas neoliberais vigentes. Logo, ela ocorreu por meio de OSBL (*Organisme Sans But Lucratif*), similares às OSS (Organizações Sociais de Saúde) brasileiras, com a diferença que as primeiras eram vinculadas aos hospitais públicos estatais. (Fleury M *et al*, 2002)

Dessa forma, o sistema público de saúde canadense passou por diversas reformas que culminaram na transformação do papel do Estado. As atividades estatais alinharam-se às “boas normas gerenciais” da tradição das empresas privadas. As relações entre serviços de saúde e trabalhadores gradativamente se modificaram visando melhor eficiência e menor custo dos serviços prestados. Estabeleceram-se metas, indicadores, protocolos, ações baseadas em evidências científicas e flexibilização administrativa para contratações de trabalhadores. (Fleury, 2004)

O Estado Gerencialista (*L'Etat Menégeral*) influenciou as práticas clínicas de todos os serviços de saúde. Pressionados por uma lógica produtivista e, tolhidos em sua criatividade pelos inúmeros protocolos existentes, os profissionais de saúde passaram a desenvolver uma clínica mais burocratizada. Isto foi percebido pelos diversos movimentos de usuários. Em sequência, o movimento comunitário cidadão de saúde se fortaleceu, exigindo uma atenção à saúde mais inclusiva no que diz respeito às decisões dos usuários. Com isso, várias associações e serviços comunitários de saúde surgiram. Em 1982, diferentes organizações comunitárias dessa natureza se uniram para formar o “*Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec-RRASMQ*”, com o intuito de reforçar o paradigma comunitário na prática da reinserção social. (White, 1994)

A sociedade civil quebequense desenvolveu um paradigma de políticas públicas de atenção psicossocial paralela ao Estado. A “ação comunitária”, é um movimento que nasceu a partir da iniciativa dos cidadãos (contou com o apoio de parte da comunidade acadêmica), com o intuito de oferecer atividades e serviços voltados à oferta de suporte ao indivíduo, com o ativismo próprio do que é

chamada por eles de “participação cidadã na saúde”. As intervenções no campo dos direitos humanos e do desenvolvimento de serviços alternativos surgiram como um ponto contra o modelo único de sistema de saúde patrocinado pelo Estado. (Tungeon J, 2007)

Após vários anos de consulta e discussão com a comunidade, só na década de 2000, o governo reconheceu o papel das organizações comunitárias autônomas nas políticas sociais. Nasceu assim a “*Política de Ação Comunitária*”. Nela, o governo criou uma linha de financiamento para o desenvolvimento autônomo da intervenção cidadã nas políticas públicas, assim como estabeleceu regras claras definindo o que é uma “organização comunitária”. Por exemplo, uma organização comunitária de saúde mental para receber financiamento do Estado não pode ser religiosa, seus integrantes não podem ter vínculos com o Estado, devem ter raízes e projetos na comunidade local, etc. (Quebec, 2002) O fato de existir uma rede de serviços que nasce da iniciativa própria da sociedade civil, reforça a perspectiva de intervenções que visam a transformação das condições de vida e que levam em consideração a participação democrática nos rumos destas. Este tipo de organização pró-ativa, com raízes na comunidade, é uma contribuição vital para o exercício da cidadania e desenvolvimento social de Quebec. (Fleury M, 2004)

É no seio dessa estrutura que nasce a estratégia da gestão autônoma da medicação, a GAM. Os movimentos de “*survivors*”, ou melhor, “*cidadãos sobreviventes à psiquiatria*”, que compunham a rede desses serviços alternativos comunitários e de defesa dos direitos humanos, trouxeram à tona diversos questionamentos quanto às práticas de saúde mental na província. Os principais questionamentos eram os seguintes: a falta de informação sobre os remédios prescritos; os efeitos indesejáveis decorrentes do uso de medicamentos; a persistência do sofrimento a despeito do tratamento medicamentoso; dificuldade em retornar ao mercado de trabalho e o desejo dos usuários de viver sem os remédios. (Rodriguez & Perron, 2008)

Desenvolveu-se, assim, um projeto para lidar com estas questões com apoio dos movimentos de usuários de serviços de saúde, agrupamento de serviços alternativos em saúde mental do Quebec (RRASMQ) e pelo movimento de defesa dos direitos em saúde mental de Quebec (AGIDD-SMQ). O propósito da estratégia GAM era, e ainda é, a criação de espaços nos quais se possa falar sobre a medicação e refletir sobre seu uso com vistas ao alcance de uma qualidade de vida mais satisfatória. (Rodriguez, Perron 2008) A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, e pressupõe como fundamental, o diálogo e a troca entre os atores envolvidos nos tratamentos em saúde mental.

No início, os idealizadores questionavam a medicação em si, mas logo a questão deslocou-se para o reconhecimento de que havia um sofrimento já existente antes da medicação e, assim, o eixo já não era mais a suspensão da medicação, mas na partilha do significado de sua utilização. A proposta era que os usuários tivessem acesso às informações sobre seus tratamentos e, por conseguinte, teriam condições de reivindicar pelos seus direitos. Os usuários seriam instigados a dialogar sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre a rede social de cada indivíduo e sua qualidade de vida.

Illich (1975) já apontava que a transformação de situações corriqueiras, ou variações cotidianas em objeto de estudo da medicina estigmatizava as pessoas, gerava medo, insegurança e dependência de serviços médicos. Reconhece-se, que a medicação possui um valor simbólico maior do que apenas os atribuídos pelos signos técnicos da medicina. Debater estes valores, portanto, é uma demanda desta mobilização dos usuários.

O movimento de usuários que desenvolveram/desenvolvem a GAM em Quebec, em parceria com grupos acadêmicos, realizaram pesquisas sobre o tema. Nelas, percebeu-se que, para alguns, a medicação psiquiátrica contribuía para reduzir o sofrimento. Frequentemente, longos percursos de pedido de ajuda e

de prescrições de medicamentos precediam a obtenção da informação sobre o tratamento. Outros desejariam viver com menos medicamentos, ou encontrar o tratamento, ou dosagens que permitiriam reduzir os efeitos secundários. Finalmente, alguns desejam viver sem tratamento farmacológico e encontrar alternativas terapêuticas. (Rodriguez, 2007) Sendo assim, a resposta não poderia ser única, nem na direção de retirar os medicamentos, nem na direção de reforçá-los, mas sim, cada situação deveria ser escutada e apoiada individualmente.

Em 1999 foi criado no Quebec, um projeto piloto para a implantação da GAM, englobando dez serviços alternativos. A partir desse projeto piloto foi realizada uma avaliação da GAM, que levou à criação de uma ferramenta denominada “Meu Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação da Alma”, que era utilizada pelos usuários de serviços alternativos canadenses que desejam repensar o uso da medicação. O guia em si, organizado em passos, estimulava, a partir de perguntas, que os participantes refletissem sobre os conhecimentos que possuem sobre seus próprios tratamentos, a partir de suas experiências.

Em 2007, o governo da província de Quebec apontou a iniciativa da gestão autônoma da medicação como uma boa prática na área de saúde e incentivou essa estratégia nos planos governamentais da saúde mental. Nesse mesmo ano, o RRASMQ realizou um congresso internacional para divulgar práticas alternativas na área de saúde mental, e indicou a estratégia da GAM como uma das principais. Nesse momento, o grupo de pesquisa brasileiro *saúde coletiva e saúde mental: interfaces* teve contato com a proposta e decidiu trazê-la ao país.

No Brasil

Entre 2008 e 2010, uma pesquisa multicêntrica envolvendo UNICAMP, UFF, UFRJ e UFRGS designada “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” foi realizada nos municípios de Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ) e

Novo Hamburgo (RS). Esta pesquisa teve como objetivo traduzir, adaptar e testar o Guia canadense da GAM em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Pelo estudo, constatou-se uma falta significativa de espaços para informação e reflexão sobre a medicação nos CAPS participantes da pesquisa. Também evidenciou diversas dificuldades dos trabalhadores para apoiarem os usuários em relação a um tema tão relevante e de tamanho impacto nos seus dia-a-dia. Os usuários trouxeram a necessidade de envolver os trabalhadores dos serviços na estratégia GAM, pois diferentemente dos usuários quebequenses a balança de forças políticas lhes eram desfavoráveis. Relataram que, de pouco adiantava serem extremamente seguros de seus direitos, se aqueles que representam o Estado (no caso, os profissionais de saúde) não fossem sensíveis a eles. Assim, esta pesquisa revelou que há uma tensão, ou contradição, reinante nos serviços, com persistência do estigma e manejos tutelares, que se ancoram ainda na suposta “falta de racionalidade” dos pacientes diagnosticados com transtornos mentais graves. (Onocko Campo, 2012)

O Guia de Gestão Autônoma da Medicação brasileiro adaptado (Guia GAM-BR) é composto de cinco passos. Ao longo da leitura, o usuário é conduzido a uma reflexão acerca do modo como o medicamento psiquiátrico passou a fazer parte de sua vida, sobre seus direitos como usuário da rede de saúde mental, sobre a sua experiência com a medicação, sobre sua rede de apoio e sobre as possibilidades de tratamentos alternativos aos quais ele pode vir a ter acesso. O fio condutor, ao longo da discussão em todos esses temas, está relacionado a uma valorização da experiência do usuário e ao aumento do controle pessoal sobre o uso do medicamento, contando para isto com o apoio dos profissionais de saúde e da rede de apoio.

No primeiro passo, com a seguinte frase, os participantes iniciam os trabalhos: “Sou uma pessoa, não uma doença”. Ela indica o quanto as pessoas que adoecem passam a serem reduzidas aos seus sintomas e que, de uma doença, não se pode esperar participação. Ao fim desse processo, no quinto e último passo, de nome “Facilitando o Caminho”, há uma revisão dos temas

propostos de modo a promover uma tomada de “Decisão” por parte do usuário, imprimindo nele a tarefa de assumir e participar dos rumos do seu tratamento.

Enquanto no Canadá, as atividades da estratégia GAM se fazem em paralelo aos equipamentos do Estado, nos chamados “serviços alternativos” e nos grupos de defesa dos direitos dos usuários, no Brasil, a discussão foi experimentada dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamentos de saúde mental do SUS. A diferença entre a discussão canadense e a brasileira pode ser melhor compreendida se considerarmos as diferenças entre os movimentos de Reforma Psiquiátrica (RP) em curso nos dois países.

No Canadá, a RP foi uma tensão entre a sociedade civil organizada e um Estado forte, neoliberal, mas ao mesmo tempo empurrado ao Bem Estar Social. No caso brasileiro, o processo se iniciou a partir dos profissionais da área que denunciavam as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos e se solidificou com a fundação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em fins dos anos 1970. (Ramos, S, 2004) O MTSM era um movimento supraprofissional de “trabalhadores em saúde mental”, afiliados à tradição sindical. Além disso, o MTSM se autocaracterizava por ser “múltiplo e plural”, isto é, por articular não só profissionais de todas as categorias, mas simpatizantes não-técnicos. Ele lutava por mudanças legais e estruturais que garantissem uma rede de serviços que produzisse maiores graus de autonomia dos sujeitos, em produzir saúde, melhores condições de vida e de bem estar.

Este processo de pressão social culminou, em 2001, na aprovação da lei 10.216, também chamada lei da reforma psiquiátrica brasileira. Dentre os principais direitos dispostos na lei 10.216 estão o tratamento preferencialmente em equipamentos de saúde comunitários e a internação, exclusivamente quando recursos extra-hospitalares forem insuficientes, o direito ao sigilo nas informações prestadas e o direito ao acesso ao maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento. A partir de 2002, acelerou-se o fechamento de diversos hospitais asilares e abertura de uma rede substitutiva às internações, de base estatal, territorializada e mais próxima da comunidade.

A transformação da rede de saúde mental brasileira, a partir da multiplicação territorial dos serviços, aliada ao marco legal do SUS, que obriga a participação popular em todos os serviços públicos de saúde, garantiu um aumento da participação popular na política pública de saúde brasileira de um modo mais capilarizado. Por outro lado, levou à captura de diversos integrantes desse movimento para postos estratégicos no aparelho estatal. Dessa forma, no Brasil, os movimentos de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial foram liderados por profissionais de saúde, e suas atividades são predominantemente centradas, até hoje, na militância política direta. (Borges C, 2008)

Assim, enquanto o arcabouço legal foi bem constituído, há ainda um hiato grande entre o escrito e a prática em respeito ao cumprimento desses direitos. O Ministério da Saúde, por exemplo, fornece cartilhas explicativas sobre direitos dos usuários, mas elas são pouco acessadas pelos usuários e profissionais. A “Carta dos direitos dos usuários da saúde” (Brasil, 2006) apresenta de forma didática os principais direitos referendados pela lei 8080/90: atendimento de qualidade, participação popular, respeito às singularidades e equidade.

De maneira incipiente, ainda, os usuários de serviços de saúde mental têm desenvolvido práticas para o enfrentamento de mudanças advindas do sofrimento psíquico. Dentre elas, destaca-se a criação de associações comunitárias de defesa de direitos, principalmente nos grandes centros, e de grupos de ajuda entre pares. Em outro plano, os movimentos populares locais de saúde articulam-se na criação de “cartas de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental”, para sugerir aos legisladores e trabalhadores de saúde mental procedimentos específicos para controlar os poderes institucionais mais verticais. (Vasconcelos, 2007)

Portanto, no Brasil, a luta pelos direitos de uma população à margem da sociedade, como os usuários de serviços de saúde mental, ainda traz um embrionário protagonismo dos usuários. Os movimentos existentes, apesar de plurais, possuem predominância de trabalhadores da saúde ou representantes de categorias profissionais na sua organização e liderança. Em muito já se avançou

em termos de marcos legais, mas avanços mais concretos, esbarram na grande desigualdade social e histórica expropriação de poder imposta às classes mais baixas do país. Isso apenas reforça a importância de arranjos que estimulem a cidadania e à busca por maiores direitos, como é o caso da gestão autônoma da medicação.

Outra diferença importante entre o contexto canadense e o brasileiro diz respeito ao acesso à medicação psiquiátrica. No Canadá, o acesso à medicação é um direito garantido pelo Estado. Partindo de uma realidade na qual ter acesso às variadas medicações não é um problema, o questionamento acerca do uso desta, toma outra conotação. No Brasil, diferentemente, o acesso à medicação ainda não se faz universal na realidade vivida pelos usuários, logo, a questão mais premente, em alguns casos, continua sendo como obter o medicamento.

Devido a toda diversidade cultural abordada aqui, o processo de adaptação cuidou de incluir recortes de falas de usuários brasileiros, no lugar dos trechos canadenses. Bem como, modificou integralmente o teor da segunda parte do guia canadense, o qual orientava a reduzir ou interromper o uso do medicamento. Entre outras razões, percebeu-se que essa temática não era uma questão importante para os usuários brasileiros. Pelo contrário, usuários participantes das primeiras intervenções GAM indicavam os medicamentos como fundamentais, e manifestavam o anseio de mais diálogo com seus médicos. (Onocko Campos, 2012)

Portanto, a tônica construída na abordagem brasileira à Gestão Autônoma da Medicação foi a da **gestão compartilhada da medicação**. Apesar do grupo canadense também apostar no diálogo entre usuários e equipe de referência, seus autores são enfáticos em afirmar que, seu principal objetivo é o de levar as pessoas a se aproximarem de uma medicação que lhes convenha, e se integre a um processo mais amplo de melhoria. No Guia GAM-Br, a autonomia é entendida como uma cogestão, de acordo com os princípios de que a decisão quanto ao melhor tratamento se faz em uma composição entre os saberes, do usuário e da

equipe de referência. Numa gestão compartilhada do cuidado é que o exercício de negociação engendra processos de autonomia.

O conceito de cogestão ou gestão compartilhada se alinha ao conceito de autonomia implicado no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Na perspectiva de Campos (2000), a cogestão envolve a negociação entre diferentes atores que possuem forças sociais diferentes. Quanto mais vínculos e maior rede de relações as pessoas estabelecem, maior sua autonomia e logo maior poder de interferência na construção conjunta da realidade. A gestão compartilhada do cuidado possibilita o desenvolvimento de uma competência coletiva, fundamental para a produção de saúde dirigida às necessidades da população. Havendo, desse modo, um reposicionamento dos sujeitos na experiência concreta da produção de realidade, corresponsáveis, assim, por sua própria história. (Passos et al, 2005)

A produção de saúde, portanto, está diretamente relacionada com a produção de subjetividade e com a gestão dos processos de trabalho e clínica. (Campos, 2000) As práticas de saúde acontecem entre pessoas e interferem nos modos de viver dessas pessoas. A GAM utiliza como fio condutor temas como: reflexão sobre si mesmo, seu dia-a-dia, relacionamentos, efeitos dos medicamentos em sua vida, rede de apoio e direitos de quem faz tratamento. Abre-se espaço para a criação de novas relações entre os usuários e a equipe de saúde, e o cuidado compartilhado permite um reposicionamento subjetivo dos trabalhadores e dos usuários.

OBJETIVO GERAL

Examinar os efeitos da participação em grupos GAM nos profissionais da rede de serviços de saúde de Campinas (SP) e Amparo (SP).

Objetivos Específicos

- Verificar se houve mudanças no conceito e nas percepções sobre a autonomia do usuário.
- Investigar se houve mudanças sobre a percepção do conhecimento sobre medicamentos e sobre os direitos dos usuários.
- Analisar as percepções dos trabalhadores em relação aos usuários após a vivência GAM.
- Averiguar se houve mudanças de posições do entrevistado frente ao usuário após a vivência GAM.
- Descrever e analisar o trabalho com o Guia e com o Grupo GAM.

METODOLOGIA

Uma Pesquisa Intervenção

O trabalho dedicado a esta tese de doutorado fez parte de um estudo maior, que tinha como objetivo observar se a participação em grupos GAM, por profissionais da rede de saúde, promoveria reflexões neles sobre a autonomia dos usuários de serviços de saúde em relação aos seus tratamentos. Trata-se de uma pesquisa intervenção, pois este projeto incitou nas redes de saúde de Campinas e Amparo o desenvolvimento de grupos com a participação de trabalhadores, estudantes da área de saúde e usuários de serviços que utilizaram a estratégia da gestão autônoma da medicação como metodologia de trabalho. A questão

principal do trabalho era se essa experiência promoveria reflexões sobre o reconhecimento da autonomia dos usuários frente aos seus tratamentos medicamentosos.

Na saúde mental brasileira, diversos estudos apontam que, independente do avanço da Reforma Psiquiátrica, a medicalização se mantém como prática não reformada, que pouco se alterou frente às propostas de substituição do modelo de atenção em saúde mental. A hospitalização e a “renovação de receitas” sem a avaliação presencial dos usuários são respostas comuns, na ausência de outras, diante das demandas que aportam ao sistema (Onocko Campos, 2011)

Ademais, o que se percebe no Brasil, é que os usuários da saúde mental são pouco ou raramente ouvidos. A experiência singular e o significado do uso de medicamentos psicofármacos para a pessoa envolvida, raramente são levadas em conta. A participação dos usuários nas decisões acerca do tratamento restringe-se, muitas vezes, ao mero relato de seus sintomas (Lopes TS et al, 2012, Onocko Campos RT et al, 2012, RRASMQ, 2006). Portanto, o baixo *empowerment* - aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais (Vasconcelos, 2007) - que os usuários dos serviços possuem em relação ao seu tratamento, com pouca apropriação de informação e centralização do poder nos profissionais de saúde, torna a prática clínica mais vulnerável à economia de mercado e ao complexo médico-hospitalar (Conrad, 2004). Daí a importância do protagonismo dos usuários na assunção de suas vidas e seus tratamentos, ou projetos terapêuticos, são parte disso.

Pesquisas anteriores que utilizaram a estratégia GAM como ferramenta de *empowerment* dos usuários frente aos seus tratamentos (Onocko Campos, 2012) relataram, como já mencionado anteriormente, o quanto era frustrante aprenderem e discutirem sobre uma série de direitos que possuíam no campo da saúde, enquanto os serviços onde faziam tratamento os desconheciam. Apontaram fortemente a necessidade de pesquisas que envolvessem temática semelhante, incluindo os trabalhadores da saúde como participantes dos grupos GAM.

A partir dessa demanda, desenhamos uma pesquisa onde analisamos os efeitos da vivência nos grupos GAM nos trabalhadores, e ao mesmo tempo desenvolvemos uma estratégia de intervenção nos serviços de saúde. Assume-se assim, o caráter de uma pesquisa intervenção, pois faz parte do rol de pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades, assumindo uma intervenção de caráter sócio-analítico.

A construção de um desenho de pesquisa-intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas. Com ela, pretende-se também atuar de forma transformadora na realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. A pesquisa-intervenção convoca à uma "atitude de pesquisa", que radicaliza a ideia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado, considerando que essa interferência não se constitui em uma dificuldade própria às pesquisas sociais, em uma subjetividade a ser superada ou justificada no tratamento dos dados, configurando-se, antes, como condição ao próprio conhecimento (Santos, 1987, Stengers, 1990).

A pesquisa afirma, assim, seu caráter desarticulador das práticas e dos discursos instituídos, inclusive os produzidos como científicos, substituindo-se a fórmula "conhecer para transformar" por "transformar para conhecer". (Coimbra, 1995) O Projeto que iremos detalhar mais adiante contou com essa insígnia, onde os sujeitos da pesquisa foram na verdade os condutores da intervenção proposta. Trabalhadores da saúde, tanto da atenção primária, como de Centros de Atenção Psicossocial, após capacitação, foram os moderadores dos grupos que utilizaram a gestão autônoma da medicação como metodologia-guia.

Dessa forma, entendida como uma ação que visa a mudanças na realidade concreta, com uma participação social efetiva, a pesquisa-intervenção está centrada no agir, através de uma metodologia exploratória, tendo seus objetivos definidos no campo de atuação pelo pesquisador e pelos participantes (Thiollent, 1987). Seus resultados estão vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos, nas situações de vida imediata e na participação coletiva, para a

mudança da ordem social. O que se procurou nas entrevistas realizadas após a vivência desta intervenção foi exatamente em que medida a ação vivida foi transformadora aos seus participantes.

Escolha e caracterização do campo de pesquisa

As cidades e serviços escolhidos para o estudo foram aquelas nas quais a Universidade Estadual de Campinas possuía campos de estágio para os programas de residências e aprimoramento na área de saúde. Como o intuito do estudo era inserir não apenas trabalhadores, mas, também estudantes em formação nos grupos GAM, utilizou-se esse critério na inclusão dos campos. As cidades onde o estudo transcorreu foram Campinas (SP) e Amparo (SP).

A cidade de Campinas possui pouco mais de um milhão de habitantes e divide-se em cinco distritos sanitários (DS) que administram as redes de saúde de suas referências. Devido ao seu tamanho e complexidade em termos de aparelhos de saúde, possui uma das mais desenvolvidas redes de saúde mental do país, contando com 8 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, 3 CAPS Álcool e Drogas e 2 CAPS Infantis. Os CAPS são serviços de saúde mental, abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde. Os CAPS tipo III são destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, possuindo capacidade para internações de curta permanência no próprio serviço. Além disso, o município possui 11 Centros de Convivência que são serviços comunitários abertos a toda população e que oferecem às pessoas, com ou sem transtornos mentais, espaços de sociabilidade, de educação e produção cultural. Bem como, uma equipe de saúde mental para atenção primária a cada 30.000 habitantes está presente em 30 unidades básicas de saúde para o apoio às equipes de saúde da família. Por fim, a rede de saúde mental possui 40 leitos para internação em hospital geral, um hospital psiquiátrico com 76 leitos e um consultório de rua. (Campinas, 2013)

Apesar da complexidade da rede de saúde mental, o município sofre com uma baixa cobertura na atenção primária. A cobertura da estratégia de saúde da família, seguindo o modelo de equipe mínima do ministério da saúde, equivale a 42% da população e o número de agentes comunitários de saúde chega a 25% do estabelecido como necessário. Cabe salientar que os serviços alvo para o desenvolvimento da estratégia GAM foram tanto os CAPS como os Centros de Saúde da atenção primária do município. O município é campo de estágio para diversos programas de aperfeiçoamento profissional em saúde, incluindo os programas de residência em saúde coletiva da UNICAMP e o então aprimoramento em saúde mental da mesma universidade.

O município de Amparo (SP), também possui campos de estágio (núcleo de saúde da família) que a UNICAMP utiliza, motivo pelo qual também foi escolhido para o estudo. Trata-se de um município a 102 Km de Campinas (SP) com uma população de 65.670 habitantes. Apesar de ser um município pequeno, possui uma ótima cobertura de saúde na atenção primária. Essa cobertura atinge 96% da população com um número de agentes comunitários de saúde próximo do ideal, 98% dos agentes necessários para a cidade, segundo dados do ministério da saúde, são contratados e atuantes. Além disso, a cidade conta com um CAPS e um hospital psiquiátrico. (Amparo, 2013)

Tabela 1: Programas de ensino Interessados em participar da pesquisa-intervenção.

Universidade Estadual de Campinas Programa de Residência em Saúde Coletiva Programa de Residência em Saúde da Família Programa de Aprimoramento em Saúde Mental

Complexo Hospitalar Ouro Verde Programa de Residência em Psiquiatria
--

Assim, a proposta da pesquisa-intervenção foi inicialmente apresentada a esses dois municípios, com potencialidade de ser desenvolvida em todos os

serviços que a UNICAMP tivesse campos de estágio. Outra instituição de ensino, o Complexo Hospitalar Ouro Verde, teve interesse no projeto e estimulou a participação dos residentes de psiquiatria, cujos estágios acontecem nos serviços da rede de saúde mental do município. O processo de “entrada no campo” foi lento e gradual, como veremos a seguir.

Negociações e implantação da Intervenção

Como toda pesquisa intervenção, a negociação de sua implantação com o campo foi um processo longo. Na pesquisa de adaptação da estratégia GAM anterior (Onocko Campos, 2012) já tínhamos a experiência de quão essa abordagem era considerada radical por diversos profissionais. Houve, por exemplo, coordenadores de alguns serviços, nos quais a intervenção GAM seria desenvolvida, que não aceitaram a proposta. Outros, pediram para fazer modificações no material antes que o mesmo fosse apresentado aos usuários. Há o temor, por parte dos trabalhadores de serviços de saúde mental, sobre a maneira como devem ser fornecidas as informações ao usuário.

Assim, o primeiro passo foi apresentar o conceito da estratégia GAM aos trabalhadores e estudantes dos serviços selecionados. Entre os meses de março e abril de 2011, com o auxílio e divulgação das secretarias de saúde de Campinas e Amparo, quatro encontros de sensibilização foram realizados com diferentes públicos:

(A) encontro com residentes de psiquiatria do Hospital Ouro Verde, aprimorandos de saúde mental e residentes de medicina preventiva da UNICAMP;

(B) encontro com residentes de saúde da família da UNICAMP;

(C) encontro com trabalhadores da rede de CAPS e de centros de saúde de Campinas; e finalmente

(D) encontro com trabalhadores de CAPS e unidades de saúde da família de Amparo.

Nestes primeiros encontros de sensibilização, apresentamos a estratégia GAM como uma abordagem para emergência de espaços onde os usuários e trabalhadores pudessem falar sobre os medicamentos os quais fazem uso e/ou são prescritos. Esclarecemos que o objetivo seria propor aos usuários de psicofármacos uma reflexão sobre a qualidade de vida e sobre o lugar que o(s) medicamento(s) ocupa(m) no tratamento e no cotidiano de cada um. Assim como, esclarecemos sobre o que a gestão autônoma da medicação NÃO fala. Com o intuito de dissipar temores e preconceitos constatados na pesquisa anterior, deixamos claro que não se trata de estimular usuários a abandonarem seus tratamentos e muitos menos se automedicarem.

À medida que se estimula o diálogo sobre este tópico, ainda tabu da reforma psiquiátrica brasileira (e mundial), diversas questões relacionadas aos supostos direitos dos usuários em relação aos seus tratamentos aparecem. Experiências com esta metodologia em Quebec (Canadá) (Rodrigues, 2007) mostraram que a GAM coloca a pessoa no centro do processo de tratamento, a partir do reconhecimento do seu saber experiencial como base na sua própria vivência e sofrimento. 2

Questões como autonomia, direitos dos usuários e medicalização social foram o cerne do debate destes encontros de sensibilização. Sessenta e três pessoas ficaram interessadas em participar da pesquisa intervenção. Estes sessenta e três trabalhadores e estudantes eram provenientes de 12 serviços de saúde de Amparo e Campinas, de três programas de residência médica e de um programa de aprimoramento/especialização profissional, conforme discriminado na tabelas 2:

Tabela 2: Serviços Interessados em participar da pesquisa-intervenção.

Campinas-SP	Amparo-SP
CAPS Integração	USF Camanducaia
CAPS David	USF Brasil
CAPS Toninho	CAPS Amparo
CAPS Estação	
CAPS Novo Tempo	
UBS Rosália	
UBS Vista Alegre	
UBS Aeroporto	
UBS São Marcos	

Após a sensibilização, a proposta da pesquisa-intervenção foi apresentada às secretarias de saúde de Campinas e Amparo, assim como aos coordenadores dos programas de residência e aprimoramento anteriormente mencionados, para apreciação e aprovação da proposta. Ao mesmo tempo, o projeto foi apresentado ao comitê de ética da UNICAMP e ao comitê de ética do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira (responsável pela administração de todos os CAPS do município). A pesquisa, com aprovação pelo Comitê de Ética (sob parecer CEP de No 520/2011 e CAAE: 0448.0.146.000-11), respeitou os aspectos éticos e legais implicados no trabalho com pessoas, sobretudo usuários da rede de saúde mental e estudantes em formação nesta mesma área (Anexo 3).

Após esta primeira etapa, a todos os interessados foi ministrado um curso de capacitação sobre a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação. Este curso constituiu-se de 2 encontros, totalizando 6 horas. No primeiro encontro foram abordados os conceitos de autonomia e compartilhamento de decisões no tratamento, assim como o histórico da estratégia GAM desde seu início no Quebec até sua adaptação ao Brasil. Como atividade de dispersão para o primeiro encontro, foi entregue para cada aluno o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Anexo 1), com a tarefa de lê-lo e levantar as primeiras impressões para o debate no encontro seguinte.

O segundo encontro desta capacitação iniciou-se pelo debate que a leitura do Guia suscitou. Em seguida, abordou-se o tema de manejo de grupo, frisando-se o caráter horizontal que os grupos GAM deveriam ter. Incentivou-se, desta maneira, que o grupo não tivesse um caráter meramente de transferência de conhecimentos e sim de construção conjunta do saber. Sugeriu-se que os moderadores do grupo também participassem das dinâmicas propostas pelo Guia, com o intuito de apagar a barreira entre facilitador do grupo e participante. Assim, prezava-se que a dinâmica dos grupos GAM tivesse um caráter de cogestão (Rodríguez, 2007). A estruturação do guia encontra-se discriminada na tabela 3.

Tabela 3: Estruturação do GUIA GAM.

Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você
Perguntas sobre como cada um se identifica. Reflexão sobre estigma, a força do diagnóstico que cada um recebe, sua importância e suas limitações. "Sou uma pessoa ou uma doença?"
Segundo passo: observando a si mesmo
Perguntas baseadas no autoconhecimento e auto-mapeamento de si. Estimulo à discussão de como cada um cuida de si mesmo nos enfoques econômicos, sociais, de cuidados em saúde e etc.
Terceiro passo: ampliando a sua autonomia
Perguntas baseadas no mapeamento da rede de ajuda e suporte que cada um possui. Reflexões sobre os direitos que cada um possui e quais são eles.
Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos
Perguntas para estimular a identificação dos efeitos que os medicamentos psiquiátricos tem em cada um. Ao mesmo tempo que sublinha-se a importância da experiência singular de cada um para a procura do tratamento ideal, trabalha-se com conceitos de farmacodinâmica, farmacocinética e questões legais relacionadas ao uso de medicamentos
Quinto passo: por onde andamos
Utilizando-se do preceito cognitivo de realizar as mesmas perguntas com formatos diferentes, este passo é dedicado a retomar questões debatidas anteriormente de outros ângulos.
Sexto passo: planejando nossas ações
Planeja-se conjuntamente neste passo, como cada um ou o coletivo poderão levar as questões discutidas para os seus prescritores. Como criar um ambiente de construção compartilhada do tratamento de cada um. E finalmente como cada um pode assumir as decisões de suas vidas de forma coletiva e autônoma.
ANEXO (Informações adicionais)
Anexo 1: Informações sobre alguns medicamentos psiquiátricos Anexo 2: Informações sobre algumas interações medicamentosas Anexo 3: Informações sobre algumas plantas medicinais Anexo 4: Lei 10.216: Lei da Reforma Psiquiátrica.

Assim, no final da capacitação, o público alvo recebeu orientação sobre o formato preferencial das atividades em grupo, sobre a contextualização da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação e sobre as principais estratégias que podem ser utilizadas para promover o debate dos temas propostos pelo Guia. Nestes encontros, também foi combinado sobre os aspectos éticos dos estudantes e trabalhadores em relação aos grupos de intervenção. Por exemplo: garantia do sigilo e garantia da continuação ao tratamento, independente se os usuários participantes abandonarem a pesquisa-intervenção. O formato do grupo privilegiou o fomento da autonomia dos participantes, no sentido de estimular a inclusão do saber experiencial no modo como estabelecem a relação entre sujeito e mundo. (Leal, 2001)

Após a capacitação dos 63 indivíduos dos 12 serviços, o grupo de pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces”, do qual este pesquisador faz parte, prosseguiu para a pactuação com cada serviço de como a pesquisa intervenção iria se desenvolver. Neste ponto, houve a desistência do CAPS de Amparo, nos outros onze serviços, participamos de suas respectivas reuniões para apresentarmos a proposta e decidirmos em conjunto a forma de funcionamento de cada grupo.

A primeira decisão tomada foi quanto à composição de cada grupo. Decidiu-se que cada grupo seria composto por:

a) um a dois estudantes em processo de especialização na área da saúde (residente de psiquiatria, e/ou de saúde da família, e/ou de medicina preventiva e social, e/ou aprimorando de saúde mental). Esse estudante exerceu, em conjunto com o trabalhador do serviço de saúde onde a intervenção foi realizada, o papel de moderador do grupo e participou da capacitação anteriormente descrita.

b) um a três trabalhadores de saúde do serviço em que foi realizado o grupo GAM. Esse trabalhador exerceu, em conjunto com o estudante que estagiava no serviço de saúde onde a intervenção foi realizada, o papel de moderador do grupo e também participou da capacitação já descrita.

c) cerca de dez usuários, com os seguintes critérios de inclusão: (1) fazer uso de psicofármacos há pelo menos um ano, (2) estar inserido no serviço de saúde onde a intervenção GAM se desenvolveu, (3) não possuir prejuízo cognitivo grave e (4) concordar em participar da pesquisa-intervenção.

d) um pesquisador apoiador da pesquisa, que não participou diretamente do grupo GAM, porém ajudou os moderadores a organizar o início dos grupos, esclareceu dúvidas de manejo de grupo e facilitou a reflexão dos moderadores sobre a condução.

Sugeriu-se que os grupos fossem realizados semanalmente. Com base em pesquisas que utilizaram a estratégia GAM anteriormente, estipulou-se como meta, para cada operador, que as dinâmicas propostas pelo Guia se desenvolvessem entre 18 a 22 encontros, perfazendo um período de aproximadamente 6 meses. Os moderadores criaram condições para a circulação da palavra entre todos os participantes do grupo. Diversas dinâmicas para leitura e discussão foram utilizadas. Na maioria das vezes a dinâmica proposta era uma conversa sobre os temas presentes no Guia.

Tal período foi determinado com o intuito de evitar a quebra de continuidade do ritmo dos grupos, que aconteceria pelos recessos de fim de ano. A maior parte dos grupos ocorreu entre julho e dezembro de 2011.

Além disso, estipulou-se que haveria encontros bimensais entre todos os moderadores de grupos GAM. Estes encontros favoreceram trocas de experiências entre os diversos moderadores, além da possibilidade de uma supervisão coletiva da estratégia em cada um dos campos de pesquisa.

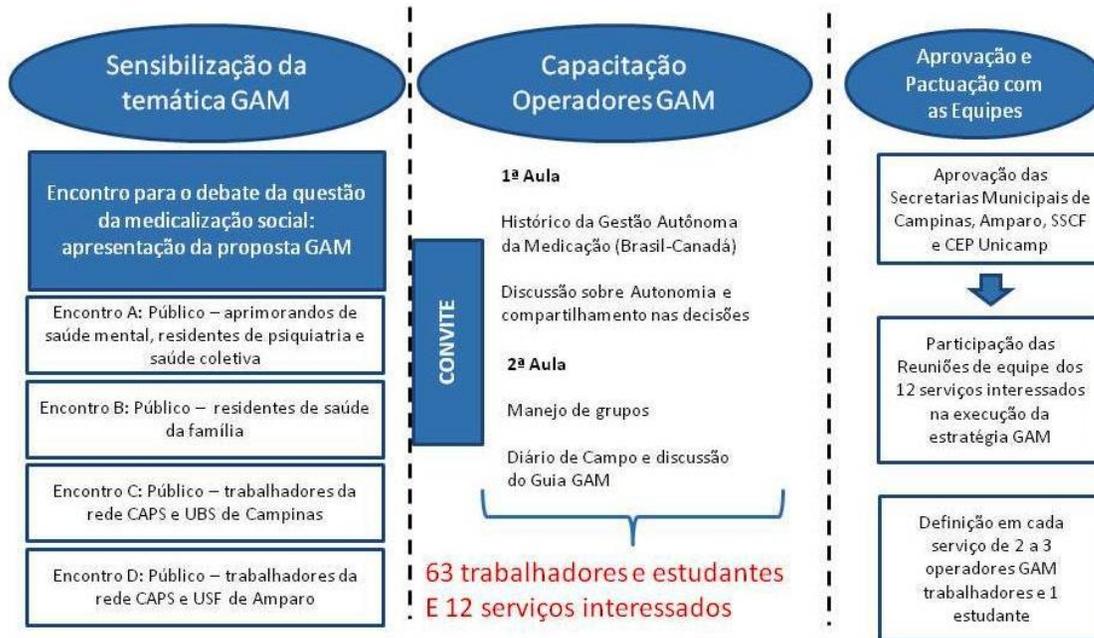


Figura 1: Etapas da entrada em campo.

Nas reuniões de equipe de cada um dos serviços de saúde, definiu-se tanto pela composição do grupo GAM, como pela maneira de convite dos usuários. Os pesquisadores participaram da reunião de equipe de todos os serviços e a decisão de quem participaria da intervenção foi realizada de maneira coletiva nestas reuniões. O convite para a participação dos usuários à pesquisa foi feito por estratégias coletivas diversas, adequadas às particularidades de cada serviço e envolvendo os cuidados éticos e critérios de inclusão mencionados anteriormente.

Por fim, cada pesquisador envolvido no projeto (ao todo três, sendo um deles este pesquisador) tornou-se referencia de 3 a 4 serviços para desempenhar uma função de apoio a estes grupos. Trabalhou-se com a noção de apoiador com o intuito de oferecer suporte, amparo e auxílio aos grupos em desenvolvimento e moderadores. Salienta-se o duplo papel do apoiador (Onocko, 2003): oferecer suporte à constituição do grupo e do espaço coletivo, valorizando os recursos e a potência dos sujeitos; ao mesmo tempo em que deve empurrar os moderadores

para atingir seus objetivos, trazendo as demandas externas e ofertando outros recursos.

Cada campo estabeleceu seu próprio combinado com o seu respectivo pesquisador apoiador em termos de frequência dos encontros. Na maior parte dos casos, cada apoiador realizava uma reunião quinzenal com os moderadores dos grupos GAM. Nestes encontros, o apoiador estimulava as análises dos moderadores em relação aos grupos GAM progressos, permitindo-os se expressarem e refletirem sobre as temáticas que surgiam a cada grupo e como poderiam lidar com elas, caso surgissem novamente. Ao mesmo tempo, buscou-se introduzir novos conceitos e recursos a serem trabalhados nos grupos seguintes.

Ao final desse processo de sensibilização, capacitação dos moderadores e pactuação com os serviços e demais participantes, tínhamos um quadro geral de participantes nesta pesquisa intervenção conforme a tabela 4. Vale lembrar que esse arranjo de grupos GAM não permaneceu o mesmo durante todo o período da intervenção (seis meses). Tanto que no final desse processo o quadro de participantes está representado na tabela 5. Os motivos para estas mudanças serão detalhados adiante.

Tabela 4: Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (início dos grupos – julho 2011).

Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (início dos Grupos GAM – julho 2011)

CAMPO DE PESQUISA	Operadores - Estudantes				Operadores - Trabalhadores				Usuários	
	Aprimorando de Saúde Mental	Residente de Psiquiatria	Residente de Saúde da Família	Residente de Saúde Coletiva	Psicólogos	Enfermeiros	Terapeutas Ocupacionais	Técnicos e auxiliares de enfermagem		Psiquiatras
CAPS Integração	1	-	-	-	-	1	2	-	-	13
CAPS David	1	1	-	-	1	-	-	2	-	5
CAPS Toninho	1	-	-	-	1	-	1	-	1	9
CAPS Estação	1	-	-	-	1	1	-	-	-	6
CAPS Novo Tempo	1	-	-	-	-	1	-	-	1	4
UBS Rosália	-	-	-	1	-	1	-	1	-	6
UBS Vista Alegre	1	-	-	1	1	-	1	-	-	5
UBS Aeroporto	-	-	-	1	-	1	-	1	-	3
UBS São Marcos	1	-	-	1	1	-	1	-	-	6
USF Camanducaia	-	-	2	-	1	-	-	1	-	6
USF Brasil	-	-	1	-	-	1	-	1	-	8
TOTAL	7	1	3	4	6	6	5	6	2	71

UBS (Unidade Básica de Saúde) CAPS (Centro de Apoio Psicossocial 24h) USF (Unidade de Saúde da Família)

Tabela 5: Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (final dos grupos – dezembro 2011).

Composição dos grupos GAM por campo de pesquisa-intervenção (Final dos Grupos GAM – Dezembro 2011)

CAMPO DE PESQUISA	Operadores - Estudantes				Operadores - Trabalhadores						Usuários
	Aprimorando de Saúde Mental	Residente de Psiquiatria	Residente de Saúde da Família	Residente de Saúde Coletiva	Psicólogos	Enfermeiros	Terapeutas Ocupacionais	Técnicos e auxiliares de enfermagem	Psiquiatras	Usuários	
Campinas-SP	CAPS Integração	1	-	-	-	-	2	-	-	-	9
	CAPS David	1	1	-	-	-	-	2	-	-	5
	CAPS Toninho	1	-	-	-	1	-	1	-	1	7
	CAPS Estação	1	-	-	-	1	-	-	-	-	4
	CAPS Novo Tempo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	UBS Rosália	-	-	-	1	-	1	-	1	-	6
	UBS Vista Alegre	1	-	-	1	1	-	1	-	-	5
	UBS Aeroporto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	UBS São Marcos	1	-	-	-	1	-	1	-	-	6
	USF Camanducaia	-	-	2	-	1	-	-	1	-	6
USF Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	7	1	2	2	5	2	5	4	1	51	
USF (Unidade Básica de Saúde)				CAPS (Centro de Apoio Psicossocial 24h)		USF (Unidade de Saúde da Família)					

A avaliação da Intervenção a partir de Narrativas

A pergunta que guia o nosso trabalho é: ***“em que medida a utilização dos Grupos GAM pelos trabalhadores de saúde é instrumento para o reconhecimento da autonomia do usuário de saúde mental?”***. Dentro de uma pesquisa intervenção como a realizada, poder-se-ia abarcar diversas metodologias para avaliarmos essa questão. Entretanto, escolhemos a metodologia qualitativa para fazê-lo.

No campo da saúde coletiva, os objetos de investigação se constituem a partir de uma variedade de fatores a serem considerados e analisados com outras áreas do saber. Esses numerosos fatores não são passíveis de mensurações somente pelo formato quantitativo. (Onocko Campos, 2005) Diante dessas características, e considerando a questão posta por este pesquisador, é necessário dispor de um método de avaliação, que permita a análise da realidade por múltiplos prismas, de modo a ser uma pesquisa com dados descritivos, indutiva, preocupada com o processo, onde a questão da significação é essencial. Tal raciocínio indutivo que almejamos é relativo ao fato de fundamentarmos os dados de campo, a partir das individualidades e coleções de informações que, paulatinamente, desembocam na construção de uma teoria densa e plausível. (Turato, 2005)

Uma pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas interpretativas (Denzin & Lincoln, 2000). Interpretam-se tanto as práticas quanto as interpretações dos sujeitos sobre as práticas. Assim, na construção de uma avaliação qualitativa, levam-se em consideração, tanto o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, como também às relações sociais. Desta maneira, o fenômeno, que no caso são os nossos “dados”, é produzido a partir da interação entre sujeito e objeto, de tal modo que os objetos de pesquisa revelam configurações emergentes próprias.

Interessa-nos, a partir da pergunta de pesquisa, o fenômeno dos desdobramentos que a vivência na estratégia GAM propiciou a cada participante. Procuramos entender o processo pelo qual os participantes construíram

significados e descreveram a experiência na pesquisa intervenção. A ideia de fenômeno se entrelaça, assim, com as representações que essas pessoas construíram dessas experiências de vida. Por isso, escolhemos a metodologia avaliativa qualitativa como forma mais adequada ao que se propunha nosso estudo.

A fim de prezar pela qualidade da pesquisa qualitativa, o grupo de pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces”, historicamente, trabalha com certos preceitos que são bem assinalados por Deslandes & Assis (2002): (1) O esclarecimento das condições em que o dado é produzido, possibilitando a compreensão de como se deu o caminho interpretativo; (2) a participação de diferentes pesquisadores a fim de garantir momentos de validações do material produzido por diferentes olhares; (3) debate interno e troca de impressões no próprio grupo de pesquisa para construir consensos interpretativos; (4) retorno aos sujeitos de pesquisa para validação do material produzido.

Os sujeitos da nossa pesquisa foram submetidos às entrevistas semiestruturadas no início (T0) e no final (T1) da vivência da estratégia GAM. Por se tratar de um projeto feito em grupo, este subprojeto se ateve apenas às narrativas dos trabalhadores de saúde, porém todos os outros participantes foram também entrevistados, mas como objetos de outros subprojetos.

As entrevistas também seguiram um roteiro semiestruturado constante nos anexos 2a e 2b. Diferentes roteiros de entrevistas foram aplicados no T0 e T1, mantendo os mesmos núcleos temáticos. As entrevistas T0 foram realizadas em junho de 2011 e as entrevistas T1 entre janeiro e março de 2012. Elas foram áudio-gravadas e este material foi transcrito para, então, os pesquisadores construírem as narrativas. O processo desde a realização das entrevistas até a elaboração das grades interpretativas pode ser resumido na figura 2, e será explicado adiante.

A CONSTRUÇÃO DAS NARRATIVAS

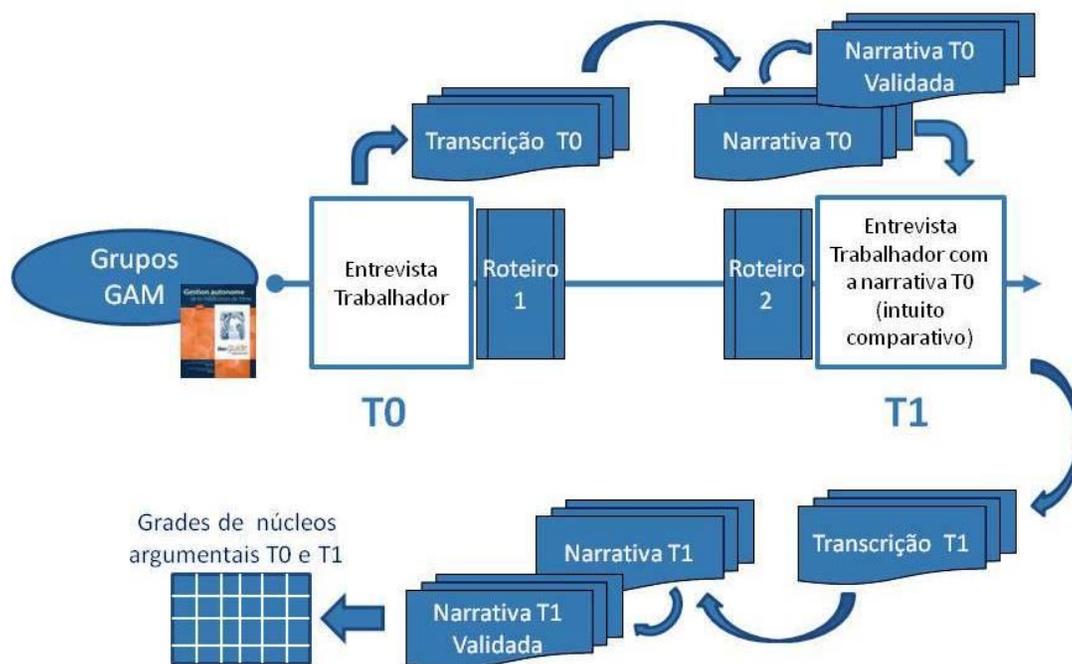


Figura 2: A construção das narrativas.

Como construímos as Narrativas: Fundamentos da Compreensão

As narrativas foram construídas a partir da abordagem hermenêutica. Hermenêutica não como uma metodologia em si, e sim como uma postura interpretativa que se sustenta pela busca da compreensão de um texto ou, num âmbito mais geral, de um fenômeno humano, posicionando-se entre a explicação da natureza e a compreensão da história. (Ricouer, 1990)

Cabe salientar porque fazemos essa diferenciação, do porque a aproximação a partir da hermenêutica não significa a construção de uma metodologia de desvelar o que está “por trás do texto”. As ciências contemporâneas experimentam uma ampla revisão quanto à extensão e significado das verdades que produzem, utilizam e disseminam. O tipo de interpretação que prevaleceu até

início do século XIX era aquele que pressupunha “decifrar” as coisas em função de categorias de coisas semelhantes. Tradição que está enraizada na filosofia aristotélica e diz respeito às relações entre linguagem, certeza e verdade. (Ayres, 2005)

A partir das mudanças sociais do século XIX, uma gama de pensadores, como Hegel, Marx e Freud, assumem o pensamento crítico onde os signos passam a ser vistos não mais como a coisa pura a ser revelada, mas como a interpretação de outros signos. Abre-se espaço para um giro da concepção de verdade e de conhecimento, a hermenêutica filosófica foi uma das responsáveis por essa virada.

O termo “hermenêutica” tem sua raiz etimológica ligada a Hermes, deus grego que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais. Ayres (2005) apresenta um detalhamento das origens da hermenêutica, sendo entendida, inicialmente, como um conjunto de procedimentos metódicos usados para interpretar obras não contemporâneas: a exegese dos textos bíblicos; a interpretação de obras clássicas; e a interpretação e aplicação jurídica do espírito das leis. Entretanto, o senso do termo “hermenêutica” foi ampliado. No início do século XIX, Schleiermacher propôs unificar as diferentes artes hermenêuticas existentes numa única “ciência da compreensão” em geral. Ainda em meados do mesmo século, o sociólogo hegeliano Wilhelm Dilthey expandiu a teoria hermenêutica de um ramo do conhecimento à condição de fundamento epistemológico de todas as ciências humanas, conduzindo-a à condição de um modo de compreender a existência.

A filosofia hermenêutica foi se solidificando e ganhando forma através dos sucessivos filósofos que se dedicaram a ela. Finalmente, o filósofo alemão Gadamer (2004) propõe uma hermenêutica filosófica como reflexão meta-discursiva para além da compreensão de textos e obras. Para ele, ela não é uma metodologia, mas uma atitude filosófica que sustenta os processos cognitivos de modo geral e fundamenta-se na linguagem a compreensão das realidades humanas.

Vale ressaltar assim, alguns princípios que compõe “uma propedêutica” da hermenêutica gadameriana, nos quais baseamos a construção das narrativas desta pesquisa. Tais fundamentos caracterizam a construção da compreensão/interpretação de um texto, um discurso ou de uma entrevista transcrita pela pesquisa que faço parte:

(1) A linguagem. Para a hermenêutica, a linguagem é entendida como um modo de participar do mundo. Assim, a produção da linguagem é dada por uma dinâmica de construção da identificação do eu. Ela surge como elemento da expressão do sujeito e da regulação da coexistência destes sujeitos e transformação do seu mundo.

Desta forma, a linguagem não é entendida como uma representação única entre o signo e o significado. Não há uma linguagem produzida por um único sujeito, ela é produzida entre sujeitos de forma dialógica. Esta visão de linguagem nos leva a entendê-la como componente de um diálogo, produzido por agentes que tem cada qual uma história pregressa própria e visões de mundo diferentes.

(2) O Diálogo dialético. Cada construção linguística é a resposta a uma pergunta e por extensão cada resposta pode ser entendida, também, como uma pergunta, um convite ao diálogo. Os sentidos das respostas dependem das perguntas que fazemos e vice-versa. Assim, o diálogo depende dos interlocutores envolvidos, suas histórias pregressas, heranças culturais, crenças e afetos. As respostas que produzimos, vão modificando, em contrapartida, o sentido de nossas raízes culturais.

Desta forma, nunca estamos de posse de toda herança humana, mas ao mesmo tempo nada que seja chamado de humano nos é completamente estranho. Esta concatenação de raciocínios, nos leva à motivação de Gadamer: que era a de resistir à onipotência do técnico-cientificismo contemporâneo e, ao mesmo tempo, a de reconhecer que era impossível alcançar um fundamento

último para o conhecimento. Através da dialética, a Hermenêutica defende que os preconceitos e convicções não submetidas ao crivo analítico das ciências contemporâneas, mas também fazem parte do caldo construtivo para qualquer linguagem e diálogo, o que nos leva a uma terceira questão.

(3) Se a compreensão nunca alcança a suposta “verdade” querendo ser “revelada”, compreender significa também lidar com nossas antecipações e expectativas de sentido. A tarefa da hermenêutica seria a de estabelecer um entendimento sobre as coisas, de modo a nos possibilitar saber se nossas antecipações serão corretas e adequadas às coisas, confirmando-as nas próprias coisas. Trata-se da construção de uma compreensão possível, de uma postura metodológica de colocar-se frente ao objeto de estudo com o olhar, o mais atento possível, e descarregado do “filtro teórico” próprio do pesquisador. Mas seria possível nos “livrarmos” da nossa carga cultural histórica que, inevitavelmente, permeia nossa compreensão? Para Gadamer, é preciso saber das condições sob as quais a compreensão é possível, através do exame de nossos preconceitos e do reconhecimento de nossa pertença a uma tradição. Assim, no momento em que nos colocamos filiados a uma tradição de pesquisa e expusemos os pressupostos teóricos que nos orientam, podemos criticá-los. A tradição a qual pertencemos no mundo da pesquisa é a tradição das pesquisas qualitativas e, ao mesmo tempo, à filiação teórica da saúde coletiva, da reforma psiquiátrica brasileira e da defesa dos direitos humanos, no tangente à autonomia dos direitos dos usuários do SUS. Clarear nossas filiações nos leva a outra questão discutida por Gadamer.

(4) O preconceito é uma categoria gadameriana central, a força motriz da construção da compreensão continuada. Gadamer sinaliza para o problema do entendimento do termo “preconceito”, que por sinal, hoje em dia, também se estende ao termo “ideologia”. Em ambos os casos, tem-se um valor negativo,

derivado de uma construção desde o Iluminismo. Segundo ele, preconceito significa um juízo que se forma antes do exame definitivo de todos os determinantes da coisa em questão. Na jurisprudência, um preconceito é uma pré-decisão jurídica, antes da sentença definitiva, o que representa uma redução das chances para quem é julgado, e por isso, prejuízo. Gadamer, entretanto, entende que “preconceito” não é, de modo algum, falso juízo, ou ao termo restrito de “juízo não fundamentado”. Se tomarmos isso como verdade, apenas a fundamentação, garantida pelo método e pela razão (e não o encontro com a coisa como tal) é que poderia conferir ao juízo sua dignidade. Tal raciocínio teria fundamentado o descrédito dos preconceitos e a pretensão do conhecimento científico de excluí-los totalmente.

Assim, os preconceitos de um indivíduo são muito mais que seus juízos, são parte do pesquisador. Ao invés de eliminá-los, devemos encarná-los e destacá-los, pois pensamos e agimos a partir deles. O preconceito ganha um sentido prejudicial à análise quando não podemos acessá-lo, o que o torna modulador da compreensão, mesmo sem a percepção do pesquisador. Entretanto, como podemos colocá-los em análise, de modo que eles nos sirvam de guias para esclarecer os determinantes que afetam a pesquisa?

Segundo Gadamer, somente podemos fazê-lo transformando nossas crenças e pressupostos em perguntas. Perguntas que devem se interpor continuamente no processo de compreensão. Apenas assim, um texto pode apresentar-se em sua alteridade, o que possibilita confrontar “sua verdade” com as opiniões prévias pessoais, nos levando à questão do texto.

O intérprete e a aplicação.

A hermenêutica clássica dividia o fazer hermenêutico em compreensão, interpretação e aplicação. Gadamer escreve que a aplicação é um movimento tão importante do processo hermenêutico como a compreensão e a interpretação. Ela consiste em relacionar algo prévio com uma situação particular. O intérprete no

processo hermenêutico de compreensão deve relacionar o texto, uma narrativa com a situação concreta em que se encontra. Assim, quando compreendemos um texto, sempre vemos sua aplicação à nossa situação atual. Existindo a hermenêutica, sempre há um “por quê” da pergunta que desencadeia um processo de compreensão produzindo totalidades de sentidos, nos permitindo rearticular o conhecido com o que nos desafia e nos questiona. Este “por quê” é a aplicação. (Ayres, 2008)

Quando as questões desta pesquisa foram formuladas, o grupo de pesquisa foi interpelado por questões a respeito da realidade do reconhecimento da autonomia dos usuários de serviços de saúde pelos trabalhadores da saúde. Tais questões levantadas estão associadas às inquietações que o grupo de pesquisa, assim como este pesquisador, tem no campo da tradição da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São estas inquietações que mobilizam a busca de um entendimento. De acordo com Gadamer, a fim de responder àquilo que o interpelou, o pesquisador deve voltar-se ao passado e à historicidade dessas questões. Neste ponto, ocorre o fenômeno da “história efetual”, onde esse retorno “faz efeito” no pesquisador, permitindo que ele destaque do objeto a formulação de seu problema de pesquisa.

Como construímos as Narrativas: O texto

Se por um lado é importante explicitar os fundamentos teóricos que nortearam a postura interpretativa deste trabalho, por outro, não podemos deixar de lado a contribuição de outros autores no qual nos baseamos para a construção do texto, das narrativas em si, a partir do material gravado. Baseamo-nos em Onocko Campos (2005; 2008) que, partindo da obra do filósofo francês Paul Ricoeur (1990, 1997) trabalha com as narrativas na ótica de um recurso interpretativo para produzir sentidos para o material produzido em pesquisas. Trata-se de uma abordagem hermenêutica construtiva, que busca não apenas compreender, mas também intervir na realidade apresentada, próprio a uma pesquisa-intervenção como esta.

Ricouer situa a origem da narrativa na Poética de Aristóteles e no dilema sem saída do ser e não ser, do tempo de Santo Agostinho. Para ele, a narrativa seria uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso, mais uma tentativa de superar a distância entre o compreender e explicar. Se a especulação sobre o tempo é uma questão com conclusões contraditórias, reforça-se a atividade narrativa, pois a narração implica na memória e na espera. Como procedimento, a narração não abole a temporariedade, pelo contrário, aprofunda-a. Isto por que, nos diferentes tipos de narrativas que existem na humanidade, os objetos são sempre as ações humanas e a ação é o que abrevia a expectativa e alonga a memória. A expectativa e a memória são estendidas: é a intenção presente que faz passar o futuro ao passado. A partir da definição da narrativa como representação do tempo e da ação humana, Ricoeur enfatiza que a narrativa não deve, necessariamente, se concatenar de forma cronológica, pois isso significa uma representação linear do tempo, no entanto, essa forma de representação não faz referência à experiência psicológica. (Ayres, 2008)

A ação, ao mesmo tempo em que é um continuum no tempo é uma composição, um agenciamento de fatos. Compor uma narrativa é encadear os acontecimentos com certa coerência e com uma causalidade possível. Em Aristóteles, Ricoeur salienta o conceito de tecer a intriga, o enredo destes fatos. Logo, a ação, segundo Ricoeur, é o construído dessa tessitura de intrigas, e é exatamente da constelação de intrigas que povoam o cotidiano dos seres humanos que emergem as narrativas.

Também de Aristóteles, Ricoeur ressalta o conceito de atividade mimética. Mimese significa imitação ou representação da ação e por isso sempre se refere à ação de sujeitos. Definem-se três estágios miméticos, sucessivos e contínuos, em que pode se basear o movimento reconstrutivo da experiência, por meio da mediação do texto. No primeiro estágio (**mimese I**) emergem as ações, o agenciamento dos fatos, lembrando que o agir sempre é interativo, com o outro. Em um segundo estágio, constrói-se uma primeira tessitura (**mimese II**) que pode ser entendida como intermediária entre a linguagem e a ação. Neste ponto, a

mimese tem uma posição intermediária e mediadora, o texto. Depois, no ato da leitura, a narrativa é devolvida ao leitor e este encontro entre o texto com o espectador designaria a *mimese III*. Logo, a narrativa tem seu sentido pleno quando é restituída ao tempo do agir. Os textos são processos miméticos que permitem ao pesquisador a aproximação a versões de mundo presentes nas experiências cotidianas. Por este sentido é que no processo de construção das narrativas de nossa pesquisa, houve a validação por pesquisadores diferentes, com a finalidade do texto, primeiro produzido, ser restituído a partir da leitura de outro, podendo ser modificado e construído de forma a respeitar este ciclo hermenêutico.

Assim, a abordagem narrativa possibilita recuperar a perspectiva da práxis humana. Para Ricoeur, se uma ação pode ser narrada é porque ela já está inserida (Ayres, 2008) no mundo pelo agir social e está, simbolicamente, mediatizada. Escrever uma narrativa significa pré-compreender o que ocorre com o agir humano. Por estas razões, escolhemos a narrativa como abordagem para nossa pesquisa. A aproximação aos efeitos que uma intervenção pode ter, sobre aqueles que a vivem, pode ser expressa através das narrativas. São efeitos de uma vivência, porém, uma vivência, como é comum na saúde coletiva, ligada à ação e por isso na perspectiva da práxis humana.

Voltando ao planejamento da construção das narrativas, nas primeiras entrevistas, utilizamos um roteiro semiestruturado (ANEXO 2a e 2b) com o objetivo de compreender as visões do entrevistado quanto o conceito de autonomia, ao tratamento do usuário de serviços de saúde, o conhecimento em relação ao direito dos usuários e o conhecimento técnico prévio sobre psicofármacos. Além disso, apresentamos uma situação-problema ao entrevistado, na qual um usuário com diagnóstico de transtorno mental revelava ao entrevistado que ele tinha o desejo de parar o tratamento medicamentoso. A intenção era suscitar o diálogo em torno da questão desta pesquisa: como os trabalhadores identificam a autonomia do outro diante do tratamento medicamentoso? Sob qual domínio o trabalhador identifica essa questão?

As entrevistas ocorreram no local de melhor comodidade para o moderador do grupo GAM. Algumas foram feitas nos locais de trabalho, outras nas residências, dependendo do combinado com o trabalhador. Duraram cerca de uma hora e o pesquisador-entrevistador nunca era o mesmo que o pesquisador apoiador para um determinado sujeito de pesquisa. Garantiu-se assim que o entrevistado não se sentisse inibido, ou constrangido, frente a um entrevistador que com o qual mantinha contato regular anteriormente. As entrevistas foram gravadas e transcritas e, a partir delas, construímos narrativas. Nelas mantivemos as falas, sentidos e nexos causais que foram originalmente criados pelo entrevistado. Utilizamos a primeira pessoa do singular com o intuito de escrever um texto mais próximo dos sentidos imanentes do entrevistado. A primeira versão destas narrativas foi validada por um pesquisador diferente, isto é, outro leitor comparou a mesma entrevista transcrita e sua respectiva narrativa, avaliando e modificando a organização das linhas argumentativas construídas pelo pesquisador anterior.

Se cada entrevista transcrita tinha cerca de 10-12 páginas, a narrativa foi sintetizada em 5-6 páginas. As ideias repetidas foram condensadas de forma mais enfática, o detalhamento dos exemplos foram resumidos e as construções verbais da ordem da tradição oral foram transformadas em escrita. Buscou-se, assim, a construção de textos fluidos não perdendo a essência do discurso do entrevistado. Para isso, foram usados recursos redacionais da literatura, como colocar ponto de exclamação em algumas frases, indicando um ponto em que o entrevistado falou com ênfase, etc. Por esta razão, o processo “ler uma transição” e “construir uma narrativa” foi realizado por um pesquisador, validado por outro e, por fim, validado pelo próprio entrevistado (no caso de T0).

Num segundo momento, após a vivência nos grupos GAM, realizamos um novo ciclo de entrevistas. Além do roteiro semiestruturado pré-definido, utilizamos como ponto de partida, as narrativas T0 para esta segunda entrevista. Lemos as narrativas da entrevista anterior junto com o entrevistado e o convidamos a complementá-las, corrigi-las e validá-las. Ao optarmos por devolver as narrativas,

permitimos que os sujeitos pudessem nelas se reconhecer ou não. Ao mesmo tempo, ao completar os fragmentos de história trazidos, chamamos o próprio sujeito a entrar em contato com o material, o que certamente produziu efeitos no percurso da análise. Este método corrobora com tudo com o que falamos até aqui: que uma narrativa é uma espiral de sedimentações, portanto, as idas e vindas fazem parte de sua construção. No momento desta devolutiva envolvemos a intersecção entre o mundo do texto e o mundo do leitor, o que implica tomar o leitor como agente que reconstrói a história no ato da leitura.

Desta forma, em T1, aproveitamos as narrativas de T0 como ponto de partida para levantar as mesmas questões: o entendimento sobre os direitos dos usuários de saúde mental, sobre os psicofármacos e sobre a autonomia destes perante seus tratamentos de saúde. A diferença de enfoque neste segundo momento se deu ao questionarmos, sempre, como a experiência da GAM afetou os sujeitos, ou não, seguindo os conceitos e conhecimentos desenvolvidos na primeira entrevista. O material, também gravado, foi transcrito e depois transformado em narrativa. Assim como ocorreu na entrevista anterior, a narrativa e sua respectiva transcrição foi validada por outro pesquisador do grupo.

Onocko Campos (2008) aponta que a interpretação deve ser composta por dois movimentos: a análise e a construção. Se a análise seria o movimento de dividir os fragmentos e pormenorizar os fenômenos, na construção seria necessário alinhar tais fragmentos, organizar os dados para elaborar linhas de sentido que contribuam para própria compreensão do fenômeno.

Seguindo estes preceitos, a narrativa final teve trechos discriminados de T0 e T1. Os trechos relacionados às entrevistas T0 foram marcados com a cor azul, para diferenciar os dois momentos, e os trechos relacionados à T1 ficaram com a cor preta. A partir desta narrativa final, iniciamos o processo de análise, dividindo-as nos principais pontos incitados pelo roteiro, mas também nos deixamos levar pela riqueza do material, e novas categorias foram adicionadas conforme elas emergiram do mesmo. Dividimos o material, para facilitar o processo de construção final, em seis eixos: (1) Autonomia, (2) Conhecimentos sobre

psicofármacos e direitos dos usuários de serviços de saúde (prévios e adquiridos), (3) Percepções dos efeitos da estratégia GAM na relação com usuário, (4) Posições do entrevistado frente a autonomia do usuário, (5) Análise sobre a experiência no Grupo GAM e finalmente (6) Sugestões para aprimoramento da intervenção. Estes pontos estão esquematizados na tabela a seguir.

Tabela 6: Grade de análise.

	CATEGORIAS	Trechos das Narrativas
Autonomia	Conceito de Autonomia	
	Percepções sobre a autonomia do usuário	
	Aprendizado prévio em relação à autonomia do usuário	
Conhecimentos: medicamentos e direitos	Conhecimento do entrevistado sobre medicamentos	
	Conhecimento do entrevistado sobre direitos	
Percepções em relação ao usuário	Postura dos entrevistados em relação às suas dúvidas sobre medicamentos	
	Expectativas do entrevistado de como um usuário poderia colaborar com seu tratamento	
	Percepção sobre o conhecimento dos usuários em relação aos seus tratamentos (antes e pós)	
	Percepção de mudanças nos usuários com o serviço/equipe	

Posições do entrevistado	Posição do entrevistado frente ao usuário tentando decidir seu tratamento (caso proposto e postura depois do grupo GAM)	
	Participação do entrevistado na decisão do tratamento medicamentoso	
	Visão dos entrevistados em relação aos tratamentos alternativos	
	Outras mudanças dos entrevistados após o grupo GAM	
O Grupo GAM	O Trabalho com o Guia GAM	
	O Trabalho com o Grupo GAM: Montagem do grupo	
	O Trabalho com o Grupo GAM: Funcionamento do grupo	
	Percepção de influências da estratégia GAM na equipe-serviço	
Sugestões	Sugestões para a estratégia GAM	
	Sugestões para aprimorar a estratégia de apoio do GAM	

Onocko Campos (2005; 2008) aponta que nesta construção recompõe-se uma organização suposta da história dos sujeitos. Para Ricoeur (1997), esse processo construtivo é uma característica da composição narrativa e a composição de um enredo que dá sentido e coerência aos acontecimentos.

Aspectos Éticos

O estudo denominado “A Gestão Autônoma da Medicação como instrumento de formação para reconhecimento da autonomia do usuário de saúde mental” foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para Pesquisas com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da prefeitura de Campinas – SP, pela Secretaria de Saúde de Amparo – SP e pelo Núcleo de Educação Continuada do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, denominado “Cândido Escola”. Todas

as instituições citadas aprovaram a realização da pesquisa-intervenção. No caso do CEP – UNICAMP, tal aprovação é representada pelo parecer n° 520/2011, CAAE: 0448.0.146.000-11 (Anexo 4).

Como o estudo contou com a participação de dois grupos vulneráveis, usuários de serviços de saúde mental e alunos, cuidados especiais foram tomados com ambos. Os alunos de especialização foram esclarecidos sobre o estudo e foi reforçado que a participação era voluntária, sem qualquer influência na avaliação dos mesmos. Portanto a participação no estudo foi independente e não vinculada ao curso de especialização ao qual o aluno estava engajado, podendo o aluno abandonar o estudo em qualquer momento da pesquisa. O pesquisador, que porventura também atuasse como professor de algum aluno de especialização (caso do autor desta tese), não realizou a entrevista deste.

Em relação aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), foi esclarecido que o estudo e que a participação, ou não, na pesquisa não afetaria seus tratamentos. Mesmo após aceitarem participar do estudo, poderiam abandoná-lo em qualquer momento, se assim desejassem. Também, deixou-se claro, que a pesquisa-intervenção não interferiria em seus tratamentos no SUS. Da mesma forma para os profissionais de saúde, ele poderiam abandonar o estudo em qualquer momento se assim desejassem, sem qualquer repercussão em seus trabalhos no SUS. Todos os que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, ver termos de consentimento livre e esclarecido no anexo I. Todas as informações obtidas foram guardadas de forma confidencial com a equipe de pesquisa, sendo mantida em sigilo a identidade dos sujeitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vinte e cinco entrevistas foram realizadas no T0, enquanto em T1 foram 17. Esta pesquisa focou nas entrevistas dos trabalhadores dos serviços onde a intervenção GAM se desenvolveu. No percurso, dois serviços não finalizaram os grupos GAM: o Centro de Saúde Aeroporto em Campinas e a Unidade de Saúde da Família Brasil em Amparo. Além do mais, 8 trabalhadores não concluíram o estudo. Em quatro casos deveu-se a demissões ou pedido de demissão de trabalhadores nos serviços. Outros quatro participaram dos dois grupos nas unidades que não findaram os trabalhos. Em relação a estes últimos, o motivo foi semelhante: os moderadores GAM escolhidos pelas equipes não tinham nenhuma experiência anterior em manejo de grupo e desistiram, pois não se sentiram apoiados pelos seus serviços para o seguimento da atividade.

Caracterização dos Entrevistados e Limitações

Como explanado anteriormente, os trabalhadores entrevistados que desenvolveram os grupos GAM no período de sete meses, que perdurou a intervenção, eram oriundos ou de CAPS, ou da atenção primária dos dois municípios. Como se pode ver na tabela 7, a seguir, a maioria deles tinha formação superior, eram mulheres, e trabalhavam há mais de três anos em seus serviços. Nove dos onze serviços, que iniciaram os grupos GAM, prosseguiram até o término das atividades. Entretanto, um dos grupos foi conduzido até o fim apenas por um aprimorando de saúde mental. Como os estudantes em formação não foram objeto desta pesquisa, tal serviço ficou fora deste estudo em particular. Logo, os 17 moderadores eram trabalhadores de **4 Centros de Atenção Psicossocial em Campinas (CAPS David Capistrano, CAPS Estação, CAPS Antônio da Costa Filho, CAPS Integração)** e de **4 Unidades de Saúde da Atenção Primária (UBS São Marcos, UBS Rosália, UBS Vista Alegre e USF Camanducaia)**, sendo apenas a última citada no município de Amparo.

Tabela 7: Caracterização dos moderadores entrevistados em T0 e T1.

Trabalhador	Local de Serviço	Gênero	Formação	Tempo de serviço
1	Atenção Primária	F	Psicóloga	mais de 3 anos
2	Atenção Primária	F	Aux. Enfermagem	mais de 3 anos
3	Atenção Primária	F	Psicóloga	mais de 3 anos
4	Atenção Primária	F	Terap. Ocupacional	mais de 3 anos
5	Atenção Primária	M	Enfermeiro	menos de 3 anos
6	Atenção Primária	F	Aux. Enfermagem	mais de 3 anos
7	Atenção Primária	F	Psicóloga	mais de 3 anos
8	Atenção Primária	F	Terap. Ocupacional	menos de 3 anos
9	CAPS	F	Aux. Enfermagem	mais de 3 anos
10	CAPS	F	Aux. Enfermagem	mais de 3 anos
11	CAPS	F	Psicóloga	menos de 3 anos
12	CAPS	F	Enfermeira	menos de 3 anos
13	CAPS	F	Terap. Ocupacional	menos de 3 anos
14	CAPS	F	Terap. Ocupacional	mais de 3 anos
15	CAPS	F	Psiquiatra	menos de 3 anos
16	CAPS	M	Psicólogo	mais de 3 anos
17	CAPS	F	Terap. Ocupacional	mais de 3 anos

Os trabalhadores, que decidiram experimentar a Gestão Autônoma da Medicação, tinham como diferencial o consenso de que o saber deve ser democratizado e acessível a todos. Eram trabalhadores com uma história pregressa de maior aceitação do conhecimento do usuário como um ponto fundamental na construção dos projetos terapêuticos de cada um, como se pode perceber em uma narrativa em T0.

“Em relação ao conhecimento dos próprios pacientes sobre seus medicamentos, os meus pacientes sabem, por que eu falo, com todos eles, da medicação. Eles têm também o saber popular. A única coisa que digo que eu não sei, e que teria que tentar discutir com o médico, e acredito que eles não discutem, é sobre as interações medicamentosas.” (Trabalhador3 T0)

Eram trabalhadores que criticavam o tratamento exclusivo com medicamentos. Partiam do pressuposto que, somente o tratamento medicamentoso, é insuficiente para a melhoria da qualidade de vida do cidadão

que recebeu um diagnóstico psiquiátrico. Portanto, a maior parte, desde o início, tendia a não oferecer oposição e até a apoiar a decisão do usuário, mesmo que fosse a parada do tratamento medicamentoso. Apesar da postura prévia dos trabalhadores se aproximar dos preceitos da GAM, eles relataram que tais posicionamentos são difíceis, o que lhes causava insegurança em defender tal autonomia.

“Quanto ao desejo de um usuário parar a medicação, não falaria que não pode, pois ele tem autonomia e é um direito dele. Mesmo assim é difícil, porque na hora que o paciente diz que vai ficar sem o remédio, dá um medo. Penso, será que ele vai aguentar sem a medicação? Por mais que acredite no que falei, o ser humano tem suas fraquezas. Certeza que dá medo, mas acho que é possível. Se surgirem sintomas após a retirada da medicação e essa piora não expuser o paciente a riscos, não altere suas atividades diárias, pode continuar, ficar sem o remédio.” (Trabalhador12 T0)

“Acho que o usuário tem o direito de não querer medicação, não se tratar, mas você enquanto indivíduo tem um problema de saúde, você tem o dever de se tratar, isso é respondido para uma instituição que se chama Estado. Penso que ele tem total direito, lei eu não conheço. Na minha formação o quesito da medicação era algo bem sensível, havia um estímulo de ouvir muito o usuário, de ter mais contato com esse usuário.” (Trabalhador17 T0)

É possível caracterizar esses trabalhadores também como críticos aos serviços em que trabalhavam, tendo uma voz ativa nos espaços coletivos. Assim como, críticos da tradição da busca e eliminação de sintomas, detentores de um olhar mais ampliado para clínica, com inclinação à tradição da reabilitação psicossocial brasileira.

“Eu sempre entendi que eles têm o direito, de decidir se querem ficar bem ou se querem ficar mal. Se eles querem delirar, delirar é bom, delirar é muito bom, a gente sonha cada coisa, a gente tem cada desejo que acaba passando a ser um

delírio, porque é quase um sonho impossível, a gente pensa, sonha, idealiza.”
(Trabalhador5 T1)

Esta seleção pode ser tanto pela tradição da clínica ampliada e da atenção psicossocial no município de Campinas, descrita em outros estudos (Onocko Campos, 2009), como também pelo processo de convite e explicação da proposta para esta pesquisa intervenção. Como explicado anteriormente, o objetivo da estratégia foi explicado em momentos diferentes, na sensibilização inicial e nas capacitações seguintes. Desta forma, em um público de moderadores já com afinidades teóricas à proposta da estratégia GAM, não houve propriamente mudanças drásticas na forma de conceber a clínica. Para uma boa parte das narrativas, a GAM foi uma experiência de reafirmação do tipo de manejo e práticas em que acreditavam.

“Eu não mudei de opinião. Participar do grupo GAM fortaleceu minha opinião, cada vez mais que converso com os usuários no grupo, percebo que eles são inteligentes, que uma psicose a mais ou a menos não vai fazer diferença se eles não quiserem tomar o remédio. Acredito que eles têm o direito de escolher sim; olha eu quero ficar louco só por um tempo, ou, não quero ficar louco, ou, vou tomar o remédio só um pouco. Nisso eu acho que o guia Gam ajudou, tanto a me fortalecer muito como pessoa, como a fortalecer os usuários. Nunca sabemos tudo, sempre estamos aprendendo, no grupo tivemos muita, muita, muita troca de experiências, cada um tem a sua, e muitas vezes não percebemos e menosprezamos, e sem perceber, não damos o poder do outro falar. Eu queria continuar o grupo com os usuários como parceiros, eles são muito ricos, aprendi muito com eles, pois o que eu conheço somente na teoria, eles vivenciam, então, eles são as melhores pessoas para falarem sobre o efeito da medicação neles.”
(Trabalhador5 T1)

Nos serviços onde a estratégia aconteceu, os 04 CAPS eram CAPS III, isto é, eram serviços com leitos 24h (08 cada), ou seja, com a possibilidade de hospitalidade integral para usuários em crise. Os quatro CAPS tinham equipes em número e formatos parecidos (cerca de 45 trabalhadores em cada serviço),

acompanhando cerca de 300 usuários portadores de transtornos mentais graves. As unidades de atenção primária três eram em Campinas e uma em Amparo. Os três serviços de Campinas funcionavam em um molde misto entre estratégia de saúde da família e modelo de atenção primária tradicional. Isto significa que cada unidade tinha 2 a 4 equipes de saúde, responsáveis por 6.000 pessoas em média. A equipe do ponto de vista médico era ampliada (contando com Clínicos, Ginecologistas e Pediatras), entretanto com um dimensionamento de agentes de saúde muito aquém das necessidades previstas pelo Ministério da Saúde. (CAMPINAS, 2012) A unidade de saúde de Amparo, por sua vez, funcionava nos moldes estabelecidos pela estratégia de saúde da família, com médicos desta especialidade, dimensionamento adequado de agentes de saúde e população adscrita com aproximadamente 3500 pessoas para cada equipe.

Todos os participantes tinham equipes, CAPS ou Atenção Primária, que se organizavam garantindo espaços fixos de reunião com a participação de todos os integrantes, tendo como o objetivos planejem as suas ações, discutirem casos e formularem projetos terapêuticos para aqueles que consideravam mais complexos. Entretanto, mesmo nos serviços onde havia diálogo com os médicos, a maior parte da carga da decisão de administração de um medicamento contra a vontade do usuário, por exemplo, era de responsabilidade médica. Os espaços para este tipo de discussão eram poucos, e por vezes tal assunto era considerado um tabu.

“É da gente que eles ficam com raiva e é assim mesmo que funciona aqui. Os pacientes não ficam com raiva do médico, eles ficam com raiva de quem fez a injeção, a gente fica até com um pouco de medo. Eles nos olham com cara feia, nos ameaçam. Nesse ponto é ruim, mas tentamos explicar que é o procedimento, que precisamos fazer, que foi pra ajudar ele naquele momento.” (Trabalhador5 T1)

Aqui cabe falar sobre uma das limitações deste estudo. No período em que durou a intervenção, 8 meses em média, não foi possível relacionar todas as mudanças que apareceram nas narrativas exclusivamente à vivência da estratégia GAM. Trechos como *“O fato de eu estar mais seguro não tem a ver com a GAM,*

mas foi o tempo, o tempo mesmo.” (Trabalhador14 T1) aparecem em algumas narrativas, indicando que outras experiências de vida influenciaram os efeitos nas narrativas T1. Ademais, mesmo quando mudanças foram relatadas, vale lembrar que se trata do discurso dos próprios trabalhadores. Por não termos outras vozes na avaliação destas supostas mudanças, podemos afirmar, apenas, que se trata de reflexões e percepções na visão/voz dos trabalhadores.

Outro ponto importante a ser destacado, foi a variedade de formatos dos grupos GAM. Apesar do Guia funcionar como um norteador, como muitos falaram, as experiências variaram conforme os diferentes manejos de cada moderador. Portanto, os resultados foram dependentes do manejo e condução de cada grupo.

“Repensarmos o grupo a cada encontro. Tanto que a gente foi inventando estratégias no decorrer do grupo: fizemos dinâmicas, mudamos algumas coisas. Para eles, esse tipo de informação não pertence a eles, nunca pertenceu e não dá para se esperar que passe a pertencer de uma hora pra outra. A gente precisa pensar com os outros usuários desde a chegada ao CAPS, a abordar essa questão, porque fica difícil fazer isso depois. Assim, essa informação não será apenas do médico.” (trabalhador15 T1)

Retomando o que foi descrito na metodologia, os resultados foram agrupados em núcleos argumentais temáticos:

- **Autonomia (conceito, aprendizado prévio, percepções sobre a autonomia do usuário);**
- **Conhecimento sobre psicofármacos;**
- **Conhecimento sobre os direitos dos usuários;**
- **Posições do entrevistado frente ao usuário após a vivência GAM;**
 - Respeito ao Usuário, Confiança e Vínculo,
 - A Clínica Flexível, rumo à decisão Compartilhada,
 - A Escuta, os Grupos e a Educação em Saúde,
 - Cidadania dos trabalhadores e Influências na Instituição.
- **Percepções sobre o usuário após a vivência GAM;**
- **O trabalho e limitações com o Guia e Grupo GAM.**

Autonomia

O conceito de um usuário com autonomia que esteve mais presente nas primeiras entrevistas (T0) foi relacionado à capacidade de escolha do sujeito. A capacidade de autogoverno de si prevaleceu, por vezes dissociada da relação com os outros.

“Autonomia é você conseguir gerenciar as suas coisas, ter capacidade de escolher o que é melhor ou não pra você. Já um usuário com autonomia é alguém que vai vir cobrar mais os direitos dele.” (Trabalhador1 T0)

“Um usuário da saúde mental com autonomia é um usuário que tem autonomia pra fazer as coisas dele, por exemplo, ir ao banco e pagar as suas contas, participar das atividades da sociedade.” (Trabalhador5 T0)

“Autonomia para mim é o sujeito poder ser como quer em todas as esferas da sua vida, desde o trabalho até o hobby, ter sua casa, poder escolher morar junto com outra pessoa. Para a gente conseguir viver hoje em dia, precisamos ter

autonomia. Já um usuário com autonomia é aquele que pode fazer suas escolhas, discutir o que quer.” (Trabalhador6 T0)

A maior parte dos trabalhadores, principalmente os que possuíam nível superior, relataram que em suas formações prévias, o tema certamente era debatido. Contudo, falaram da diferença entre debatê-lo de forma teórica, nas salas de aula, e vivenciá-lo na prática, com dilemas reais, como no caso da estratégia GAM. Contaram que as temáticas relacionadas à autonomia eram abordadas de maneira teórica, sem relação com o cotidiano dos seus estágios práticos.

Foucault em *O governo de si e dos outros* explicita, a partir do recuo histórico para a filosofia grega, a história das práticas de si, mostrando como o cuidado de si apresenta uma articulação não apenas possível, mas necessária com o cuidado dos outros. Segundo Foucault, o primeiro pode ser constituído de exercícios de memorização de princípios, cuidados com o corpo, regimes de saúde, exercícios físicos, satisfação das necessidades, meditações, leituras, anotações e ainda conversas com um confidente, familiar ou amigo. Vê-se, deste modo, que em torno dos cuidados consigo, se desenvolve toda uma atividade de palavra e de escrita, que liga o trabalho de si sobre si e a comunicação com outrem. A prática do cuidado de si não constitui “um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social.” (Foucault, 2005)

Esta relação, por sua vez, aparece em diversas entrevistas no segundo momento (T1). A associação da autonomia dependente da relação com os espaços coletivos, fica mais evidente para os trabalhadores quando os usuários falam das barreiras em exercer os direitos discutidos. O roteiro do guia GAM estimula que se estabeleçam tarefas entre um encontro e outro. Diversas tarefas requeriam que os usuários pesquisassem e procurassem por informações sobre os seus tratamentos, inclusive sobre os medicamentos que usavam. Alguns tiveram acesso à internet, aos jornais, contudo, a maioria, recorreu à própria unidade de saúde para lhes prover tais informações. Neste percurso, alguns profissionais dos serviços de saúde, inconscientemente ou não, evitaram a

democratização do conhecimento e das decisões e, por conseguinte, configuraram uma barreira para a autonomia do usuário. Assim, houve recorrência de falas que expressaram, que após a vivência GAM, o contexto das instituições, as inter-relações pessoais e a política, possuíam um papel mais importante do que apenas o desejo e discernimento do usuário.

“Tinha uma usuária que tem muita dificuldade de adesão à medicação e em um dado momento a psiquiatra passou pra ela uma medicação do alto custo. Ela falou que não porque não queria ir até ao alto custo buscar medicação, preferia tomar uma injeção aqui no CAPS mesmo. A médica falou “então tá bom” e foi isso que aconteceu. Só que nesse processo, ela entrou em crise, ficou aqui no leito. Começou a participar do GAM, e aí começou a questionar qual que era o diagnóstico dela, que medicação ela tomava, começou a questionar os relacionamentos dela, familiares, amorosos, qual que era a implicação dela com o projeto terapêutico... E aí ela queria conversar com a médica... A usuária decidiu que a medicação injetável que ela estava tomando não estava fazendo bem que ela queria e agora aceitava ir buscar o alto custo. Eu resolvi levar essa discussão na equipe e a médica falou “não agora, ela não quis buscar o alto custo, agora ela vai tomar injeção”. “E ela disse pra mim: - espero que você não tenha dito que eu vou mudar a medicação dela”. Então, como isso depende muito da inter-relação entre as pessoas, você conseguir ser mais autônomo ou menos autônomo, não depende só de você mesmo, depende dessas inter-relações e do grau de flexibilidade de negociação e construção que se tem no local.” (Trabalhador 6, T1)

As atividades relacionadas à identificação e reconhecimento das redes de suporte de cada um também trouxe uma ampliação do sentido de autonomia. A noção de dependência do outro, a partir da descrição das redes e de como cada um pode utilizar tal rede, ganhou uma dimensão de utilização positiva, diferente da carga negativa que a palavra dependência traz. As narrativas trazem esse ponto como um dos bem discutidos nos grupos GAM: autonomia X dependência X independência. Em diversos casos, as discussões convergiram para os conceitos de interdependência e dependência mútua.

“Uma coisa que me marcou muito durante o GAM foi a parte prática da discussão da autonomia: discutindo as formas de acessarem a rede de suporte, por exemplo. Foi muito importante eles identificarem, reconhecerem e saberem como chegar a essa rede, seja vizinho, família, serviço de saúde. O GAM contribui para essa discussão, pois não é suficiente podermos pensar qual a rede de suporte que os usuários têm, mas qual é a rede de suporte que para eles é importante” (Trabalhador6 T1)

Para Norbert Elias, o fato de que os outros, como a própria pessoa, tenham uma vontade própria impõe limites à vontade individual de cada um. Trata-se, nesse sentido, de considerar que os seres humanos vivem interagindo em redes ou “teias” de dependências mútuas. Elias foi um dos filósofos que propôs modelos para escapar da dicotomia entre indivíduo e sociedade, evitando polarizações conceituais que atribuam maior valor a um em detrimento do outro. (Elias, 2001)

Elias trabalha com o conceito de rede de interação permanente, em que os indivíduos ou grupos estão ligados uns aos outros por um modo específico de dependências recíprocas. Estes indivíduos vivenciam processos de agrupamentos através de inúmeras cadeias invisíveis de relacionamentos, nas quais os equilíbrios de poder tendem a determinar a conduta das pessoas. (Elias, 2008) Estas relações, para ele, teriam um padrão mutável no jogo das relações, cuja interdependência supõe um entrelaçamento flexível em constante movimento.

Outra faceta da autonomia passou a ser abordada mais frequentemente nas entrevistas em T1 do que em T0: a do autoconhecimento. O Guia GAM possui diversas perguntas voltadas para o conhecimento melhor de si, principalmente nos dois primeiros passos. As narrativas apontaram o surgimento de informações sobre os usuários que a maioria dos trabalhadores não conhecia no decorrer dos grupos. Informações sobre históricos de vida, sobre o território em que viviam e testemunhos que faziam sentido para os outros participantes. O Guia também estimula a procura do conhecimento relacionado tanto aos tratamentos, como também aos direitos de cada um.

“Antes de experimentar a GAM, achava que autonomia é ter o saber. Continuo achando isso, mas se antes tinha mais o foco no saber técnico, teórico, agora entendo que é um saber de autoconhecimento: Qual é o leque de opções e possibilidades que eu tenho? O que eu posso fazer com isso?” (Trabalhador3 T1)

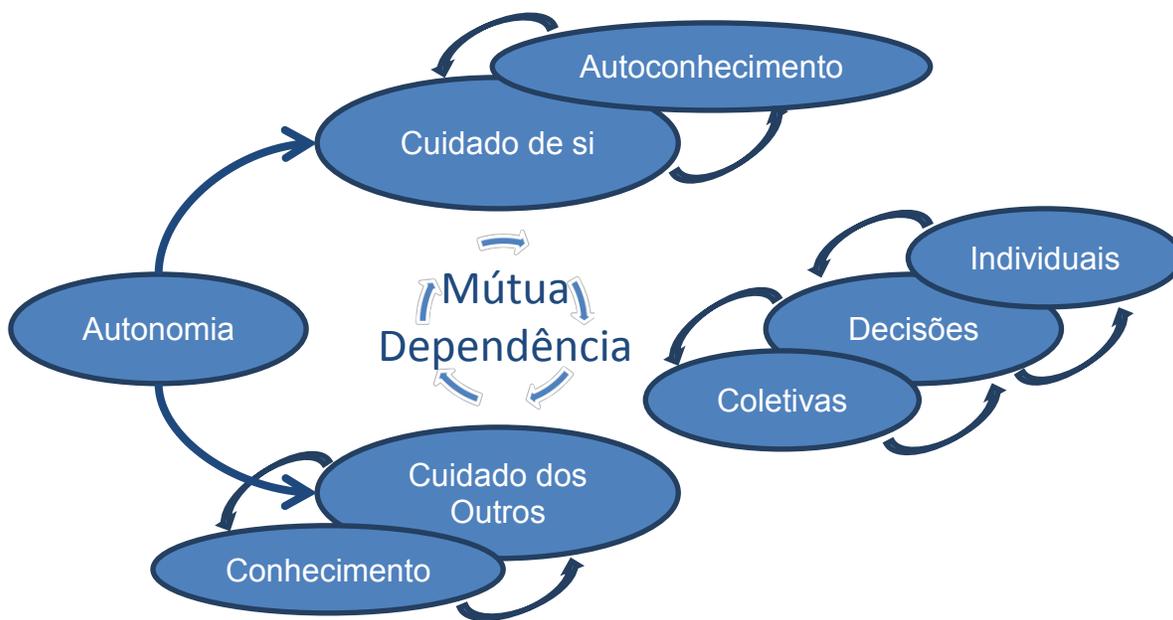
“Depois da experiência GAM, ficou marcada para mim a questão do desconhecimento e da falta de acesso ao conhecimento. Às vezes, ficamos presos a essa questão da circulação social e do desejo, mas autonomia passa também pela falta de informação. Ouvi tanta gente tão desinformada, e agora ficando mais atento, percebo que a gente monopoliza um saber e se protege com isso. Inconscientemente, não damos acesso à informação às pessoas que estão em tratamento. Acabamos por esconder essas informações com medo que o paciente abandone o tratamento. Isso acontece muito, e é muito sutil, tanto que nos atravessa o tempo todo. Falo dessa sutileza, pois tendemos a transformar isso numa questão de “médico e não médico” e ao centralizarmos essa dicotomia, deixamos de olhar para outras coisas mais amplas que isso.” (Trabalhador14 T1)

Foucault averigua a relação entre os dois preceitos: o “conhece-te a ti mesmo” subordinado ao preceito do cuidar de si mesmo. Neste sentido, de acordo com Foucault, o “conhece-te a ti mesmo” é uma espécie de aplicação concreta, precisa e particular da regra geral do “ocupar-se consigo mesmo”. O filósofo aponta o fato de o conhecimento de si ter sido privilegiado na história do pensamento e, em contrapartida, o cuidado de si ter ficado na penumbra. Para explicar tal preferência histórica por um preceito em detrimento do outro, ele recorre à hipótese da identificação do “momento cartesiano”. Por “momento cartesiano” Foucault compreende uma dupla operação: a requalificação filosófica do “conhece-te a ti mesmo” e a desqualificação do “ocupa-te contigo mesmo”. Em primeiro lugar, o “momento cartesiano” requalifica o “conhece-te a ti mesmo”, por atrelar a evidência da existência própria do sujeito à consciência, ao conhecimento de si. Assim, a indubitabilidade da existência do sujeito passou a ser garantia de acesso à verdade, o que configurou na valorização deste preceito. É justamente o momento em que as condições de acesso à verdade passam a residir apenas no

conhecimento. Em contrapartida, o cuidado de si foi, pelo mesmo procedimento cartesiano, quase excluído do campo do pensamento filosófico moderno, por ser caracterizado como uma prática espiritual. (Foucault, 2006)

Desta forma, o conceito de autonomia ganhou vivacidade prática na fala dos trabalhadores. Nos grupos GAM, a construção do conceito de autonomia passou por situações práticas onde o indivíduo deparou-se com questões do conhecer a si, do cuidar de si, conhecer os outros e cuidar dos outros. Enriqueceu-se assim o conjunto de narrativas em T1 em comparação à T0 com estes preceitos, foram descritas a construção de relações entre um preceito e outro (Figura 3).

Figura 3: A construção do conceito de autonomia.



Conhecimentos sobre psicofármacos

Em relação aos psicofármacos, há uma recorrência nas narrativas sobre a insuficiência na formação, tanto dos profissionais de nível superior como os de nível médio. O conhecimento ministrado no trajeto de formação de cada um passa por conteúdos técnicos sobre indicações de uso, classes medicamentosas e mecanismos de ação. Relataram que pouco se recordavam da relação de tais conhecimentos com a prática de seus estágios, muitos tiveram que estudar, por conta própria, esta temática.

“Sobre medicamentos psiquiátricos não aprendi nada, quando vim trabalhar aqui no CAPS uma pessoa muito querida veio conversar comigo e disse que eu precisaria saber sobre os medicamentos, respondi que não, que medicamento não é problema meu, que é problema do psiquiatra. Ela respondeu que eu teria que aprender sobre os medicamentos pra ajudar o usuário. Porque se o usuário não tem esse poder para discutir com o psiquiatra, e eu teria que conquistar para ele. Além disso, eu não queria ler, até que comprei o Kaplan. Comecei a estudar sobre medicações, sobre efeitos, efeitos colaterais, comecei a conhecer aquilo que o usuário tinha, saber quando era dele e quando era da medicação. Estudei sobre medicação e hoje discuto sobre medicação psiquiátrica com qualquer um.”
(Trabalhador3 T0)

“Quando eu cheguei no CAPS, me espantei com o tanto de remédio que tinha, muita coisa, muita. Pra mim, só existiam esses dois que dava pros pacientes, que foram falados no curso, o haldol que tirava as vozes e outro para dormir, para acalmar. Aqui tinha injetável, esses outros de alto custo, tudo remédio que eu não tinha ouvido falar na minha vida. Foi difícil.” (Trabalhador5 T0)

Os trabalhadores relataram que o conhecimento sobre o medicamento em si não é tão importante quanto o conhecimento dos efeitos que o medicamento tem sobre o sujeito. Houve uma repetição de falas sobre a esterilidade do saber técnico, relacionado à temática mais biológica dos medicamentos (mecanismos de ação, efeitos colaterais, meia vida...), se não existir a associação com a

experiência do sujeito que o utiliza. Disseram que escutar a experiência do usuário revalorizou o saber popular, sendo que consideram este saber, hoje, mais importante do que aquele que se apresenta nos livros. Relataram que antes, davam um valor maior, até mesmo “mitificado”, ao conhecimento técnico. Justificaram que assim o fazem, pois ao longo de suas formações, independente do curso de graduação que fizeram, é apenas este tipo de conhecimento que é sublinhado. No comparativo entre T0 e T1 (abaixo), percebe-se que em um primeiro momento, cobra-se que o usuário tenha também este saber mais “técnico” sobre o medicamento, sobre o diagnóstico. Já em T1, as narrativas apresentaram-se mais focadas na construção do conhecimento envolvendo o saber experiencial.

“Os usuários sabem muito pouco sobre os medicamentos, eles são super empobrecidos de informação, muitos não sabem nem para quê que serve, qual diagnóstico que eles têm. Eles poderiam contribuir melhor com o tratamento ficando mais orientados.” (Trabalhador13 T0)

“Em relação ao conhecimento sobre psicofármacos, o GAM qualificou um pouco. Eu esperava ter um conhecimento, um saber, que eu fosse responder tudo para o usuário. Antes eu cobrava um saber total sobre a medicação para poder conversar com o usuário. Eu me colocava nesse lugar de ter que saber para poder discutir, não o de pensar junto, buscar junto e discutir. Hoje, sento com o usuário e falo ‘vamos pensar juntos a sua dúvida?’” (Trabalhador13 T1)

O desfoque no conhecimento tradicional, abriu espaço para o aprendizado de informações consideradas, anteriormente, como não convencionais. Aprenderam, por exemplo, que os usuários na verdade já manipulavam por conta própria as suas dosagens e posologias medicamentosas.

“Eu achei isso muito louco, mas também o fato que a partir do GAM pude “descobrir” que eles tem poder em ficar mexendo nas medicações, eles mexem e não contam para o médico que está acompanhando, mesmo no caso de antipsicóticos.” (Trabalhador8 T1)

Um estudo, realizado, também no município de Campinas (Onocko Campos, 2011), mostrou que os usuários possuem poucas informações para decidir sobre os usos dos medicamentos, ao mesmo tempo em que declararam assumir o controle do tratamento, alterando doses e os interrompendo sem respaldo profissional. Para os moderadores, esta foi uma surpresa, pois revelou que os usuários já faziam a gestão do uso, porém ela era experimentada como não podendo ser compartilhada, sobretudo com os profissionais de saúde.

De onde vem o conhecimento sobre os medicamentos? Foi a pergunta que muitos começaram a se colocar durante as atividades. Campos desenvolve uma reflexão crítica ao senso comum contemporâneo que reduz a relação entre conhecimento e prática à sua dimensão tecnológica. (Campos, 2011) A razão tecnológica é a dominante do ponto de vista discursivo na sociedade moderna, tem seu fundamento na filosofia de Descartes e na variedade de autores que resumem a razão à lógica formal, como é o caso do materialismo, do mecanicismo ou das várias formas de positivismo. A razão tecnológica imagina que o trabalho e as práticas humanas seriam regulados pelo saber previamente acumulado, de preferência, consolidado como ciência.

Esta tendência positivista, encontra eco nas características culturais atuais, quando são valorizadas a performance, o produtivismo e resultados individuais. Cultura atual, que do ponto de vista da sociologia marxista, as empresas avançavam em processo de controle do trabalho, partindo, principalmente, da subordinação da ciência sob seu controle e conquistam o domínio científico da produção. (Braverman, 1980) Neste sentido, na produção científica recente, há uma tendência predominante em desconsiderar, ou pelo menos em minimizar, os relatos pessoais sobre o adoecimento, restringindo-os ao lugar secundário de mera ilustração da teoria. (Geekie & Read, 2009) Esse tipo de abordagem tende a excluir aqueles que sofrem, da discussão acerca da elaboração e nomeação daquilo que aflige cada um.

Desta maneira, a partir do questionamento: “de onde vem o conhecimento sobre os medicamentos?”, alguns moderadores ampliaram a reflexão para: “de

onde vem o conhecimento sobre nós mesmos?”. Algumas narrativas apontaram para a dicotomia entre o saber experiencial e o saber técnico-científico vindo de fora, indagando sobre a validade e importância de um em relação ao outro.

“No GAM, acho que nós respeitamos mais os usuários. Em alguns momentos, o nosso conhecimento estava lá em baixo e o deles lá em cima, por que quem sente efeito colateral não é a gente, a gente sabe o que está escrito. Então eu acho que tivemos uma postura transversal, se eu pudesse escolher uma palavra para isso tudo, eu diria que é acolhimento: da gente com eles, deles com a gente.” (Trabalhador6 T1)

Alguns entrevistados narraram essa mudança de olhar sobre o saber. O saber experiencial tornou-se mais significativo para alguns, o que lhes deu maior segurança para discutir o tema da medicação com o médico e com a equipe. Perceberam que o acesso a este conhecimento é o próprio usuário e, conseqüentemente, acessível a qualquer um que lhes dê voz.

“Hoje eu vejo de outra maneira, não precisa saber da medicação pra lidar com o sofrimento do sujeito necessariamente, mas acho que amplia o olhar, qualifica mais a escuta, qualifica o manejo com a situação, da mais segurança pra mim como profissional e pro usuário na hora da conversa. Hoje eu acredito que é sim um conhecimento importante na área da saúde mental, inclusive pra poder ter uma discussão mais qualificada com os próprios psiquiatras e aí ter um enfrentamento dessa relação, entre o saber e o poder entre os próprios profissionais” (Trabalhador4 T1)

A GAM apresentou-se como uma estratégia incitadora desta discussão que na saúde mental encontra ressonância nas tradições da atenção psicossocial. Nela, advoga-se que a pluralidade de formas de apresentação da vivência não é causada por uma incapacidade pessoal em descrever o fenômeno, e muito menos por uma dificuldade de precisar a que campo sensorial as vivências se referem, mas deve ser posto em continuidade com o modo próprio pelo qual a linguagem se estrutura.

Cada sujeito tem uma experiência própria em contato com situações e estímulos do meio onde vive. Algo que, apesar de aparentar ser da ordem do senso comum, encontra dificuldade em se firmar nas ciências que buscam classificar em sintomas o sofrimento humano. A Psicopatologia Descritiva (Berrios, 1996) que embasa as modernas classificações psiquiátricas, preconiza oferecer uma descrição objetiva dos sinais e sintomas, desempenhada por um observador ideal, imparcial e isento de juízos de valor. Manuais de classificações, planejados a princípio para cunho estatístico e de pesquisa, tornaram-se, por diversas razões, instrumentos clínicos/individuais de diagnóstico. Ao se pretender objetiva, anistórica e ao escamotear a sua incontornável dimensão avaliativa (Fulford, 2005 e Fulford, 1994), acaba se limitando por oferecer listas de sintomas tomados apenas em descrições superficiais, onde qualquer incidência da subjetividade do doente é completamente erradicada. Neste modelo, as vivências subjetivas daqueles acometidos por algum sofrimento são assimiladas a categorias e esquemas formais secundários, apenas para corroborar ou criar subcategorias de grupos diagnósticos já firmados. Este tipo de abordagem exclusivamente descritiva e objetiva da psicopatologia, apesar de hegemônica, encontra contraposição em autores cuja perspectiva de cuidado considera a experiência do adoecer e sua relação com a singularidade de quem sofre. (Serpa, 2007; Leal, 2006; Davidson, 2004)

Neste ponto, a reafirmação do saber experiencial, estimulado pela GAM, encontra resistência na construção do conhecimento pela racionalidade técnica-científica. Esta mesma racionalidade que consolida a metodologia para os diagnósticos, também o faz na determinação dos efeitos dos seus tratamentos. Se aquilo que os usuários de psicofármacos expressam como sofrimento é ressignificado a partir de uma categoria clínica, a própria experiência de uso dos medicamentos é, em grande parte das vezes, substituída pelo que dessa categoria deriva como tratamento medicamentoso indicado e seus efeitos já presumidos, os quais estão fadados a enfrentar. (Gonçalves, 2012) Neste paradigma, o saber acerca da experiência de adoecimento e do uso dos

medicamentos fica amenizado em pseudo-diálogos nos quais o usuário diz aquilo que o médico e equipe esperam ouvir e, de preferência, usando termos médicos, e o médico e equipe lhe respondem com um repertório usual baseado em bulários farmacêuticos. A comunicação é reduzida à verificação de sintomas e à prescrição de medicações, ficando de lado os múltiplos não ditos do sofrimento. (Rodriguez Del Barrio, Perron, Ouellette, 2008)

Para os entrevistados, a GAM possibilitou este tipo de incitação devido ao formato de discussão que os grupos propiciavam. A maioria dos moderadores foi orientada a participar das dinâmicas propostas pelo Guia GAM, da mesma forma que os usuários. Assim, estimulou-se que eles também dividissem com os usuários suas experiências, dificuldades e dúvidas em relação às temáticas que surgiram. No começo, mesmo alguns moderadores sendo resistentes a tal ideia, a própria dinâmica com os usuários foi induzindo para que assim o fizessem.

“Nós, enquanto trabalhadores, inicialmente combinamos que algumas coisas responderíamos com eles e outras não, e os próprios usuários questionaram o fato deles responderem as questões do guia e nós não. Conseguimos nos colocar mais, compartilhar a experiência. Como resultado, nos aproximamos muito, muito mesmo.” (Trabalhador14 T1)

Essa horizontalidade foi reconhecida como uma ferramenta de rompimento de barreiras entre trabalhadores e usuário. Relataram que muitos dos grupos que estavam acostumados a conduzir, seja na atenção primária ou nos CAPS, tinham um formato “mais vertical”, onde o moderador era o detentor do saber. Na vivência dos grupos GAM, consideraram uma novidade a posição de “igual para igual” com os usuários.

“Percebi uma coisa mais participativa, mais humana, mais de igual-igual, não com o resto da equipe, mas com o usuário. Os usuários mesmos, muitas vezes, com a divisão das áreas das residentes, alguns não sabiam que elas eram médicas, só através das respostas mais técnicas. Os usuários diziam: - Ah! você é médica! Que bom! Já tinha se dado esse vínculo e isso perdura, da participação,

de humanizar a gente também, que também quer coisas, também tem amigos, tem uma vida. Também temos uma vida, não é só profissão.” (Trabalhador3 T0)

“Eu achava que já quebrava essas barreiras antes, mas ainda tem essa fantasia que eles constroem em cima da gente. Pensando nisso, teve uma coisa muito marcante, que arrasou os profissionais, nessa discussão de que os profissionais são pessoas iguais a eles. Os usuários descobriram que a gente comia a mesma comida, do mesmo lugar, teve um usuário que falou: - Não, mas vocês tem que comer melhor! Questionamos: - Mas porque a gente tem que comer melhor? A comida não é boa? Foi muito interessante, gerou um monte de discussões no grupo, enfim, acho que nos tocou.” (Trabalhador15 T1)

Onocko Campos (2004) assinala que quando o trabalhador da saúde suspende o poder que lhe é chancelado dentro das instituições de saúde, passa a identificar e, por conseguinte, coloca em análise elementos simbólicos, míticos e reais do poder e do uso dele no campo da saúde. Sem a análise sobre essas dimensões, nunca se operarão mudanças na estrutura formal do poder institucional. O Grupo GAM, por se tratar de uma intervenção fora da instituição na qual os profissionais de saúde trabalhavam, propiciou esta suspensão temporária e permitiu que alguns trabalhadores experimentassem o espaço do grupo como algo terapêutico para eles também.

“É engraçado porque fez muita diferença na minha vida. Chegou uma hora até, que eu tive dificuldade nesse grupo. Por que chegou uma hora que eu misturei um pouco as coisas sabe. Eu vinha num momento muito complicado da minha vida e chegou uma hora que deu uma resposta que eu precisava muito na minha vida pessoal. Eu acabei tendo no grupo, um ganho com os pacientes, na coisa da fala, para quem falar, com quem você pode contar. Eu entendi muito os pacientes naquele dia e foi muito engraçado por que me deu uma resposta que eu estava buscando fazia muito tempo. Eu percebi que esse era um espaço de escuta, de afetividade e que foi muito importante neste período em que minha vida pessoal estava muito confusa” (Trabalhador8 T1)

Onocko Campos (2005) aponta que os trabalhadores de saúde, ao viverem em contato constante com o sofrimento, se identificam com ele. Estes e outros mecanismos, como as condições precárias de trabalhos e processos verticalizados de gestão de recursos humanos, corroboram com altas taxas de sofrimento e adoecimento no trabalho. (Brant, 2004) Na tentativa de se defenderem desse cenário desagradável, as equipes desenvolvem diversos mecanismos de defesa, seja a burocratização do trabalho, seja o isolamento e discriminação maior entre 'o nós' e 'os outros', e assim, monta fortes barreiras que evitam se colocar em contato com esse sofrimento ou torna-se retaliadora com os usuários. Lidar com essas dimensões requer dispositivos de trabalho que permitam restabelecer espaços subjetivos conjuntos e operatórios. (Onocko Campos, 2005) A GAM foi identificada como uma das instâncias onde se pode experimentar e analisar situações com um grau de implicação maior em relação àquilo que é produzido.

Conhecimento sobre os direitos dos usuários

Em relação aos direitos, a maioria dos entrevistados trouxe sua percepção de que boa parte dos usuários não conhece seus direitos. Contudo, falaram que eles próprios os desconhecem e poucos sabiam mencionar as fontes, leis ou locais onde poderiam acessá-los. Na medida em que o Guia trazia tarefas sobre pesquisar ou experimentar exercer os direitos discutidos, diversos empecilhos para o exercício real destes surgiram. Apontaram que a maioria dos direitos é fictícia, ou seja, estão escritos, mas sem repercussões práticas na vida de cada um. Assim, os trabalhadores listaram possíveis barreiras da aplicação dos direitos dos usuários nos serviços, em três categorias:

1. **A não existência de informação a cerca do tema.** Apontamento que apareceu antes de iniciar os grupos, mas identificaram a vivencia GAM como ferramenta importante para adquirir tais informações.

“Quanto ao direito dos usuários, ainda não sei te falar se existe a lei que fale disso, mas imagino que tenha, se não tiver, deveria ter. Mas pensando nisso considero que o meu conhecimento sobre os direitos dos usuários também melhorou. É aquela coisa, de você ter a autonomia para dizer não para o tratamento, de não querer fazer o uso da medicação e de você não ficar querendo tanto que ele mude de ideia.” (Trabalhador1 T0 e T1).

A partir das dinâmicas do Guia, narraram que este conhecimento sobre direitos dos usuários veio à tona. Se em T0 o conteúdo relacionado ao tema se manifestou de forma genérica, sem saberem sobre fontes, leis ou sobre o que especificamente abordavam, em T1 apresentou-se mais específico. Tiveram na vivência da GAM a oportunidade de pesquisarem juntos e discutirem sobre estes direitos.

“Quanto aos direitos dos usuários conheci coisas que não conhecia, por exemplo, que o usuário não é obrigado a informar que é usuário do CAPS para conseguir um emprego.” (Trabalhador17 T1)

2. A não existência de estrutura ou não organização do processo de trabalho que possibilite a aplicabilidade dos direitos.

“O usuário tem direito a acesso à saúde. Entretanto, nós estamos sobrecarregados com sessenta, setenta triagens em um dia, o que, realmente, é humanamente impossível para a equipe que trabalha dizer que aquela pessoa tem acesso à saúde, naquele dia.” (TrabalhadoraT3 T1).

Aqui falaram não apenas das condições de trabalho – alta rotatividade de profissionais, inexistência de práticas que deem voz aos usuários, burocratização dos canais de participação popular, alta demanda, insuficiência de dimensionamento de recursos humanos, sucateamento dos serviços e etc. – mas também do disparate entre os próprios direitos que defendem e a inexistência de regras e processos de trabalhos internos dos serviços para permitir sua efetivação. Um exemplo corrente disto foi em relação ao fornecimento da bula

farmacêutica (direito à informação, garantido por lei), quando perceberam que seus próprios serviços não cumpriam. Esta situação não ocorria deliberadamente por vontade dos gestores ou trabalhadores, mas relataram que por ser uma situação que nunca deram importância ou atenção, ocorria, pois não recebiam bulas suficientes para que fossem distribuídas a todos.

“Penso que ficamos aquém de informar aos usuários sobre os seus direitos, poderíamos fazer isso em momentos mais amplos, a gente tem tudo para fazer e não faz, por medo mesmo. É aquela história, mais ou menos como o GAM, são os direitos dos usuários, e se eles souberem demais virão questionar. E tem coisa que você tem para dar e outras que não tem. Tanto que em nosso grupo aconteceu algo super legal dos usuários se reunirem e falarem: - Olha, como que eu tenho direito à bula, se eu nunca vi uma bula na medicação? E descobrimos que nós não tínhamos bulas. E que não tínhamos de onde tirar porque o medicamento vinha a granel. Então, isso é um direito dos usuários? É. Estava escrito, se está falando para ele que ele tem esse direito, e ele te diz que tem o direito. E no fim estamos falando e não estamos dando. A gente fica no meio, nesse sentido, meio vendido. Acredito que não é só aqui, o SUS está ficando muito vendido. O que se promove é maravilhoso é um exemplo mundial, mas na prática fica muito vendido. Quando o usuário vem questionar seus direitos, é aquele que sabe ler. Segundo, é aquele que conseguiu aquele material. E depois, aquele para assessorar o partido político, que vem exigindo o que sabe que você não tem. Não acho que aprendi sobre os direitos dos usuários, só acho que a gente fica vendido quando tocamos no direito dos usuários, esses direitos são muito amplos. Está certo ser assim, mas não temos, não oferecemos o que é direito. (Trabalhador3 T1).

3. A resistência pessoal e institucional frente os direitos dos outros.

Outra barreira identificada e frequente, era aquela que vinha dos próprios trabalhadores. Relataram que quando informavam aos usuários seus direitos, temiam sentirem-se cobrados. Receavam assim que uma cobrança da ordem do

Estado recaísse sobre eles apenas, uma vez que vivem este papel interseccional de cidadão e representante do Estado. Afinal, são trabalhadores e representantes destes mesmos serviços que não tem condições em fornecer o que lhes é pedido. Isso desencadeou mobilização de alguns trabalhadores e também críticas ao próprio SUS, que ao mesmo tempo cria direitos, mas na prática, não são garantidos.

“E foi uma coisa que me fez pensar que muitas vezes, a gente acaba também não orientando o paciente, algumas vezes por que a gente não tem o conhecimento, e muitas vezes a gente até tem o conhecimento, mas também não passa para o usuário, porque a gente descobre que o usuário que está bem orientado dá trabalho.” (Trabalhador1 T1)

As barreiras para os direitos dos usuários do SUS possuem várias dimensões e foi a partir da percepção da negação destes direitos que os trabalhadores mais refletiram sobre eles.

“Inclusive a questão do paciente, que pediu, pediu, pediu, durante o grupo todo, e agora, para alterar sua medicação. Incomodou, incomodou. Tinha gente que passava perto de mim e falava: - Ai, ai, ai hein! Se o meu paciente quiser parar o remédio... Não pode, você sabe que não pode, nem pensar. Escuto isso pelos corredores. E: - Cuidado com o que vocês falam lá dentro.” (Trabalhador5 T1)

Em outra pesquisa também envolvendo a abordagem com a estratégia GAM, revelou que a atitude das equipes diante de uma recusa de uso de medicamento, por usuários com o juízo crítico preservado, varia desde a sua não aceitação e, conseqüente, desligamento do serviço, à aceitação com ressalvas. Subsistem, nesses serviços, espaços de controle, de dominação, onde os direitos dos usuários são inibidos ou aceitos com cautela. (Onocko Campos et al., 2013) Outro estudo indica uma contradição reinante nos serviços, como espaços de captura, com a persistência do estigma e de manejos tutelares que se ancoram ainda na suposta “falta de racionalidade” dos pacientes graves. (Figueiró e

Dimenstein, 2010) Bleger, (1984) aponta a tendência das organizações em reproduzir os problemas que elas se propõem responder. A tendência à tutela, justificada pelos "riscos potenciais" de um usuário de serviços de saúde mental para a sociedade, faz persistir a ideia de que o usuário não é capaz de discernir o que é o melhor para ele, reforçando sua exclusão no processo decisório de seu tratamento. (Carson, 1997)

Vasconcelos (2007) relaciona as barreiras para a aplicação dos direitos no campo da saúde mental tanto do ponto de vista histórico social como do ponto de vista das contradições internas do próprio movimento de usuários. Essa reflexão é pertinente, pois a estratégia GAM, originária da ação e militância de usuários canadenses, teve como pano de fundo a luta social pelos seus direitos. Direitos a negar o tratamento proposto, a escolher a forma de tratamento que melhor lhe convém, direito a negociar de igual para igual com o seu médico, etc. (Vasconcelos, 2013) Contudo, com contextos históricos diferentes dos movimentos de usuários no Brasil e no Canadá, a manifestação da mesma estratégia apresenta conformações, expectativas e resultados diferentes.

Brasil e Canadá possuem contextos de formação cultural e social radicalmente diferentes, sendo o primeiro baseado na colonização de exploração e o segundo na colonização de povoamento. Embora, em ambos os casos, as colônias se constituíram extensões das economias metropolitanas, cumprindo suas "funções históricas" de complementá-las, os motivos colonizadores foram diferentes.

Segundo Morton (1989), a colonização inglesa, no Canadá, é um exemplo de colonização de povoamento, em que os colonizadores buscam desenvolver a região colonizada. Criam leis, organizam, investem em infraestrutura e lutam por melhorias. A participação da iniciativa privada ocorreu de formas diferentes nas duas regiões. No Norte voltou-se para a manufatura e comércio, no Sul, foi latifundiária e escravagista. Além disso, devido às várias guerras civis em que a Inglaterra participava nesta época, um pacto colonial ameno foi gerado. Como resultado, formou-se uma colônia quase autônoma em relação à metrópole e um

forte mercado interno. Sinais destas origens ecoam até hoje onde temos uma cultura mais marcada pelo protestantismo, individualista, com laços familiares mais frágeis e mais valorizadora da autonomia pessoal, com maior desenvolvimento e participação do chamado Terceiro Setor em suas políticas sociais. Assim, nos movimentos sociais em saúde mental, os usuários constituem um ator social ativo com um perfil mais autonomista e radical em relação aos programas estatais e aos profissionais de saúde. (Vasconcelos, 2013) Se por um lado temos uma sociedade com um Estado forte e interventor na vida do indivíduo, por outro, tem-se um movimento social capaz de lhe fazer antagonismo.

Ao sul, o modelo mercantilista português escolheu para o Brasil monoculturas sucessivas e extração de minérios, madeiras etc, ou seja, atividades econômicas com pouco nível de industrialização e, portanto, atividades carentes de mão de obra escrava, apta ao trabalho brutal. (Chaui, 2000) O processo de diversificação econômica no Brasil (para além do nicho agrícola e extrativista de matérias primas) só iniciou séculos depois, a partir da vinda da família real, e mesmo assim, de maneira lenta e gradual. Somente no início do século XX foi possível algum desenvolvimento visível, ainda assim com um investimento muito mais limitado, ou quase nulo, em programas de bem estar social.

Enquanto a sociedade brasileira possui matriz de formação na tríade de raças (europeus, africanos e indígenas), o Estado brasileiro possui sua herança atrelada quase que exclusivamente às tradições dos colonizadores portugueses. Neste Estado imperam influências da cultura latina, católica, familiar e hierárquica, com forte tendência à segregação das classes populares, à burocracia e ao patrimonialismo. Segundo Weber (1999), no patrimonialismo o governante trata toda a administração política como seu assunto pessoal, ao mesmo modo como explora a posse do poder político como um predicado útil de sua propriedade privada. O patrimonialismo já mostrava raízes desde a fundação do Estado português, nas práticas de concessão pessoal de títulos, de terras e poderes a senhores de terra ligados à Coroa Portuguesa. Esta característica, herdada pelo Estado Imperial brasileiro, configurou uma hierarquia social informal, estruturada

em laços e redes personalizadas de influência, influenciando distribuição de títulos cargos e direitos, com clara apropriação da esfera pública por redes de interesse privado das oligarquias brasileiras. Para Holanda (1969), o perfil de homem público nacional era aquele que, nascido e criado sob um invólucro cultural marcado pela forte presença dos valores de um núcleo familiar de caráter patriarcal, carregava para o âmbito público os mesmos traços paternalistas delimitadores de sua visão de mundo.

Na população trabalhadora, esta característica se expressa em uma concepção hierárquica da vida, valorizadora da dependência e dos laços pessoais e familiares, como estratégia de mobilizar suporte social concreto e como forma de ter algum acesso aos limitados benefícios e serviços sociais públicos, em detrimento de formas anônimas e legais de garantia de direitos individuais universais. (Vasconcelos, 2013) Desta maneira, o mecanismo de constituição de um espaço público autônomo não teve terreno histórico fértil no Brasil. O espaço público manteve-se atado aos laços tradicionais portugueses, de predominância das relações familiares, com a transposição destes valores inadvertidamente para a esfera pública. Esta tradição produz marcas culturais e políticas em todas as esferas de ativismo social e na relação com os profissionais e as instituições de política social, na direção inversa da autonomia, reforçando a cooptação pelo Estado de qualquer sinal de movimento social ativo. (Faoro, 1977)

Seguindo a tendência aqui discutida, os movimentos sociais brasileiros no campo da saúde são compostos quase em sua maioria por profissionais de saúde e por agentes estatais. Existem poucos trabalhos sobre a cartografia destes movimentos. Vasconcelos (2010) aponta que mesmo o crescimento da participação de usuários e familiares é lento. E mesmo nas associações com maior participação dos usuários, em geral, assumem conformação mista (usuários, familiares e profissionais), onde os últimos têm um papel mais proeminente e regular, em um quadro de organização, bases financeiras e ativismo político em geral bastante fragilizado.

Neste contexto, compreende-se o porquê da estratégia GAM, no Brasil, ter encontrado nos trabalhadores da saúde e em espaços institucionais Estatais, pontos de apoio e ancoragem para sua implantação, algo considerado impensável pelos defensores da gestão autônoma da medicação no Canadá. Poderíamos perguntar, portanto, tal arranjo brasileiro é um fator limitador para apropriação do saber e do poder dos usuários? Se por um lado existe o risco de cooptação e burocratização da estratégia pelo Estado, por outro, há a possibilidade de atingir um público mais inacessível ao similar canadense: o trabalhador de saúde.

Posições do entrevistado frente ao usuário após a vivência GAM

Respeito ao Usuário, Confiança e Vínculo.

Após a vivência na intervenção GAM, os trabalhadores relataram sentir maior segurança na sua prática clínica. Falam de uma mudança em relação à sua postura dentro do próprio serviço e equipe, questionando mais, inclusive o médico. Salientaram a abertura da possibilidade de orientar melhor os usuários, particularmente em relação aos medicamentos, sem a necessidade de remeter diretamente tudo ao médico, ou gerar mais uma consulta somente por dúvidas sobre medicamentos. Desta forma, assinalam maior segurança na prática clínica, voltada ao respeito aos direitos dos usuários, como, por exemplo, na decisão do uso dos medicamentos.

“Atualmente, se alguém fala que quer parar com o medicamento, olho no prontuário e se ele estava tomando o medicamento para algo pontual, consigo conversar com o paciente com mais tranquilidade, e se parou tudo bem. Porém, se vemos que é uma pessoa numa situação mais complicada, mais grave, que conhecemos o histórico e que fala em parar o medicamento, tentamos conversar antes em equipe e organizar para que ela dê continuidade com a medicação para não se desorganizar tanto. Hoje fico mais sossegada para lidar com isso, antes tinha mais receio, agora consigo perceber qual paciente vai ficar MUITO RUIM e precisará retomar o medicamento e aquele que não voltará pior, se organizará. Se

um desses que pode ficar muito ruim parar com o medicamento terei que cuidar da minha ansiedade, porque eles voltarão e precisarei estar ali para atendê-los novamente. Terei que trabalhar minha tolerância e frustração. Estamos aqui para isso, trabalho eu com minha agonia e o paciente vai tomar conta das coisas dele. Atualmente não tenho mais essa percepção geral de que vai piorar com certeza. (Trabalhador8 T1)

Alguns passaram a relatar, no momento T1, que refletiram sobre “um sentimento de posse e responsabilidade em relação ao usuário”. Identificaram, que este sentimento é presente e difícil de se desvencilhar por completo. Ele vem associado a uma maior responsabilização da parte do cuidador, maior intervenção junto aos usuários e, conseqüentemente, privação da própria autonomia e do direito da liberdade de escolha. Após a experiência GAM e releitura de sua primeira entrevista, alguns perceberam sua forma de agir, classificando-a como: exagerada, opressora, paternalista e autoritária, nas palavras dos próprios entrevistados.

“Se ele insistisse, acho que chegaria para ele e falaria assim olha: “você tem que continuar tomando a medicação”. Ia pedir para ele ir voltando, para a gente ir conversando e ver qual que seria a evolução do sujeito em questão. Se ele já tivesse parado de tomar a medicação eu iria continuar acompanhando ele ainda. Eu acredito muito no paciente.” Nossa Senhora! Infelizmente, eu realmente disse isso na época. Nessa minha fala, fica claro o que eu disse anteriormente: a gente quer ter poder sobre o usuário, mas não quer que ele venha nos cobrar. Geralmente falamos que somos oprimidos e tudo, mas nós somos extremamente opressores. A gente vira referência de um poço de conhecimento para o usuário. Acho que naquele momento, quando fiz a primeira entrevista fugi um pouco das coisas que eu acredito. Vesti-me num papel de profissional de saúde conservador que a minha graduação me permitiu ser por um bom tempo. Hoje, não falaria algo assim e o GAM me ajudou nesse sentido” (Trabalhador1 T0 e T1)

No relato dos alguns profissionais, a experiência da estratégia GAM teve um impacto no tipo de vinculação e possibilidade de conversas, diferentes do que

acontecem nas consultas de suas clínicas habituais. O fato de seguirem um mesmo grupo de usuários constantemente, semanalmente, por mais de seis meses, foi considerada como uma boa novidade para muitos. Isto possibilitou compreender o aspecto simbólico da medicação para cada usuário. Em uma das entrevistas, por exemplo, chamou a atenção o fato de que muito do que se fala nas consultas não é realmente entendido. Incitou a reflexão que os trabalhadores precisam repensar os métodos e formas de comunicação com os usuários.

“Percebi que o grupo me fez repensar, e não sei como, mas vai mudar a minha prática, eu acho que estou mais atenta a algumas coisas. Primeiro eu achava que eu falava, de forma lúdica e repetia, e que estava sendo entendida, porque a pessoa dava um feedback. Mas hoje percebo que não quer dizer que realmente aquilo tenha sido esclarecido. Eu pensava que eu já fazia de uma maneira acessível, agora estou vendo que não. Acho que o grupo foi o melhor espaço para ver isso, porque tinha pacientes meus meio que termômetros, eu esperava que eles soubessem mais, até porque, eu abordava bastante nas consultas.” (Trabalhador6 T1)

Ter a abertura para ouvir signos e significados descolados do filtro teórico da saúde, possibilita fortalecimentos de vínculos. Para Campos (2002), um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe que lhes serve de referência. A construção do vínculo é um movimento duplo, em que depende do usuário acreditar que a equipe de saúde poderá lhe apoiar na defesa de sua saúde, assim como depende dos profissionais, no respeito e compromisso com aqueles que os procuram. A construção de vínculo depende, portanto, do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma região. Os vínculos são construídos através de laços de confiança, possível a partir de uma clínica ampliada e espaços de escuta que possibilitem um diálogo para além do padrão de queixa-conduta, presente em alguns serviços de saúde. Os grupos GAM aparentaram serem espaços com este

potencial, uma vez que descobriram informações sobre os usuários, que mesmo os casos acompanhados à longo tempo, que não sabiam.

“Eu fiquei surpreso com algumas coisas sobre o GAM, como por exemplo, com relação ao desconhecimento dos pacientes em relação ao tratamento, em relação aos medicamentos e ao diagnóstico. Eu não achei que era tanto assim. Ninguém sabia praticamente nada, não tinha um paciente que sabia todos os nomes dos medicamentos que tomavam. Eram pacientes estáveis, sem prejuízo cognitivo que você vê que foi falha ou descuido nosso.” (Trabalhador16 T1)

“Os usuários passaram a falar, “agora a gente vai poder cumprimentar vocês”. Acho que eles veem a instituição como um ser fechado, e, de repente, eles também acessaram a gente enquanto instituição. Ficou muito claro para todos, deles se sentirem muito pertencentes àquela unidade, não só como o sujeito que vai repetir receitas.” (Trabalhador9 T1)

A Clínica Flexível, rumo à decisão Compartilhada.

Antes da experiência GAM, foi recorrente nas narrativas “tentar entender melhor” um pedido de parada do uso do medicamento. Relataram insegurança com esta situação e apontaram como prudente envolver outras pessoas, conversar com o psiquiatra ou médico, discutir com equipe do serviço, admitindo um desconhecimento sobre os medicamentos. Alguns continuaram a descrever que a validação da decisão do usuário parar ou não a medicação, dependeria da conversa com essas outras pessoas. Algumas narrativas indicaram também que a ação, portanto, a ser tomada seria convencer o usuário a manter o medicamento.

Por outro lado, mesmo em T0, poucos mencionaram que o uso do medicamento era considerado, exclusivo e essencial no tratamento. Uma parte do grupo achou possível experimentar e seguir o desejo do usuário em reduzir ou parar uso de medicamento. Poucos relataram resistência à decisão do usuário e propuseram apoiá-lo. Caso houvesse piora clínica, tentariam renegociar o retorno

ao uso dos medicamentos com a ajuda das pessoas implicadas (equipe do serviço, familiares, rede social), de forma conjunta.

Poucos, independente do local de trabalho, atenção primária ou CAPS, encarariam isso com mais tranquilidade e sem nervosismo. Apesar de compreenderem que uma pessoa não quer usar um medicamento para o resto de sua vida, relataram que tentam mediar este desejo com o que é prescrito pelos serviços de saúde. Apontaram que este papel de mediadores lhes traz muito incômodo, não gostariam de ocupá-lo, mesmo sentindo-se pressionados para tal.

Contaram ser difícil sustentar o projeto terapêutico de alguém sem medicamento, salientando o peso de uma “cobrança social” que acontece, seja pelos serviços de saúde, pelas famílias, pela própria sociedade ou por eles mesmos. Entretanto, concordaram que quando a pessoa está muito desorganizada e não parece ter crítica em relação ao seu estado, a decisão da medicação é feita pelo outro, de forma autoritária, tanto antes como após a experiência GAM. Apesar de não gostarem e considerarem isso triste, quando a pessoa fica um pouco melhor, a negociação da medicação volta a ser possível.

Somente um entrevistado, em T0, associou a possibilidade de retirada ou não da medicação ao diagnóstico, deixando esta decisão como responsabilidade do médico. Ainda, alguns entrevistados relataram que o pedido de parada dos medicamentos era uma forma de protesto, justamente pelos usuários não terem espaço para conversar sobre esse assunto. Este mesmo entrevistado referiu mudança em sua percepção após experiência da GAM e ouvindo os usuários, considerou que generalizou demais e que existem vários fatores que influenciam a parada do uso dos medicamentos.

Após a participação na estratégia GAM, encontramos posições variadas, porém em proporções diferentes das iniciais. A maioria se sentiu mais tranquila, aumentou o conhecimento relacionado aos direitos dos usuários, e se permitiu uma posição mais flexível na hora de negociar com o usuário. Identificaram no processo de acessar o saber experiencial, o saber técnico científico e o

autoconhecimento sobre os medicamentos como um fator tranquilizador para suas práticas clínicas. O fato de se sentirem com menos dúvidas sobre uma parte do tratamento que está frequentemente presente, o uso dos medicamentos, contribui para desmitificar este saber. Assim, apareceram nas falas um aumento do respeito à opinião do usuário, abrindo a possibilidade para uma melhor capacidade de negociação e conciliação, o que seria a indicação do serviço com o que é de desejo do usuário.

“Antes do GAM, acho que era mais dura nesse sentido, eu cansava a pessoa pra desistir da medicação, cansava mesmo. Marcava outra consulta, fazia pensar sobre isso, oferecia mil outras alternativas possíveis, isso realmente quando não era um caso grave, quando era realmente um caso de sofrimento, me levanto rápido com a medicação, a coisa não espera mais. Mas agora não, porque eu estou bem mais branda, mas se quer, tá bom, vou falo com o médico, e pergunto se ele quer avaliar. Normalmente os médicos confiam na minha avaliação, mesmo assim deixo a opção para avaliarem. Assim, me sinto muito mais tranquila, penso que comecei a ver que a medicação não é só a medicação em si, mas o simbolismo que a medicação traz, e poder trabalhar com isso, que antes eu era mais dura. (Trabalhador3 T1)

“Em relação à minha prática, após participar do grupo consegui negociar mais o tratamento com usuários, de forma mais fluida: alta do leito, medicação. Meu conceito de autonomia mudou, consigo junto com o usuário problematizar e negociar a situação, avaliar junto os combinados . Construir com o usuário formas dele lidar com suas dificuldades” (Trabalhador17 T1)

“Em relação à minha prática, antes de participar do grupo GAM eu tinha um pouco de dificuldade em negociar. Eu me sentia mais presa pra negociar, pensava: nossa acho que eu não vou por o meu tanto na reta assim, vou segurar um pouco mais. Acho que depois do grupo consegui deslanchar um pouco mais nisso. De preocupações como, ‘dou alta pra um paciente psicótico que melhorou mas que não está 100%?’, atualmente consigo falar ‘está bom, você vai pra casa então, tranquilo, o recurso da internação nesse momento já cumpriu a sua tarefa’.

O fato de ficar mais tranquila e não achar que a pessoa tem que estar 100% bem, levou-me a fazer a clínica um jeito mais fluido, com swing e antes era muito mais rígido para mim. Tinha que ter parâmetros bem claros para deixar alguém ir embora ou para fazer medicação. Agora é com mais calma, vou escutar melhor o pedido, vejo no que o sujeito pode se comprometer, se implicar. Foi bacana porque tive boas respostas nesse sentido. (Trabalhador13 T1)

Estes três últimos fragmentos de narrativas sugerem a contribuição da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação para uma clínica mais fluida, flexível, negociada, do “swing”, como uma dança, de forma mais tranquila, mais respeitosa e mais calma. Houve diversas denominações para a percepção de maleabilidade na clínica, atrelada à possibilidade de negociar e tomar as decisões de forma conjunta com o usuário sobre o curso do seu tratamento.

Um trabalhador que inicialmente chegou a mencionar o uso de medicamento para toda a vida no T0, avaliando a partir de critérios diagnósticos e apoiando-se na noção de gravidade, após a GAM apresentou-se mais maleável em seu discurso.

“Sobre o direito do paciente em negar-se ao tratamento, eu acho que não mudou muito o que penso, depende, a gente tem critérios de gravidade, muitas vezes um paciente, por exemplo, que é bipolar eu sei que ele vai ter um decréscimo, uma crise se ele parar de tomar a medicação, vai ser muito ruim. Mas se isso for trabalhado e acabar sendo uma decisão dele, talvez seja importante ter essa crise, ele experimentar e ver que não é por aí. Isso tem que ser conversando, planejado, ter segurança, mas é difícil. Um paciente que é psicótico, o risco é muito grande, aí penso que já entra a família, e depende como está o juízo crítico dele naquele momento. Com paciente, cada caso é um caso. (Trabalhador7 T1)

Segundo Campos 2000, a criação de novas relações entre os usuários e a equipe de saúde em que o cuidado é compartilhado permite um reposicionamento subjetivo dos trabalhadores e dos usuários. Quando o sujeito do saber passa a ser o próprio cidadão, e não apenas o acúmulo científico, possibilita uma nova atitude

no encontro terapêutico. Segundo o autor, deste modo, o tratamento passa a ser guiado pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro e não apesar dele. A inclusão do fazer coletivo possibilita trocas e produções de novos modos de viver, descobrindo-se caminhos não antes cartografados pelo suposto saber científico. Enfatiza-se, assim, a criação de espaços coletivos que garantam que o poder seja de fato compartilhado.

Aqui observamos uma mudança importante entre a proposta original canadense e a adaptação brasileira. O trabalho de adaptação do Guia canadense ao contexto brasileiro foi orientado para uma composição entre os saberes do usuário e da equipe de referência, em uma gestão compartilhada do cuidado que possibilite processos de autonomia. Diferente da proposta canadense, que a partir da apropriação do poder/saber do usuário, aumentar-se-ia seu poder de barganha para se contrapor às possíveis arbitrariedades do Estado. Não se tratou de uma adaptação visando apenas o encaixe da proposta à realidade brasileira com menor força nos movimentos sociais locais. Pelo contrário, filia-se esta proposta à tradição de tomadas de decisão realizadas de modo compartilhado. Entende-se, assim, que contribuem para a construção de soluções e reorganização das ações terapêuticas, possibilitando o enfrentamento das situações sem a costumeira infantilização dos usuários pelas equipes de saúde. (Onocko Campos, 2005; Campos, 2000).

A participação do usuário nas decisões relacionadas ao seu tratamento, não é mais uma novidade, ao menos não na presente na literatura científica dos últimos 20 anos. Em alguns países, como o Reino Unido, combina-se o que se tem de evidência científica com os valores (incluindo preferências, preocupações, necessidades e desejos) individuais dos usuários e seus familiares. (Fulford, 2011) Os *guidelines* oficiais do sistema nacional inglês deixam explícito que o compartilhamento da decisão com o usuário deve ser condição imperativa para o seguimento de qualquer tratamento. (Deegan e Drake, 2006) A gestão compartilhada do cuidado possibilita o desenvolvimento de uma competência

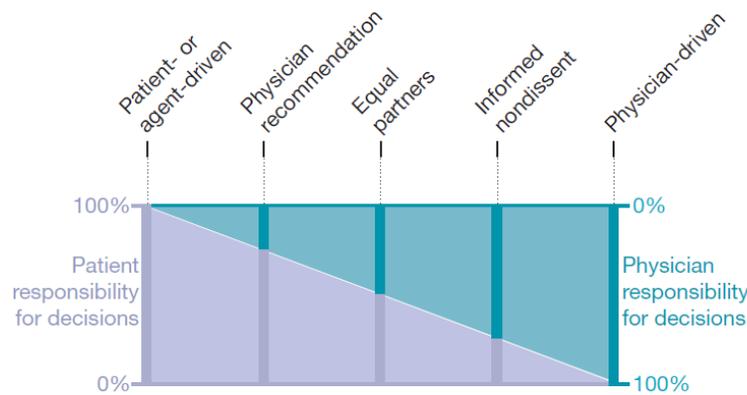
coletiva, fundamental para a produção e reorganização de ações e serviços em saúde dirigidos às necessidades da população.

Kon (2010) vincula a ideia que a decisão compartilhada é um contínuo que varia desde o papel da equipe de saúde como apenas uma consultora das escolhas do usuário até ao tradicional consentimento “esclarecido” de um usuário de uma escolha médica (Figura 4). A noção de contínuo nos dá uma melhor ideia da complexidade desta negociação, onde nem sempre o senso comum do “meio-termo” é a melhor solução. A posição neste ‘*continuum*’ pode se dar de maneira compartilhada, mas dependendo do contexto familiar, social, cultural indivíduo e, dependendo também da disposição dele de assumir mais o cuidado de si ou não, ela pode pender mais para um lado ou mais para o outro deste *continuum*. Esta alusão gráfica explicita melhor o dilema no qual os trabalhadores vivem.

“O grupo GAM não trabalhou pra poder deixar com que a pessoa fique sem medicação, o objetivo foi ajudar os tratamentos, os cuidados juntos, o grupo trabalhou muito isso. No direito de falar sobre a doença junto, falar sobre a medicação junto, entender o remédio, entender o corpo... Dele entender o que se toma, entender os efeitos bons e ruins que a medicação faz, a quantidade que é terapêutica, que pode tomar ou não, de diminuir medicação. O grupo trabalhou isso, do empoderamento do usuário, de chegar pro médico e falar sobre a doença dele, falar sobre aquilo que ele toma e dentro da possibilidade de mexer naquilo, não foi ser radical de tirar. Durante o grupo GAM, a abertura para falar sobre os direitos faz um bem enorme para quem está recebendo informação e para quem está falando. Nem todos do grupo, mas alguns claramente mudaram depois que falamos sobre cidadania.” (Trabalhador12 T1)

Figura 4: Contínuo da decisão compartilhada.

Figure. Shared Decision-Making Continuum



A Escuta, os Grupos e a Educação em Saúde

A participação dos grupos GAM permitiu para alguns uma reflexão e crítica quanto à própria forma de trabalho, no tangente à lógica institucional que prejudica a possibilidade de autonomia e o respeito aos direitos dos usuários.

“Após o GAM, percebi algumas mudanças em minha prática. Hoje, sou mais atento, seja nas discussões, seja na minha relação direta com os pacientes, à autonomia dos pacientes, à relação deles com os medicamentos e o que eles sabem (os tabus) em relação a esse tratamento. Queria voltar naquela questão ‘tomar remédio para o resto da vida’. Atualmente, vejo que poder conversar sobre o fato de tomar medicamento para vida toda não é uma conversa médica, apenas. Não é apenas o médico que se coloca neste lugar, de centralizador desse poder, outros o colocam neste lugar também, e todo mundo está envolvido nisso, cada um na sua posição dentro da instituição. O grupo GAM me deu a oportunidade de refletir mais a respeito desse assunto e perceber essas falhas. Isso foi mais importante, foi o principal. Ajudou-me a perceber uma lógica institucional que repetimos e prejudica o paciente.” (Trabalhador8 T1)

Pelo fato da estratégia GAM ter se concretizado a partir de grupos, possibilitou uma forma diferente da habitual em vivenciá-los. Relataram que nos seus cotidianos há muita dificuldade para planejar, discutir e compartilhar os objetivos de uma intervenção grupal no campo da saúde. Imputaram essa dificuldade à falta de estrutura e à alta demanda que as unidades de saúde estão sujeitas. Um estudo de Juca e colaboradores (2010) apontou que a quantidade de usuários é o motivo para que os atendimentos grupais aconteçam em alguns CAPS do Brasil. Outro estudo (Figueiredo, 2002) relatou que muitos se sentem constrangidos em dizer que atuam com o referencial psicanalítico e preferem falar que, em função dos limites encontrados, realizam uma "escuta", e não propriamente um trabalho que siga rigorosamente o que a teoria propõe. Neste sentido, em uma das narrativas, os grupos foram descritos como salas de aula tradicionais, com pouca abertura para a voz dos usuários.

“O nosso grupo de hipertensos funciona assim hoje: uma vez por mês o paciente vai senta, aí o profissional vai lá e dá uma aula sobre alguma coisa, sem construção nenhuma, interação de ideias, sem essa participação do usuário e tudo. A equipe acha que isso é o grupo, sabe. Bate no peito e fala, ‘esse é o nosso grupo de hipertensos’. E eu já tentei puxar a discussão sobre como fazemos grupo na minha equipe de trabalho várias e várias vezes. As pessoas preferem trazer algo pronto do que construir alguma coisa com o usuário. Conto tudo isso porque o (grupo) GAM me fez refletir sobre essa questão da autonomia do usuário e com o trabalhador. Tanto que eu comecei a construir e estou construindo alguns grupos, com outros profissionais, para começar a fugir das barreiras que me impõem.” (Trabalhador1 T1)

Os pontos que muitos trouxeram como boas novidades da estratégia GAM, nada mais eram do que preceitos básicos de uma boa prática de grupo, revelando assim que os mesmo não faziam parte do dia-a-dia dos serviços.

1. **O fato de ser um roteiro pré-estabelecido** foi avaliado como algo bom, facilitando o cotidiano de trabalho e norteando os trabalhos do grupo. Ao mesmo tempo, isso alivia a carga de conduzir e planejar os grupos no ato, o que permite ao profissional uma participação mais como integrante do que como um condutor do mesmo.

“Adorei trabalhar com o guia GAM, foi muito fácil trabalhar com ele. Na minha experiência de grupo, e eu gosto de grupo, isso foi o que mais gostei, porque chegava quatro e meia da tarde, o grupo estava esperando, pegava o livro, sentava lá e era como ser um participante a mais. Coordenar o grupo é uma coisa, poder participar, poder me expor, não é algo que você faz quando está coordenando o grupo, onde você nunca pode se manifestar. Você nunca pode. Você está sozinho para dirigir o trânsito, digamos assim. O guia, senti que me dava esse alívio, pude participar, da mesma forma que é para os outros participantes.” (Trabalhador3 T1)

“Trabalhar com o guia GAM facilita sempre, porque a gente tem aqui uma demanda de trabalho muito grande. Estava todo mundo com muita coisa, e o grupo exige parar, sentar, conversar depois. Acho que um roteiro ajuda a gente até a se organizar, a gente muitas vezes não consegue sentar antes do grupo, a gente tenta sentar depois do grupo para dizer como que foi, mas não para preparar o encontro, a cartilha já dá esse norte que ajuda a preparar.” (Trabalhador17 T1)

2. **O grupo como espaço de troca de conhecimentos.** Relataram a possibilidade de troca de conhecimentos inclusive com os médicos que participaram. O formato propiciou que temas, dúvidas e demandas reais dos participantes fossem postos para os profissionais de saúde. Já os profissionais relataram sentirem-se mais disponíveis para escutar coisas que antes não lhes tocavam.

“Aprendemos a dar mais importância para o que eles falam. Porque eu conhecia as medicações e para que serviam, mas a maioria dos sintomas, dos efeitos que causam, isso eu desconhecia, de uns ou outros eu conhecia, mas a maioria não conhecia. Então, às vezes, um paciente chegava e falava: - Olha, estou sentindo isso e isso. E não dávamos muita atenção, mas agora, a gente vê que é real. Agora, ouvimos diferente, temos mais escuta para isso.” (Trabalhador5 T1)

“Até a doutora que participou do GAM conosco pegou o DEF (dicionário de especialidades farmacêuticas) e leu junto com a gente. Junto com o paciente, na hora! Mesmo sendo profissional da saúde e lidando direto com isso, o trabalho cotidiano nos deixa meio mecânica. Eu me sentia assim. Com o GAM, acabamos assimilando mais coisas” (Trabalhador10 T1)

3. Escutar sem precisar responder. Participar do grupo sem carregar a chancela de resolver, curar, medicar, aplacar o sofrimento ouvido.

“No grupo a coisa mais fantástica pra mim foi ouvir alguém contar suas histórias sem ter que correlacionar qualquer coisa da vida dele a um diagnóstico, e como que eu vou usar aquilo que eu estou escutando. É estar lá ouvindo livremente. Acho que você é treinado pra isso, pra ouvir, e tudo que você ouviu tem que dar um encaminhamento, tem que lidar com aquilo e de repente lá no GAM não precisava, eu podia só ouvir. Isso foi muito gostoso, ter essa liberdade de não precisar ficar achando um destino para as coisas.” (Trabalhador15 T1)

4. Percepção da necessidade de desenvolver uma comunicação mais acessível aos usuários. Alguns trabalhadores relataram maior atenção na forma de comunicação com o usuário.

“Primeiro eu achava que eu falava, de forma lúdica e repetia, e que estava sendo entendida, porque a pessoa dava um feedback. Mas hoje percebo que não quer dizer que realmente aquilo tenha sido esclarecido. Eu pensava que já fazia

de uma maneira acessível, agora estou vendo que não. Acho que o grupo foi o melhor espaço para ver isso, porque tinha pacientes meus meio que foram termômetros: eu esperava que eles soubessem mais, até porque, eu abordava bastante nas consultas.” (Trabalhador15 T1)

“Foi aí que percebi que a nossa linguagem da saúde é tão rápida. Pra nós é tão fácil de entender, mas no grupo vi que eles tinham dúvida disso, então comecei a agir de outra forma, explicar diferente, até quando ficava encarregada de distribuir a medicação lá no posto.” (Trabalhador10 T1)

A comunicação em saúde pode apresentar-se como uma ação paternalista ou coprodutora de sujeitos. Nos dias de hoje, a comunicação e educação em saúde são centradas no modelo médico-curativo com fortes influências comportamentais que delinea a ação educativa na modificação do comportamento. (Gazzinelli et al., 2006) O Roteiro do Guia GAM é problematizador, uma vez que se utiliza mais de perguntas do que de textos informativos como parte de sua dinâmica. A concepção de educação problematizadora, segundo Freire (2005), tem caráter reflexivo, implicando um constante ato de desvelamento da realidade, buscando uma inserção na realidade, conduzindo à mudança. A educação proposta por Freire se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação dos homens sobre a realidade. Interessante ressaltar alguns sujeitos contaram que a GAM os estimulou a pensar, junto com os usuários, dinâmicas como teatros e leituras conjuntas ao trabalharem com o guia.

5. Planejamento do grupo. Muitos falaram que com esta experiência puderam perceber a dificuldade para planejar e desenvolver grupos nas unidades. Os problemas envolveram desde (i) a dificuldade de manter o *setting*, (ii) definição de um horário adequado para incluir usuários que trabalhavam, (iii) a resistência da equipe e gestor local em “liberar” os trabalhadores para desenvolverem tal

atividade, a até (iv) dificuldade dos moderadores conversarem, seja antes ou depois, sobre o grupo.

“Tinham algumas coisinhas que barravam o andar do grupo. Muitas vezes não participei do grupo porque estava escalada para trabalhar na farmácia, aí não tinha choro nem vela, era eu que tinha que ficar na farmácia naquele dia. Isso atrapalhou um pouco, não poder estar lá no horário do grupo. Outra coisa é terminar o grupo, não conseguimos sentar para discutir o que cada um achou. Dentro do serviço não tem condições, mal acabamos o grupo e já tem gente batendo na porta, porque tem paciente esperando para ser atendido, ou família que quer conversar com a gente. É difícil.” (Trabalhador5 T1)

“Foi difícil articular nossos horários com o dos usuários, e parar as outras demandas do serviço para fazer o grupo. Sempre acontecia o grupo, mas a gente entrava estabana nele.” (Trabalhador16 T1)

Mais de um moderador relatou que para muitos foi a primeira experiência de trabalho em dupla ou em trio. A primeira experiência de um técnico de enfermagem fazer um grupo com um enfermeiro, ou o enfermeiro com um psicólogo e poderem trocar saberes ao fazer a atividade em grupo. Indicaram que conversar sobre o grupo, sobre as impressões ajudou a qualificarem o que ouviram nestes espaços e a melhorarem o manejo nos grupos vindouros.

Avaliaram, por fim, como um espaço de fala, capaz de se discutir questões mais amplas do que apenas as usuais que são tratadas nos serviços de saúde. Espaço com outro tempo capaz de acessar outras dimensões do sujeito

“Tem paciente que eu tinha uma certa dificuldade de lidar, hoje eu não tenho mais, pois aprendi a ouvir o paciente falar. Teve um caso no GAM de uma das pacientes: sabe, ela era do tipo que quando você vê de longe, se você pudesse, saía e não atenderia. Por que ela era petulante. Contudo, dentro do grupo GAM, quando ela falou do sentimento dela, percebi que ela também se via como arrogante, petulante. Ela falou que as pessoas reclamavam deste jeito dela de ser. Depois, para ela, o jeito dela e aquela irritação faziam parte da patologia. O grupo

me fez olhar mais ainda para o paciente, entender mais, o que eles sentem.”
(Trabalhador8 T1)

Cidadania dos trabalhadores e Influências na Instituição

Algumas narrativas trazem momentos, onde o trabalhador passou a questionar seus próprios direitos e percebeu, de forma mais crítica, como lidava com os direitos dos usuários no seu cotidiano.

“Eu vejo a minha vida, sei lá comprei um produto estragado, se for barato, nem vou ao PROCON reclamar, penso que vou me incomodar tanto, será perda de tempo. Isso me fez pensar bastante, sobre os meus direitos também, de repente, ser uma coisa cultural.” (Trabalhador15 T1)

“Em relação aos direitos dos usuários, acredito que o que eu sabia não mudou, só que era um direito que a gente não dava muito, sabíamos que era um direito dele, mas não acatávamos muito. Por exemplo, um usuário quando dizia que não queria tomar remédio, eu sabia que era um direito dele, só que não respeitava muito, tentava engambelar, argumentava que ele precisava. Atualmente fica mais difícil, você sabe que é um direito, e tem que saber antes de falar alguma coisa.” (Trabalhador5 T1)

Este outro posicionamento no grupo permitiu também que os próprios trabalhadores se vissem como usuários de serviços de saúde. Passaram a questionar a relação entre prescritor e usuários sob o ponto de vista do usuário. Por outro lado, sentir-se como usuário pode ter sido um dos caminhos que levou à reflexão a maioria dos entrevistados, que se mostraram mais sensíveis à cidadania do outro, após a vivência GAM.

“Eu como paciente, quando vou ao médico, passei a refletir sobre algumas coisas que antes pensava, como por exemplo, ‘nossa será que não é muita invasão de privacidade ficar entrando em assuntos do médico?’ No entanto, no guia GAM, a gente viu que questionar é uma coisa que faz parte da consulta. Você

como paciente tem direito de perguntar certas coisas que eu achava que não podia.” (Trabalhador10 T1)

“Na época eu tinha temores em falar com o médico, mas hoje acho que estou diferente: é um direito, tanto dos outros profissionais quanto dos usuários ter acesso sobre esse tipo de informação.” (Trabalhador6 T1)

Relataram também que os grupos despertaram diversas críticas aos serviços onde trabalham. Tópicos que antes consideravam como resolvidos (principalmente no caso dos CAPS), como acesso do usuário aos prontuários, às bulas, às informações, etc. Perceberam que estavam longe dos princípios teóricos da clínica da reabilitação psicossocial. Ao vivenciarem as barreiras e debates que a GAM despertou dentro do serviço, tornaram-se mais críticos em relação aos diversos processos de trabalho interno.

“Hoje me pergunto: por que será que o CAPS tem tanta porta fechada? Acho que a gente formaliza muito as coisas e algumas coisas poderiam ser resolvidas no tete-a-tete.” (trabalhador13 T1)

“Teve um dia que um usuário começou um movimento de questionar a dinâmica do CAPS, não só a medicação, mas a dinâmica do CAPS e eu acho que isso teve a ver com a participação dele no grupo, com as questões que a gente ia trazendo. E aí um dia na passagem de plantão ele começa a gritar, a equipe toda na sala, e aí ele começa a gritar lá fora. – Briga! Briga! Não sei o que... Aí todo mundo saiu correndo pra ver o que era, aí ele falou: - A gente precisa gritar pra vocês ouvirem a gente, precisa brigar, alguém precisa brigar, precisa ter confusão pra vocês virem ouvir a gente, o que ta todo mundo lá dentro daquela sala não tem ninguém aqui fora! Aí começou a questionar a convivência, começou a questionar a relação dos profissionais com os usuários, era essa escuta, como eles não eram muito valorizados na fala e parece que só apagavam incêndio mesmo. Só que ele estava bastante alteado mesmo, ficou agressivo, ficou dando chute na porta e tal, e aí por conta dele ter falado essas coisas que são super interessantes mas de uma forma agressiva, a equipe não escutou. Então se os

usuários de alguma maneira fazem essas críticas, eles não são muito escutados.”
(Trabalhador6 T1)

Em relação às influências nos serviços onde a intervenção aconteceu podemos concluir que ela foi quase nula. Diversas narrativas apontaram que os efeitos da estratégia GAM ficaram “isolados”, na palavra de muitos, àqueles que participaram dos grupos GAM. Falaram que isto criava frustrações, pois trabalhavam na lógica de incitar a autonomia no usuário, mas tal atitude era barrada por muitos colegas de equipe. Refletiram que talvez fosse necessária uma maior divulgação nas equipes, apesar de alguns grupos terem levado, com frequência, o que ocorria nos grupos para as reuniões de equipe.

“Tive a impressão que o serviço não abraçou a ideia, exceto os que participaram mesmo. Não sei se é porque é algo que não é do serviço, o grupo GAM não foi considerado como sendo do CAPS.” (Trabalhador12 T1)

Este sentimento de frustração apareceu também quando passaram a refletir sobre situações do cotidiano do serviço que não concordavam. Identificaram que a estratégia GAM influenciou o usuário a retomar o movimento, por exemplo, de questionamento da medicação, mas percebiam que alguns colegas de trabalho se posicionaram contrários a tudo aquilo que perceberam e trabalharam no decurso dos grupos GAM.

“Na minha equipe a gente discute, aceita testar para ver como fica, muda o remédio se não estiver fazendo bem, mas não é todo mundo não, tem gente que não mexe, fala que no que está bom não se mexe.”... eu fiquei decepcionada. De o paciente frequentar o grupo GAM com a gente desde o início, até agora no final, e desde o primeiro dia ele pede pra diminuir pelo menos o remédio dele, porque não se sente bem, acha que não precisa de tudo isso. E a gente percebe que ele não precisa mesmo de tanta coisa, que poderia, sim, diminuir. Entretanto, o pessoal vai e corta ele. Fiquei decepcionada com isso. Falei com minha colega moderadora que eu não me conformo, pois falamos que é um direito do indivíduo, ele vai lá, conversa com a sua referência, nós chegamos a conversar com a

referência, mas nada acontece. Para ele foi uma decepção, ontem, por exemplo no grupo ele falou assim: - É, participei do grupo desde o começo, mas acho que pra mim não tem mais jeito, tem que continuar assim mesmo.” ... “Ele conta no grupo, que na casa dele ninguém o escuta, no CAPS também não recebe atenção e a bebida o distrai. Pensamos em várias maneiras para tentar ajudar, mas não depende da gente, depende da referência do paciente, e ela fala desse jeito, isso é ruim.” (Trabalhador12 T1)

Onocko Campos (2013), em um estudo também utilizando a GAM, indicou a existência de um limite tênue entre o cuidado com a saúde dos usuários e o gerenciamento de suas vidas. Neste mesmo estudo, se percebeu que após a equipe "ter confiado" na capacidade do usuário seguir corretamente o uso do medicamento prescrito, quando acontecia uma piora clínica, conseqüentemente, surgia maior dificuldade em reinvestir na corresponsabilização, o que inclui permitir que o usuário autoadministre seus medicamentos.

Gravel e colaboradores (2006) realizaram uma meta-análise sobre as barreiras de se praticar ações clínicas com base no compartilhamento de decisões com os usuários. Foram incluídos 38 estudos, contabilizando mais de 3000 sujeitos, que indicaram suas percepções em relação às barreiras para a efetivação de uma clínica compartilhada. Os 3 principais fatores descritos foram: (1) a falta de tempo nas consultas, (2) a falta de condições clínicas do usuário, na avaliação dos profissionais e (3) a falta de características pessoais dos usuários para possibilitar o compartilhamento. Ou seja, duas das três principais barreiras estão relacionadas não às condições estruturais, mas sim à uma suposta avaliação sobre a incapacidade do usuário lidar com as possibilidades para o seu tratamento. Outro estudo (Stevenson et al., 2000) corrobora com esta análise, mostrou que apesar das evidências positivas de uma clínica compartilhada com o usuário, os profissionais de saúde são os que oferecem maior resistência. As resistências são mecanismos de defesas baseados na relação transferencial e contra-transferencial das equipes de saúde e seu público, sendo que influenciam no modo de produzir saúde.

Essas resistências se manifestaram de diversas maneiras neste estudo. Os trabalhadores contaram que convidaram, no decorrer da intervenção GAM, outros colegas de trabalho para participarem dos grupos. Muitos evitaram participar com justificativas pessoais ou por demandas dos serviços.

“Em relação aos outros trabalhadores do serviço, até os chamamos para participar, mas justificavam a impossibilidade de participar de varias maneiras: ‘é muito tarde’, ‘tenho que fazer um monte de coisa em casa’, ‘tô cansada’. Por isso, acho que o GAM não teve muita repercussão com os demais não.” (Trabalhador10 T1)

Outros moderadores falaram da dificuldade de envolver a equipe, inclusive para o convite e identificação de usuários para o grupo. Assim, como alguns serviços colocaram empecilhos institucionais para o início da atividade. Por fim, isto reduziu o numero de usuários participantes.

“Encontramos algumas resistências da equipe em encaminhar alguns usuários e o grupo acabou se conformando com poucas pessoas. Isso de certa forma deve produzir algum incomodo na equipe: não quiseram participar e não indicaram pessoas pra participar do grupo. Também achei muito estranho a gestora esperar uma autorização de sua chefia superior para participar da pesquisa, pois todos já conheciam os pesquisadores e trabalhadores participantes.” (Trabalhador16 T1)

Em outra situação, resistências maiores vieram dos médicos.

“Alguns médicos chegaram e nos disseram ‘você não tem que fazer isso. Isso é papel do médico, porque vocês estão fazendo?’. Estão refleti ‘por que eu não posso falar de medicação?’. Pode ser que eu use medicação também, pode ser que um dia eu possa usar psicotrópico. Assim, acho que o GAM gerou um incomodo nos médicos dos CAPS, chegaram a falar: ‘Os pesquisadores estão usando vocês de mão de obra de pesquisa’” (Trabalhador6 T1)

O incômodo com o assunto relacionado à medicação era anterior à própria proposição GAM. E o sentimento de se sentirem tolhidos pela equipe foi comum a

todos os integrantes do grupo, independente se eram usuários ou não. Os trabalhadores falaram que participavam das reuniões de equipe tentando minimizar o temor de que estariam interferindo com os projetos terapêuticos dos usuários participantes do grupo GAM. Medida, entretanto, que não consideraram suficiente para dissipar tais temores.

“Aqui no CAPS tinha um grupo que discutia medicação, mas não vingou, tem muita divergência dentro da própria equipe, muitos acreditam que o paciente não pode ficar sem medicação de jeito nenhum, entra mais em pânico que o próprio usuário, adocece pelo medo, medo do paciente enlouquecer” (Trabalhador5 T0)

“Você faz um trabalho lá e quando chega lá no outro lado eles são barrados, aí eles voltam pra gente frustrados, e a gente fica meio atada, porque a gente falou uma coisa que não está sendo legítima na equipe, a equipe não está falando uma linguagem clara. Então pra começar um grupo desses, a equipe tem que estar um pouco mais esclarecida, tem que trabalhar um pouco mais como equipe, trabalhar um pouco sobre medicação, quais as possibilidades.” (Trabalhador5 T1)

Tais resistências não foram novidades e apareceram em outras pesquisas GAM. Desde casos em que os serviços condicionaram a realização dos grupos à modificação do conteúdo do Guia até a não permissão da intervenção. (Onocko Campos 2012) A GAM teve uma faceta avaliadora, que desvelou várias dimensões do funcionamento interno do serviço e de seus profissionais de saúde. Nestes serviços, transpareceu a falta de espaços de fala sobre o tratamento medicamentoso com o usuário e entre os profissionais das próprias equipes. Ademais, evidenciou a tensão existente entre médicos e restante da equipe, ressaltando que os primeiros tem dificuldade em compartilhar o conhecimento sobre medicamentos, o que torna o assunto ainda mais nebuloso e mitificado.

Esta oposição quanto ao debate sobre os medicamentos, sentida pelos moderadores dos grupos GAM, permitiu uma maior crítica em relação aos próprios

serviços onde atuavam, chegando a uma autocrítica quanto ao seu próprio desempenho enquanto profissional. Se por um lado os efeitos da experiência GAM foram limitados aos participantes, por outro, foram bastante intensos, tendo em vista a recorrência desta temática em quase todas as narrativas.

“Sobre a experiência GAM, para mim foi muito importante nessa questão da autocrítica em relação ao trabalho, em relação ao projeto, perceber que comemos umas bolas que não imaginava que comia. Estamos lidando com um sujeito que desejamos que se reconheça enquanto sujeito, mas isso, não fazemos junto com ele. Perdemos a dimensão de que o preconceito à própria doença em si é estigmatizante, rouba isso deles, querendo ou não. Parece que, às vezes, não investimos nessas coisas e perdemos a dimensão de que essa realidade é importante, de que na vivência do dia a dia cabe isso, e seria importante pra eles.”
(Trabalhador7 T1)

Percepções sobre o usuário após a vivência GAM

Em um universo onde os trabalhadores se queixam da baixa adesão dos usuários aos tratamentos ofertados, a GAM causou uma surpresa neste sentido. Diferentes de outros grupos, identificaram que a presença era alta, quase nunca esqueciam o guia e se interessaram em continuar a proposta mesmo após findada.

“O que mais gostei foi ver o interesse deles, chegavam no horário, perguntavam se teríamos o grupo e quando falávamos que não teríamos por causa de algum feriado, eles ficavam chateados. Parece que o grupo além de mostrar para eles os direitos, a autonomia, e tudo que eles podem correr atrás, era um lugar em que conseguiam falar de outras coisas, problemas pessoais, da vida, se abrir, pedir coisas. Foi isso que mais gostei.” (Trabalhador12 T1)

A construção de um espaço legítimo de trocas de experiências sejam elas de vida, de sofrimento, mas também de uso de medicamentos, possibilitou que alguns usuários se encorajassem a fazer novas tentativas de negociação com

seus prescritores e/ou equipes de saúde. A partir do autoconhecimento e do questionamento do conhecimento prévio sobre os medicamentos, passaram a serem mais críticos e desejosos de rediscutir estas questões.

“Ele tomou coragem, foi lá e disse: - Eu não quero parar de beber minha latinha de cerveja. Como faço? Vou negociar. Isso que ele falou, nunca tinha feito antes, percebeu que podia negociar e tinha interesse.” (Trabalhador3 T1)

“Teve um usuário que não tomava medicação antipsicótica e não entendia porque tomava o Fenegan. Explicamos que também era antialérgico, que em algum momento ele deve ter tido uma crise alérgica, mas também era usado para dormir. Aí ele foi perguntar ao médico porque tomava o tal do Fenegan, e o médico também não sabia! Chegaram a um acordo e ele parou de tomar” (Trabalhador10 T1)

O grupo GAM também apareceu como um momento de preparação para a consulta médica. Os trabalhadores relataram que os usuários se valiam do momento do grupo para se prepararem para a conversa com o seu prescritor. No ambiente onde os usuários possuem receio de conversar e "ouvir um não", ou de serem maltratados, o grupo era um espaço de apoio mútuo e incentivo, assim como de melhor elaboração das dúvidas.

“Teve uma vez no grupo, que em alguns capítulos tratamos sobre como você pergunta tal coisa para o médico. Coincidiu de todos eles virem ao grupo seguinte falando que tinham anotado o que iam perguntar pro médico. Eu achei bárbaro! Por isso acho que a pessoa ficou mais madura, questionou, não apenas obedeceu e até se sentiu ator daquele processo.” (Trabalhador3 T1)

Outros trabalhadores narraram a experimentação da GAM no grupo de intervenção como produtora de maior protagonismo por parte dos usuários, para além da questão dos medicamentos. Observaram o quanto a diretriz da cogestão da medicação e da valorização das experiências possibilita a ampliação da autonomia do grupo.

“Uma das coisas interessantes que aconteceram foi a mudança nos usuários, por exemplo, uns que eram muito apáticos e começaram a nos procurar, tanto pela medicação, quanto pela questão do projeto de vida, falavam: - Eu queria tanto trabalhar! E endereçavam isso à gente, num espaço em que cuidamos de várias coisas. Outra coisa bem interessante foi a questão da discussão com o médico sobre a medicação. Às vezes os colegas falavam: - Estou ligada que fulano está participando do GAM, estou tendo que suar.” (Trabalhador14 T1)

“Percebemos influências do grupo no cotidiano do serviço, especialmente na farmácia. O pessoal vai lá, com voz mais ativa, pede a bula. Perguntam pra que serve o medicamento, geralmente com os profissionais médicos. A referência tem conseguido dizer como está sendo o grupo, nas assembleias já surgiu alguns temas que envolviam isso.” (Trabalhador7 T1)

A discussão acerca dos direitos foi apontada pelos trabalhadores como fundamental para este maior engajamento dos usuários em suas vidas, seus tratamentos e defesa de seus direitos. Indicam um efeito de fortalecimento dos movimentos de reivindicação dos seus direitos em pequenos detalhes do cotidiano que, às vezes, apenas os moderadores GAM puderam notar. Em alguns momentos, perceberam extrapolar a discussão para outros espaços dos serviços, sejam eles assembleias ou mesmo em outros grupos de promoção à saúde que a unidade desenvolvia. Desta forma, os usuários também foram representados pelos profissionais como sujeitos-políticos de direito.

“Por que antes era ‘só o CAPS salva a minha vida’. Não tem o que fazer ‘vou ao CAPS’. Se eu quero assistir um programa de TV, ‘vou ao CAPS’. Tenho um exemplo para contar. Tinha uma usuária que participou do GAM e antes vinha todos os dias no CAPS, queria fazer todas as refeições no CAPS, mas assim sem nada que dissesse que ela precisava de um PTI intensivo. Hoje, ela está fazendo coisas para vender na casa, alimentar, coxinha, brigadeiro, está indo no centro de convivência. Não sei se foi devido ao GAM, mas durante os grupos discutíamos muito sobre o empoderamento, sobre autonomia, sobre gestar a vida. Discutíamos

que a gente tem muito mais valor diante da vida do que a medicação, do que a doença. 'A doença faz parte da gente, não precisa só ser ela que vai dizer quem eu sou', falávamos muito disso com eles.” (Trabalhador14 T1)

“Aconteceu de pacientes que participaram do GAM chegarem com o livro do GAM em outros grupos da unidade e falarem para outros pacientes assim: 'vem aqui que eu vou te mostrar, a medicação faz isso, isso, isso'. Também indagavam para ou outros: 'o médico perguntou para você se você queria tomar medicação? Ele perguntou para você o que estava acontecendo? Será que você precisaria tomar o remédio?'. Assim, achei muito doido ver um paciente com o livro do GAM na mão, no meio de outros grupos, falando essas coisas.” (Trabalhador8 T1)

O Trabalho e limitações com o Guia e Grupo GAM

Como falado anteriormente, os grupos GAM tiveram dificuldades de operacionalização nos serviços de saúde, apesar de todo planejamento prévio descrito. A principal dificuldade mencionada foi quanto à fixação do setting para o grupo: alinhamento de horário dos profissionais, disponibilização continuada de sala e garantia de continuidade dos mesmos grupos de trabalhadores na atividade. Os profissionais reclamaram que a unidade aportava outras demandas de trabalho, mesmo no horário do grupo GAM, apesar de ter sido acordado em reunião de equipe sobre a exclusividade dos participantes para tal atividade. Também ocorreram muitas perdas de diversos profissionais no período, devido a demissões ou pedidos de demissões. Além disso, na montagem do grupo, se depararam com um público que faz uso de uma grande quantidade de medicamentos, mas com acompanhamento esparsos na unidade, o que lhes trouxe outra clientela, não a habitual no serviço.

“Foi legal porque nós nos deparamos com pessoas que fazem uso de uma medicação importante e que tem uma vida que é muito diferente da vida que a gente está acostumada a ver. Eles são professores de escola, enfermeiros, de

outras profissões que não chegam no CS e tomam muita medicação. A preocupação (deles) no primeiro momento era se iríamos tirar o remédio. Então nós fizemos três grupos de montagem do grupo, porque chamávamos uma lista, chegava um, dois. Até que chamamos um a lista absurda em quantidade, para chegarem nove pessoas. Acho que a maior dificuldade da montagem foi a compra da ideia para dentro da unidade, não houveram encaminhamentos, e aí o encaminhamento dependeu de uma ligação de telefone. Um outro problema gravíssimo, o horário, se a gente está falando de um centro de saúde, descobrimos que as pessoas tem muita independência. Não é autonomia, é independência. Elas fazem coisas, e você não pode colocar uma oferta desse nível em um horário que é concorrente às outras atividades da vida delas.”
(Trabalhador9 T1)

Cada unidade montou sua estratégia própria para o convite, pactuação e esclarecimento da proposta do grupo para os participantes. Ao mesmo tempo em que havia uma clientela com maior grau de autonomia, em outras unidades, o que prevaleceu foram indivíduos com baixa escolaridade ou que nunca tinham participado de propostas grupais. Portanto, foi um trabalho com grupos heterogêneos valendo-se de um material único. O desafio de trabalhar com um material escrito para uns foi uma quebra de tabu, pois se surpreenderam como os usuários eram capazes de aderir bem a ele, entretanto para outros foi um empecilho.

“Outra dificuldade que tivemos, que eu achei pontual, foi a dificuldade com a leitura e com a escrita por parte dos nossos usuários. Então eu acho que se o GAM fosse feito, com coisas mais icônicas, mais símbolos, mais figuras, a gente conseguiria um resultado melhor para atingir melhor essa população. A gente trabalhou com um usuário analfabeto que tínhamos que estar sempre do lado. Quando pedíamos para fazerem uma leitura em casa, eles não faziam. Quando pedíamos para buscarem, pesquisarem algo, eles tiveram muita dificuldade. Tem que ser uma coisa mais presencial mesmo, pelo menos no trabalho com o livro.”
(Trabalhador14 T1)

Para muitos foi a primeira experiência de moderar grupos com o auxílio do colega com maior experiência. Vivenciaram todas as dificuldades inerentes de condução de um grupo e quando a tarefa não era desempenhada sozinha, os moderadores, com a ajuda dos apoiadores da pesquisa, discutiam e refletiam sobre as dificuldades e possibilidades do manejo grupal. Em dois casos, como todos os moderadores não tinham experiência de grupo, se desmotivaram frente à tarefa que entenderam ser demasiada para eles. Estes dois grupos não passaram do segundo encontro, o que nos leva à conclusão da necessidade de pelo menos uma pessoa com experiência prévia em manejo de grupo atuar como moderador(a).

“E era tão difícil conduzir, porque às vezes era um assunto tão interessante que não cortávamos, deixávamos ele falar. Daí, os outros começavam a perguntar sobre aquilo, e saíamos um pouco da linha. Isso dificultava um pouco pois não sabíamos como manejar, às vezes, quando era um outro assunto, a gente cortava. Entretanto, quando era uma coisa interessante, que o paciente nunca tinha trazido, a gente parava para ouvir.” (Trabalhador5 T1)

“É ter pelo menos uma pessoa que já saiba como fazer grupo. Porque o guia facilita, mas ao mesmo tempo pode atrapalhar dependendo do entendimento da pessoa, pois pode deixar muito rígido e perder informações importantes, ou perder o potencial.” (Trabalhador2 T1)

A expectativa relacionada à gestão autônoma da medicação foi diferente nos dois campos da pesquisa (CAPS e Atenção Primária). Nos CAPS percebeu-se o temor de que o conhecimento dos usuários quanto aos efeitos indesejados e colaterais sobre os medicamentos levaria à uma debandada dos usuários de suas respectivas prescrições. Na Atenção Primária, ao contrário, víamos que a gestão autônoma da medicação era esperada inicialmente como uma ferramenta capaz de combater a medicalização social. Assim, as equipes da atenção primária viram nos grupos GAM a oportunidade de retirar os medicamentos psiquiátricos da população, enquanto nos CAPS, como uma ameaça que poderia retirar os medicamentos dos usuários inseridos nestes serviços.

Em uma das unidades de saúde da atenção primária, tal expectativa levou a uma forma de divulgação dos grupos GAM que, por fim, afastou possíveis candidatos, onde se pregava a desmedicalização. Outra unidade preferiu transmitir a ideia de um “curso” para os usuários.

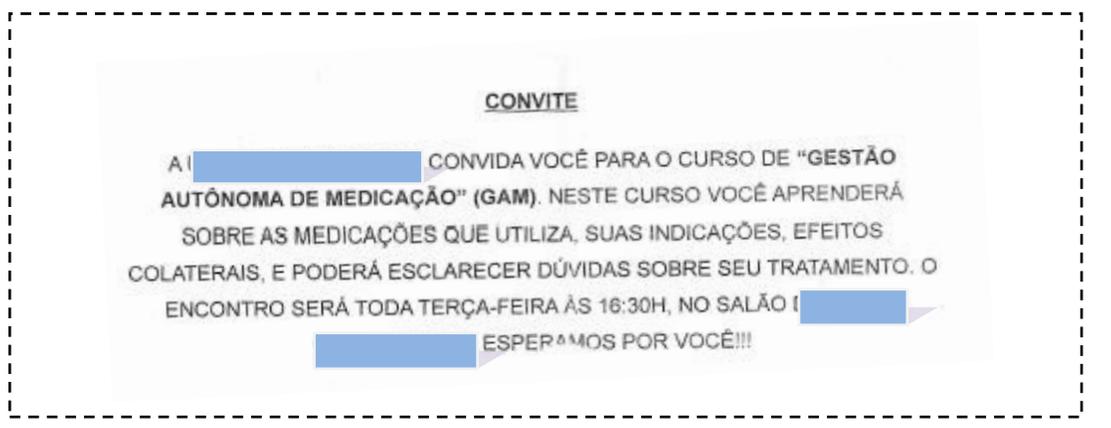


Figura 4: Um exemplo de convite

“Hoje trabalho em uma unidade da saúde da família, você vê essa diferença. Dentro do CAPS, parece muito comum, todo mundo está medicado. Mas aqui fora não, aqui fora o raro é você ter um muito medicado ou com modificação no comportamento em função da medicação, a maioria toma aquelas medicações mais placebos, fluoxetinas, diazepam...” (Trabalhador10 T1)

Outra diferença foi a da clientela percebida. Nos CAPS, os trabalhadores relataram ter a impressão de existir uma clientela com menor grau de autonomia e atribuíram isto à situação socioeconômica e aos diagnósticos dos participantes

“Tem uns que se a gente der um comprimido diferente, ele já sabe que aquele não é o remédio dele, e questionam. Mas eles não são a maioria, pelo menos não aqui no CAPS. Esses que perguntam, questionam, são os que estudaram um pouco mais, que frequentaram um pouco mais a escola, que convivem mais com os outros, que passeiam, não têm uma vida limitada.

Entretanto, a maioria dos nossos usuários, o que dá, eles tomam, às vezes, nem sabem o que estão tomando.” (Trabalhador15 T1)

Neste ponto, evidenciaram-se os imaginários de uma equipe em relação à outra. Os profissionais de CAPS tinham a imagem de que a clientela da atenção primária possuía alto grau de autonomia, informação e participação na comunidade. Entretanto, os profissionais deste campo perceberam uma outra realidade.

“Mesmo com os nossos usuários do centro de saúde surgiu assim: “nossa eu posso questionar o médico?”. Porque o médico tem o saber e o paciente tem que acatar aquilo. Mesmo eles, às vezes, quando tem alguma dúvida, não falam. No guia fala da possibilidade de questionar, de colocarem a vontade deles, expressarem o que querem e isso foi bem legal. Foi possível perceber que eles não conheciam toda a rede aqui do bairro. Tem muita ONG, muito serviço, curso de computação, hidroginástica e muitas outras coisa que são oferecidas aqui no centro de saúde para o bairro e eles não conheciam e descobriram isso no grupo.” (Trabalhador4 T1)

Por outro lado, os trabalhadores da atenção primária tinham o imaginário que os profissionais dos CAPS possuíam um melhor preparo para as atividades em grupo. Algo também contraditório, pois os profissionais destas unidades especializadas também enumeravam várias deficiências para esta atividade.

“Quando participávamos das reuniões entre os moderadores GAM na UNICAMP, percebi que os grupos GAM de CAPS são muito mais preparados. São pessoas que tem mais tempo para preparar o grupo, para discutir sobre. Aqui no centro de saúde, senti a minha inexperiência. Por isso, em futuras experiências GAM, sugeriria que, principalmente para as equipes que ainda não tiveram essa vivência, seria importante estar mais próximo.” (Trabalhador1 T1)

Em suma, em uma rede onde serviços especializados e serviços generalistas propõem-se integrados, a visão do trabalho de um difere muito da percepção do outro. Tinha-se o olhar que a clínica e a demanda do outro possuía condições

melhores, por motivos diferentes, que a sua própria. A estratégia de apoio-mútuo entre os moderadores GAM, que perdurou durante toda a intervenção, foi fundamental para a troca entre estas duas realidades.

Os apoiadores da pesquisa que se reuniam com os moderadores, foram identificados como alguém de fora do serviço. Considerados como um mote, uma desculpa e funcionaram como catalizadores para os moderadores fazerem o que tem dificuldade em fazer: discutirem sobre o grupo fora do grupo.

“Em relação ao apoio, causou um efeito para fora, como o pesquisador vinha perto do horário em que eles começavam o grupo, ficava aquela coisa de que vinha de fora, por causa do grupo deles, achavam importante e não faltavam nunca. Para a gente também, éramos obrigadas a naquele dia sentarmos e nos esforçávamos para fazer o relatório, nos obrigávamos a ter uma posição quando o apoio vinha. As dicas também foram importantes, alguém de fora vê diferente, aquilo que foi analisado e falado pelo pesquisador, nós aplicamos no mesmo dia e continuamos aplicando.” (Trabalhador3 T1)

A pesquisa-intervenção teve uma ação clínica não apenas nos sujeitos moderadores, mas também no apoiador-pesquisador. Vivenciar o processo de apoio com os inúmeros testemunhos sobre a possibilidade de uma escuta mais sensível ao saber experiencial, certamente abre a reflexão na prática clínica deste pesquisador. Entretanto, os trabalhadores alertam que todo o trabalho é um contínuo e todos, sem exceção, mostraram-se propensos a continuar os grupos GAM mesmo após a pesquisa.

Por fim, apesar de este trabalho focar as estratégias e grupos que ocorreram em Campinas no ano de 2011, a estratégia GAM após este período continuou a ser posta em prática por estes e outros grupos de pessoas (usuários e trabalhadores) que entraram em contato com a proposta. O dispositivo apresentou-se e apresenta-se como uma metodologia formadora e fomentadora de críticas e reflexões sobre o cotidiano clínico de cada um.

“É um trabalho de ajudar o usuário pra que ele consiga se rever, se repensar, e necessariamente com a sensação que ele tem um suporte. Não é algo que você vai lá e planta um negocinho e deixa sem regar. Você precisa rega-lo diariamente, fazer um investimento contínuo, de tudo, tanto das particularidades, como de repensar o serviço.” (Trabalhador14 T1)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propôs-se a avaliar os efeitos da vivência na estratégia da Gestão Autônoma da Medicação em trabalhadores de serviços de saúde tanto da atenção primária como da atenção especializada de saúde mental, os CAPS. Tratou-se de uma pesquisa-intervenção, no sentido de buscar o saber pela articulação entre teoria/prática e sujeito/objeto.

Tentou-se dimensionar as consequências, nos trabalhos envolvidos, decorrentes da aplicação de um instrumento que se propunha justamente a favorecer o diálogo e a troca sobre a experiência do uso de medicamentos, num contexto onde a voz dos usuários mostrou-se pouco apreciada. Percebeu-se que a temática da experiência com os medicamentos foi ampliada para outras apropriações do saber experiencial de cada um, do autoconhecimento e da cidadania. O desenho de pesquisa e a metodologia com o Guia GAM propiciou uma mistura de papéis interessantes, confundindo-se os limites entre pesquisador e sujeito.

Em uma pesquisa intervenção tradicional o pesquisador avalia uma intervenção sem participar diretamente dela, enquanto na pesquisa-ação o pesquisador, por estar dentro da situação investigada, problematiza a relação pesquisador/pesquisado, no sentido de estabelecer condições favoráveis a uma melhor captação de informação. (Thiollent, 1987) Entretanto, mais importante do que a diferenciação de metodologias de pesquisa-intervenção entre pesquisa-ação seria a distinção entre as metodologias das pesquisas participativas e não

participativas. O desenho da pesquisa utilizou-se de preceitos participativos e favoreceu a formação de sujeitos-interventores-pesquisadores que se entrelaçaram.



Figura 5: Entrelaçamento de sujeitos.

Por um lado temos os **moderadores** dos Grupos GAM. A princípio, eles seriam os sujeitos de nossa pesquisa, contudo foram os reais condutores da pesquisa-intervenção. Para muitos, a experiência dos grupos foi também uma pesquisa, descobrindo experiências, histórias e saberes populares que não imaginavam encontrar nos usuários. Nós, pesquisadores, diversas vezes nos questionávamos quem eram os reais pesquisadores do projeto. Os **usuários**, por sua vez, também, no início, foram considerados apenas sujeitos da pesquisa. Entretanto, as dinâmicas do guia GAM fomentaram a busca de conhecimentos: a pesquisa de si mesmos, de suas redes sociais, sobre os medicamentos, sobre os direitos de cada um... Por fim, os **pesquisadores**, apesar de não participarem dos grupos em si, reuniram-se com os moderadores, discutiram as dinâmicas e o andar dos grupos, interferiram no planejamento dos grupos seguintes. Nestas atividades de apoio, os relatos e as reflexões dos moderadores tiveram efeito também nos pesquisadores participantes do estudo.

Desta forma, todos fizeram parte de uma intervenção que estimulou a busca, a autonomia do sujeito em construir seu próprio conhecimento e, por conseguinte, propiciou essa proximidade de papéis descrita. O desenho da

intervenção, com cunho participativo, contribui para os efeitos que apareceram aqui, neste caso, particularmente nos trabalhadores. As pesquisas participativas possuem esta natureza, buscam soluções para as problemáticas vividas com a participação dos grupos sociais, facilitando a compreensão e mudança da realidade. (Passos et al, 2009) As estratégias de intervenção tem como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional. (Rocha et al, 2003)

Este projeto de pesquisa teve a pretensão de ser analisador e avaliador apenas da estratégia GAM, todavia a GAM tornou-se também avaliadora das práticas dos serviços de saúde mental onde ocorreu. Este movimento possibilitou o surgimento de críticas frente à inclusão real da voz dos usuários nos direcionamentos locais das ações de saúde. Considerando o contexto brasileiro, o processo de Reforma Psiquiátrica alcançou avanços significativos, com investimentos em recursos humanos, ampliação da cobertura de serviços de saúde mental e políticas de atenção em todo país. Todavia, segue tendo como desafios o aumento da participação dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde e a superação de práticas tutelares para uma produção maior de autonomia.

A construção de um espaço legitimador das experiências possibilitou aos trabalhadores refletirem sobre suas atuações clínicas. Eles indicaram que precisavam ter uma escuta mais ampliada, menos focada nos sinais e sintomas de referenciais técnicos. Esta escuta foi identificada como reforçadora e ampliadora de vínculos entre profissionais de saúde e usuário, o que tranquilizou os primeiros. Permitiu aos moderadores experimentar uma clínica mais leve e flexível, talvez, rumo a uma possibilidade de compartilhamento de decisões. Vale lembrar que todos estes pontos são da ordem da reflexão dos trabalhadores. Não podemos confrontar tais reflexões com o discurso direto dos usuários, por exemplo, e nem contamos com outras ferramentas metodológicas externas para avaliar as práticas clínicas.

Contudo, valeu-se como instrumento de formação a partir do reconhecimento de uma autoridade proveniente do usuário, facilitando o respeito ao poder que dela advém. Aqui se evidencia um papel de desconstrução que a GAM desempenhou. As formulações que se enraízam nos dias atuais evidenciam uma racionalidade científica que possibilita apenas uma forma de conhecimento verdadeiro, ligando o seu exercício à quantificação e à redução da complexidade. (Santos, 1987) As teorizações da racionalidade científica apresentam uma visão teleológica da História, ou seja, constituem-se como superteorias que definem uma finalidade para a história humana, um destino a ser alcançado no futuro. Na pesquisa GAM muitos trabalhadores relataram possuir este conhecimento teleológico a cerca dos usuários, perpetrado de certezas e predefinições. No momento que entraram em contato com as singularidades de cada usuário, perceberam que mesmo o conhecimento de efeitos e ações de medicamentos, era incerto. Interessante foi que quando as certezas viraram incertezas, a segurança aumentou. Um sentimento de segurança de poder incluir o outro nos caminhos do tratamento. Uma vez que se abalam os alicerces do construto de conhecimento científico, fortalece-se a crença no outro para a construção de um novo conhecimento. Tais bases possibilitaram outra maneira de se discutir autonomia, direitos dos usuários, psicofármacos e a influência destes debates na vida de cada um.

No campo da saúde mental podemos ver que existem várias teorias mais recentes, embora com raízes diferentes e que orientam as práticas clínicas em direção à maior autonomia do usuário. Entre elas, o Recovery, a Reabilitação Psicossocial Brasileira, a Clínica Centrada na Pessoa, a Clínica Ampliada, a Educação Popular em Saúde e muitas outras, fazem parte de um mesmo campo de contraposição à racionalidade predominante na saúde. O original da experiência GAM foi propiciar a emergência de práticas com vários aspectos das diversas teorias citadas. Sem pretender ser uma teoria em si.

O nascimento da estratégia GAM no Canadá, por exemplo, se dá no berço do movimento de usuários sobreviventes à psiquiatria. Quando os usuários

canadenses produzem um Guia da Gestão Autônoma da Medicação, este é um produto muito conectado à filosofia do *recovery*. Como vimos, o *recovery* é um movimento que é definido como um profundo e único processo de mudança pessoal onde o cidadão reconstrói atitudes, valores, estilo de vida, objetivos mantendo a direção de viver com qualidade, independente das limitações que um agravo de saúde causa. (Anthony, 1993) A GAM, por se tratar de uma ferramenta de “empoderamento” pessoal, buscando garantir melhor autonomia do cidadão para decidir sobre os rumos do seu tratamento, pode ser entendida como uma estratégia de *recovery*. (Rodriguez, 2007)

Quando a GAM aportou em terras brasileiras, deixou de ser um instrumento feito por usuários e para usuários. Ainda com a teoria do *recovery* em suas raízes, outras tradições se acoplaram a ela. Quando a metodologia GAM reforça a voz dos usuários e o saber experiencial deles, aproxima-se mais da clínica centrada na pessoa. Aproxima-se desta tradição, pois é uma teoria construída para profissionais de saúde. Aqui, diferente do Canadá, as intervenções GAM foram realizadas em sua maioria por agentes do Estado, profissionais de saúde. Como vimos, o método clínico centrado na pessoa visa ampliar a escuta e desenvolver junto com o usuário um plano prático de prevenção e promoção para toda a vida. (Stewart, 2010) Tenta-se tirar o foco da história da moléstia atual, reforçando a contextualização das histórias dos adoecimentos no sujeito, considerando toda sua existência. A anamnese tradicional é apontada como insuficiente para dar sustentação ao conjunto que o sujeito representa e traz consigo enquanto ser existente que, por assim ser, enfrenta o fenômeno do adoecimento segundo sua cultura e personalidade. (Lopes, 2005) Utilizando-se de preceitos parecidos com a clínica centrada na pessoa, a GAM orienta os trabalhadores a perguntar informações que estão à margem da anamnese tradicional, ampliando as correlações do sujeito com suas vulnerabilidades e potencialidades.

Por outro lado, a GAM foi adaptada no Brasil para incorporar questionamento voltado também aos direitos dos usuários do SUS. Pela metodologia pedagógica de buscar o conhecimento e de construí-lo em conjunto

com o grupo, ela se aproximou da tradição brasileira da educação popular em saúde. A educação popular em saúde tem influências históricas das margens da sociedade brasileira que convergem numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população. (Stotz, 2005) As “tarefas” e atividades que os participantes da GAM se engajaram tinham em comum a ampliação de conhecimentos em torno de temáticas de vida, mas também dos seus medicamentos. Para a educação popular em saúde os processos de aprendizagem acontecem na vida e não apenas dentro dos currículos e das instituições formais. Por meio dos princípios do diálogo, do respeito à diversidade e da valorização de sujeitos coletivos, nos permite avançar numa formação profissional voltada para a construção cotidiana dos projetos coletivos ou individuais. (David, 2010)

Por fim, a GAM, por ser uma estratégia nascida da tradição do *recovery*, mas que tomou forma em serviços estatais de saúde, inevitavelmente, tomou uma feição também avaliativa destes mesmos serviços. Neste ponto, a GAM levou a uma reflexão por parte dos trabalhadores que extrapolou o campo do individual e desembocou em análises das instituições e seus processos de trabalho. Através da GAM surgem movimentos descritos por Campos (2000, 2003) onde se evidencia a indissociabilidade entre clínica e gestão. A diversidade de resistências dos serviços de saúde, percebidas pelos trabalhadores, corrobora com resultados de outras pesquisas feitas sobre a GAM no Brasil.

Reforçou-se a noção de que ainda são necessárias mudanças nas práticas em saúde mental, especialmente no que se refere à valorização da experiência do usuário em seu tratamento. Faltou reformar o cuidado, dentro desta reforma, para que as principais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa. Neste sentido, criam-se condições para o usuário, em vez de ocupar um lugar de dependência na relação com o serviço, tenha o serviço como espaço de retomada do seu lugar de cidadão. Afinal, *todo o ser humano é um filósofo em alguma medida, como repetia e repetia Sócrates, Gramsci, Paulo*

Freire e tantos outros, cabe-nos construirmos instituições que favoreçam este devir. (Campos, 2011)

BIBLIOGRAFIA

Amparo, Secretaria Municipal de. Dados sobre Saúde da Família Prefeitura Municipal de Amparo. Amparo: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.

Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*. 1993; 2:17–24.

Ayres JRJM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):549-560.

Ayres JRJM. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde. In: Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R (orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p27-67.

Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*. 1984 Nov;101(5):692-6.

Berrios GE. *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press;1996. p 77-78.

Bleger J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: ArtMed; 1984.

Borges C. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Fev; 24(2):456-468.

Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):231-223.

Ministério da Saúde. *Saúde Mental em dados 11, nº 11*. Brasil: Ministério da Saúde; junho de 2012.

Braverman H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zaar; 1980.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10.216, 2001.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Carta de direitos dos usuários da saúde, 2006. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf

Burack RC, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. *J Fam Pract.* 1983;16(4):749-54.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Departamento de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003a.

Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação do trabalho em saúde. In: *Saúde Paidéia*. SP: Hucitec, 2003b.

Campos GWS, Onocko Campos, RT. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, Minayo, Akerman, Drumond Jr., Carvalho. (Org.). *Tratado de saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p669-714. v1.

Campos GWS, A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7):3033-3040.

Carson D. Good enough risk taking. *International Review Psychiatry.* 1997; 9(2-3):303-308

Chauí M. Brasil: Mito fundador e sociedade autoritária. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2000. 103p. Coleção História do Povo Brasileiro.

Coimbra CMB. Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma Empresa Possível. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF.* 1995; 7(1):52-80.

Conrad P, Leiter V. Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004; 45(Extra Issue):58-76.

Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010; 51:S67-79.

David HMSL, Acioli S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2010; 63(1):127-131.

Davidson L. *Living Outside Mental Illness. Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York and London: University Press; 2003.

Davidson L, Phenomenology and Contemporary Clinical Practice: Introduction to Special Issue. *Journal of Phenomenological Psychology*. 2004; 35(2):149-162.

Deegan P. Recovery as a Journey of the Heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1995; 19(3): 92-97.

Deegan PE, Drake RE. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*. 2006; 57(11):1636-1639

Denzin KN, Lincoln, YS. Entering the field of qualitative research. In: Denzin & Lincoln (orgs). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications, 2000.

Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa: o diálogo das diferenças. In: Minayo & Deslandes (orgs). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p195-223.

Dorvil, H. Nouveau malaise dans la civilisation. Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation. *Cahiers de recherche sociologique*. 2005; 41(42):209-235.

Elias N. *A sociedade de corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001. pp 154.

Elias N. *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70; 2008. pp 32-36.

Elliot C. *White coat, black hat: adventures on the dark side of medicine*. Boston: Beacon Press; 2010.

Faoro R. Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro. Porto Alegre: Globo; 1977. v2. 4ed.

Figueiredo AC. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2002.

Figueiró RA, Dimenstein M. The daily life of users of CAPS: Empowerment or capture? *Fractal: Rev. de Psicologia*. 2010; 22(2):431-446.

Fleury MJ, Ouadahi Y. Stratégies d'intégration, régulation et moteur de l'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*. 2002; 27(2):16-36.

Fleury MJ, Grenier G. Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 2004; 10(1):21-38.

Foucault M. O governo de si e dos outros. Curso do Collège de France: 1982-1983. São Paulo: Martins Fontes; 2005. pp 56-57.

Foucault M. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006. pp 7-15.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. p79. 41 ed.

Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G, Thorton T. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry*. 2005; 4(2):78-86.

Fulford KWM. Closet logics: hidden conceptual elements in the DSM and ICD classification of mental disorders. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (Orgs.). *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1994. p.211-232

Fulford KWM. Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK department of health initiatives in the 'personalization' of care. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):341-343.

Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petropolis: Vozes; 2008. 736p.

Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CM. Educação em saúde: conhecimentos representações sociais e experiências da doença. Cadernos de Saúde Pública. 2005 jan/fev; 21(1):200-206.

Gonçalves LLM. A Gestão Autônoma da Medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental [Tese-doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.

Geekie J, Read J. Making sense of madness: contesting the meaning of schizophrenia. London: Routledge; 2009. 208p.

Gravel K, Legare F, Graham I. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. Implement Sci. 2006; 1:16.

Holanda SB. Raízes do Brasil. Rio de Janeiro: José Olympio; 1969. p.105-6. 5ed.

Illich I. A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina. Rio De Janeiro: Nova Fronteira; 1975. 196p. 2ed. (Tradução de José Kosinski de Cavalcanti).

Jacob KS, Sharan P, Mirza J, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Global mental health 4 - mental health systems in countries: Where are we now? Lancet. 2007;370(9592):1061-1077.

Juca VJSI. Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. Mental [online]. 2010;8(14):93-113.

Kon AA. The Shared Decision-Making Continuum. JAMA. 2010;304(8):903-904.

Leal, EM. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira". In: Figueiredo AC, Cavalcanti MT (orgs.). A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à II conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ; 2001, v. 1, p. 69-83.

Leal EM, Serpa Jr. OD, Muñoz NM, Goldenstein N, Delgado PGG. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos

dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2006; 9(3):433-446.

Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde [Tese-mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Lopes TS, Dahl CM, Serpa Jr OD, Leal EM, Campos RTO, Diaz AG. The process of recovery in the perspective of persons with schizophrenia spectrum disorders and of psychiatrists working at psychosocial health care services. *Saúde Soc*. 2012;21(3):558-71.

Morton, D. Breve História do Canadá. São Paulo: Alfa Omega; 1989. p12-36.

Onocko Campos RT. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec; 2003.

Onocko Campos RT. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: Spinelli H. (Org.) *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p103-121.

Onocko Campos RT. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER (orgs). *Pesquisa qualitativa em saúde – múltiplos olhares*. São Paulo: Unicamp; 2005a. p.261-271.

Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva, *Ciênc. saúde coletiva*. 2005b; 10(3): pp. 573-583.

Onocko Campos RT, Furtado, JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: Onocko Campos et al (orgs). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.321-334.

Onocko Campos RT, Furtado JP, Miranda L, Ferrer AL, Passos E, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a

saúde mental. Revista de Saúde Pública/Journal of Public Health. 2009; vol.43, suppl.1:16-22.

Onocko Campos RT, Gama CA, Ferrer AL, dos Santos DVD, Stefanello S, Trape TL, Porto K. Mental health in primary care: An evaluative study in a large brazilian city. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2011 Dec;16(12):4643-52.

Onocko Campos RT, Palombini AL, Silva AE, Passos E, Leal EM, Serpa Júnior OD, et al. Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2012; vol.16, n.43, pp. 967-980.

Onocko Campos RT, Passos E, Palombini AL, Santos DVD, Stefanello S, Gonçalves LLM, et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2889-2898.

Noiseaux S, St-Cyr DT, Corin E, St-Hilaire PL, Morissette R, Leclerce C, et al. The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research*. 2010; n 10: 161-169.

Passos E, Barros RB. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005 Jul/Set;10(3):315-325.

Passos E, Barros RB. A cartografia como método da pesquisa-intervenção. In: Kastrup V, Escóssia L (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 17-31.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Lignes directrices pour l'implantation des réseaux de services intégrés*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2002.

Ramos S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(4):1067-1078.

Ricoeur P. Interpretação e ideologias. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1990. pp171-172.

Ricoeur P. Tempo e narrativa - Tomo I. Campinas: Papyrus; 1997. p320-327.

Ridgway P. Restoring Psychiatric Disability: Learning from First Person recovery Narratives. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2001; vol 24 n 4: 335-342.

Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. Psicologia ciência e profissão. 2003;23(4):64-73.

Rodriguez LMB. Emergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes la GAM. Nouvelles pratiques sociales. 2007;19(2):111-127.

Rodriguez LMB, Perron & Ouellette JN. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R (Orgs.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p125-151.

RRASMQ. Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale. Montréal: Regroupement des ressources alternatives de Québec (RRASMQ); 6 November 2006.

Santos BS. Um Discurso Sobre as Ciências. Porto: Afrontamento, 1987.

Sanvito WL. Medicina contemporânea: uma abordagem crítica. Rev Bras Clin Med. 2009;7(2):71-3.

Serpa Jr OD, Leal EM, Louzada R, Silva Filho JF. A inclusão da subjetividade no ensino da psicopatologia. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 2007; n 11: 207-222.

Stengers I. Quem Tem Medo da Ciência? São Paulo: Siciliano; 1990.

Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. Soc Sci Med. 2000 Mar;50(6):829-40.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWhinney CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed; 2010, 2ed, p346-376.

Stotz EN, David HMSL, Wong-Un JA. Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Rev APS. 2005; 8(1):49-60.

Strauss JS, Carpenter Jr WT. The Prediction of Outcome in Schizophrenia II. Relationships Between Predictor and Outcome Variables: A Report From the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1974;31(1):37-42.

Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2006 jan/jun;10(19):61-76.

Thiollent M. Notas Para o Debate Sobre Pesquisa-Ação. In: Brandão CR (Org.), Repensando a Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense; 1987, 3ed, p.82-103.

Turato ER. Métodos Quantitativos e Qualitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(5):507-14.

Turgeon J., Jacob, R., Denis, JL. Québec: cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). Les Tribunes de la santé. 2011; 1(30):57-85.

Vasconcelos EM. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no brasil. Revista Vivência (CCHLA-UFRN). 2007; n 32: 173-206.

Vasconcelos EM, Rodrigues J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In: Vasconcelos EM (org.). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010. p141-162.

Vasconcelos, EM. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição

anglo-saxônica e a experiência brasileira. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(10): 2825-2835.

Weber, M. Economia e sociedade: fundamentos de sociologia compreensiva. Brasília: UnB; 1999.

White D, Mercier C, Desbiens F, Roberge MC. Le développement des ressources communautaires en santé mentale. Étude des processus de réforme. Rapport final présenté au Programme national de recherche et de développement en Santé et Bien-être Canada. Montréal: Ministère de Santé et Bien-être; 1994.

Anexo 1

O Guia GAM BR

Guia da Gestão Autônoma da Medicação

GAM



Este **Guia** pertence a:

GUIA PARA O CUIDADO
COMPARTILHADO DE
MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

GAM

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

GUIA PARA O CUIDADO COMPARTILHADO DE MEDICAMENTOS PSIQUIIATRICOS¹

ESTE GUIA PERTENCE A:

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

GUIA PARA O CUIDADO COMPARTILHADO DE MEDICAMENTOS PSIQUIIATRICOS

¹ O termo “medicamentos psiquiátricos” refere-se aos psicofármacos mais comumente utilizados em psiquiatria. Buscando, porém, uma comunicação mais direta com o público a que o Guia se destina, utilizamos aqui, indistintamente, o termo “medicamentos psiquiátricos”, por ser o modo como popularmente são nomeados.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

PARTE UM: SUA QUALIDADE DE VIDA

Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você

Segundo passo: observando a si mesmo

Terceiro passo: ampliando a sua autonomia

Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos

PARTE DOIS: UM CAMINHO PARA MUDANÇAS

Quinto passo: por onde andamos

Sexto passo: planejando nossas ações

Anexo 1: Informações sobre alguns medicamentos psiquiátricos

Anexo 2: Informações sobre algumas interações medicamentosas

Anexo 3: Informações sobre algumas plantas medicinais

Pra começo de conversa

No Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica e da criação e expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Centros de Convivência, alguns grupos têm produzido questionamentos sobre o uso dos medicamentos psiquiátricos.

Algumas pesquisas mostraram que a oferta de tratamentos em saúde mental é, muitas vezes, apenas oferta de medicamentos. Também, apontaram a falta de informação dos usuários sobre o que é prescrito, a não discussão sobre os efeitos indesejáveis, mais particularmente em situações de supermedicação. Essas pesquisas revelaram que muitas pessoas param de tomar seus medicamentos por sua própria conta e, em sua grande maioria, acabam piorando e sendo mais medicadas do que antes.

Esses achados nos fazem pensar na importância de reconhecer as experiências e o saber dos usuários quanto ao impacto dos medicamentos sobre suas vidas.

Vamos debater: Vocês sabem o que é reforma psiquiátrica? Vocês sabem o que são CAPS, residências terapêuticas e centros de convivência?

Nos últimos vinte anos, os serviços alternativos de saúde mental do Quebec (Canadá), propuseram uma nova prática: abriram um espaço de fala a respeito da medicação nos serviços e criaram um Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), que se destina a ajudar as pessoas a refletir sobre o uso de medicamentos, para melhorar a qualidade de vida.

Os psicofármacos têm sido a forma mais utilizada de tratar os problemas de saúde mental, mas não é a única e nem sempre é a melhor. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem como objetivo possibilitar que as pessoas tenham autonomia para negociar ativamente os medicamentos que lhes façam bem, assim como acessar outras formas de tratamento.

Autonomia, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, é sempre construída *na relação com o outro*, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista, numa experiência de cogestão. Pensar em gestão autônoma de medicação implica considerar os usuários como protagonistas e corresponsáveis na gestão do tratamento com medicamentos, participando da decisão de usá-los e do modo como usá-los.

Aqui no Brasil, pesquisadores da UNICAMP, UFRJ, UFF, UFRGS e trabalhadores e usuários de Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Novo Hamburgo/RS, com financiamento do CNPq (o principal órgão de financiamento de pesquisas do Brasil), desenvolveu este guia a partir da proposta do Quebec.

Para tanto, definiu-se como metodologia a adaptação participativa do Guia, envolvendo esses pesquisadores, trabalhadores e usuários em espaços grupais, nos serviços públicos de saúde mental das três

idades mencionadas. A proposta de trabalho do guia em espaços grupais parte justamente do entendimento de que autonomia não se constrói de maneira solitária, mas sim *na relação com o outro*.

Continuando a conversa...

Se você participa do grupo que está lendo este Guia, é porque já deve ter se perguntado sobre os medicamentos que usa e os efeitos que eles produzem em sua vida. Essas perguntas são legítimas e merecem atenção, pois fazem parte do processo para se obter mais conhecimento e autonomia.

A gestão autônoma da medicação é um processo de aprendizado que questiona, de forma respeitosa, suas necessidades e vontades em relação aos medicamentos que você utiliza. Você deve sentir-se à vontade para usar este Guia do seu jeito, envolvendo as pessoas e recursos que podem lhe apoiar nessa caminhada.

O simples ato de realizar perguntas a respeito dos seus medicamentos, de seus efeitos e do papel deles em sua vida pode criar insegurança e ansiedade. Mas compartilhar com outros esse processo pode lhe fortalecer e aumentar sua autonomia, ajudando a valorizar os seus potenciais.

“Uma parte do tratamento é medicação, mas outra parte do tratamento depende de nós” (Fala de usuário participante do grupo GAM)

Conversar sobre medicação não é tão complicado quanto parece, quando se tem o apoio de mais pessoas.

Pessoas que participaram dos primeiros grupos GAM no Brasil deram seus depoimentos sobre como foi:

“Em muitos lugares, diziam que eu era mudo; mas não, era porque eu não queria falar. [...] Eu aprendi muita coisa com o GAM, de eu mesmo poder explicar as coisas pras pessoas. Coisas que eu não fazia, hoje eu sei explicar e eu me sinto bem. Antes, quando falavam alguma coisa comigo, não tinha explicação e eu já partia para a ignorância. Hoje não, eu sento, converso, estão ali me perguntando e eu estou respondendo.”

“Pra mim ajudou na auto-estima e na confiança. No caso, eu queria me esconder das outras pessoas, eu me trancava, me bloqueava. Certas vezes, eu não conseguia falar pras outras pessoas. Eu tinha medo. Então o GAM me ajudou nisto, a levantar minha auto-estima e minha confiança.”

“No GAM, você aprende a se familiarizar com a medicação, a falar com o médico e conhecer um pouquinho mais sobre o tratamento e tornar as coisas mais claras. Acho que isso é bom.”

“Não imaginava que ia ser tão prazeroso, que eu ia aprender tantas coisas. Inclusive, quando eu tenho dúvidas, eu pego o guia GAM e dou uma lida. Não em tudo, mas nas coisas que eu mais tenho dúvida.”

“Foi muito bom a gente conhecer nossos remédios, ler a nossa bula, e chegar lá no CAPS falar: ‘ó, eu quero ver o relatório, o

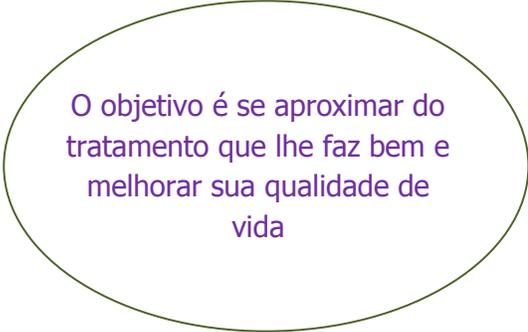
meu prontuário, a minha pasta'. É muito importante isso. Gostei muito, que aí eu pude ver meu CID, o que ele significa e tirei todas as dúvidas."

"Uma Trabalhadora da saúde falou pra mim: 'você não entende de saúde mental'. Eu disse: 'você que não entende, porque eu entendo de mim. Você não dorme comigo, você não fica comigo, você não transa comigo (...). Eu que sei, eu que sei o que está dentro da minha cabeça, não é profissional, profissional não é deus'"

PARTE UM

SUA QUALIDADE DE VIDA

Existem diversos caminhos para melhorar sua qualidade de vida. O importante é conhecer alguns pontos básicos e adaptá-los para a sua própria situação. É para isto que serve o Guia de Gestão Autônoma da Medicação.



O objetivo é se aproximar do tratamento que lhe faz bem e melhorar sua qualidade de vida

PRIMEIRO PASSO

Conhecendo um pouco sobre você

Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?

Como as pessoas que lhe conhecem costumam apresentar você?

Você percebe diferenças na maneira como você se apresenta e como os outros apresentam você?



“Eu sou uma pessoa, não uma doença!”²

O que você pensa sobre esta frase?

²Frase retirada do Guia de Gestão Autônoma da Medicação do Quebec (Canadá) (Relatório do Grupo de Trabalho de Políticas em Saúde Mental. Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec, Governo do Quebec/Canadá, 1987).

SEGUNDO PASSO

Observando a si mesmo...

Para tomar um medicamento é importante conhecê-lo. Para a Gestão Autônoma da Medicação é preciso entender por que um remédio está sendo prescrito, conversar sobre seu uso, seus efeitos e a vontade de tomá-lo ou não tomá-lo. Para manter, aumentar, diminuir ou trocar o medicamento, com o objetivo de melhorar o bem-estar, é preciso ter informações a respeito e chegar a uma decisão conjunta com o seu médico e demais profissionais da equipe de saúde. Como conversar com a equipe sobre isso? Por exemplo, se você toma um medicamento para dormir, mas ele não ajuda a dormir, qual o propósito de tomá-lo? Se ele faz dormir demais, seria possível reduzir a quantidade que se toma? Quais os efeitos que isso causa em você no dia seguinte? Se você toma um antidepressivo junto com o calmante, haverá outros efeitos?

As perguntas nas páginas seguintes irão ajudar a analisar a sua vida em diferentes aspectos: a medicação é um deles, mas todos são importantes. Vamos dar uma olhada nisso?

O seu dia-a-dia

Como é o seu dia-a-dia?

Quais as coisas que você gosta no seu cotidiano? O que você gosta de fazer?

O que você gostaria de mudar na sua rotina?

O que você gostaria de poder fazer e não faz?

Como você cuida de si mesmo?

Você trabalha? Qual a importância do trabalho na sua vida?

Você recebe algum dinheiro? Como?

É você que cuida do seu dinheiro? Como?

O que você acha do lugar onde vive? Como você cuida dele?

As pessoas à sua volta

Você convive com outras pessoas? Onde? (família, vizinhos, grupo religioso, trabalho, diversão, esporte etc.)

Como você se sente na relação com as pessoas com quem convive (família, pessoas próximas, amigos, colegas...)?

De quem você se sente mais próximo?

Como se sente em relação às pessoas que te ajudam?

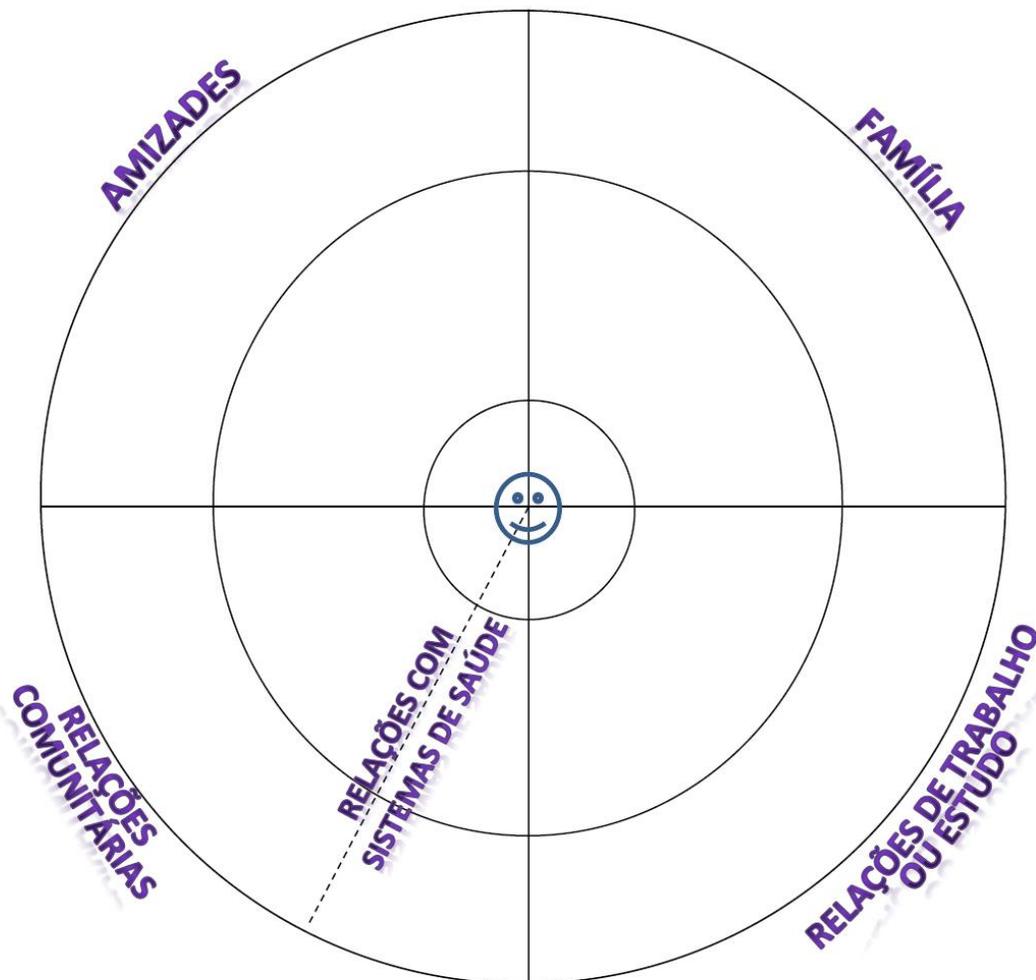
Quem são as pessoas com quem você conta?

Pense e desenhe no gráfico a seguir com quais pessoas, serviços e lugares você pode contar quando precisa.

Ao lado, temos o “mapa da rede social³”. Ele é dividido em quatro quadrantes: Família, Amizades, Relações de trabalho e/ou escolares (companheiros de trabalho e/ou estudo) e Relações comunitárias (clubes, associações de bairro e outros) e de serviços de saúde.

Quanto mais perto do centro (☺), mais proximidade você tem com essa pessoa ou serviço.

Vamos Tentar?



³ SLUZKI, CE., “A Rede Social na Prática Sistêmica”, Casa do Psicólogo - SP, 1997, pag 42 e 43;

Sua saúde

Como está a sua saúde?

Em quais pontos sua saúde é boa?

Em quais pontos sua saúde não é boa?

Que coisas você faz para cuidar da sua saúde?

Se precisar de ajuda em relação aos problemas de saúde, quem lhe ajudará (pessoas, grupos, instituições...)?

Sua medicação

Por que começou a tomar medicamentos psiquiátricos? Há quanto tempo?

A seguir, algumas razões dadas por participantes de grupos GAM anteriores pelas quais iniciaram uso de medicamentos psiquiátricos:

- Eu estava tendo problemas para dormir.
- Eu estava agitado
- Eu me sentia deprimido
- Eu estava sofrendo.
- Eu estava tendo experiências estranhas.
- Meu médico sugeriu.
- Um psiquiatra decidiu que eu precisava da medicação.

- Eu estava ouvindo vozes.
- Eu estava perturbando as pessoas à minha volta.
- Eu não queria fazer nada.
- Eu estava dormindo demais.

Os medicamentos tiveram o efeito que você estava esperando?

Quais foram?

Os efeitos dos medicamentos foram explicados a você? Conte como foi.

Você teve escolha em tomá-los ou não?

Você sabe por quanto tempo vai precisar tomar seus medicamentos? Você sabe por que esse tempo?

Você pode imaginar sua vida sem medicação?

Você já tentou mexer na medicação por conta própria?

Há falta de medicamentos na rede de saúde da sua cidade? Se sim, que estratégias você utiliza para lidar com a falta?

Como as pessoas à sua volta reagiram ao fato de você tomar medicamentos psiquiátricos? Como elas lidam com isso?

Além dos medicamentos, você teve acesso a outras formas de tratamento? Quais? Você sabe por quê?

Quais os efeitos que essas outras formas de tratamento tiveram para você?

Os efeitos da sua medicação

“Que efeitos você sente com o uso dos medicamentos ?

Você percebe efeitos na sua capacidade de concentração, na memória, na qualidade do sono...?

Em seus problemas ou sintomas (ansiedade, alucinações...)?

Em seus relacionamentos com outras pessoas?

Na sua vida sexual e amorosa?

No seu trabalho?

Em outras atividades?

Com base no que você escreveu, reconhece efeitos do medicamento que ajudam você?

Com base no que você escreveu, reconhece efeitos do medicamento que atrapalham você?

“Já houve ocasiões em que parei de tomá-los por conta própria, pois atrapalhavam uma das minhas atividades de trabalho que era a de motorista. Mesmo os meus problemas querendo voltar, eu conseguia me controlar, até o ponto de novamente ficarem incontroláveis. E assim vou seguindo, fico um tempo bem, até piorar. É que

nem uma pedra que entra no sapato: mesmo que a gente tire, depois de um tempo, aparece outra pedra. Temos que conviver com isso”⁴

“Quando eu estava ruim, eu gritava, não suportava ninguém, eu ficava fechada dentro de casa, trancada, eu entrava em pânico, começava a gritar e desmaiar no meio da rua. Agora estou melhor, as crises estão menos intensas. Agora que estou tomando os remédios, eles estão agindo bem. Não aconteceu mais, eu sinto muita tontura, durante um tempo, eu não sentia, mas agora estou começando a sentir. Tem semana, tem dia, que eu estou até bem, e tem outros em que estou numa angústia, num desespero. Eu já passei por muitos problemas na minha vida, mas igual a isso eu acho que não tem não. Eu não sei de onde vem isso, essa tal de depressão que eles falam, que eu não sei se é depressão, o que é isso. É doído demais, dói, dói, dói muito. É uma dor que não tem remédio... eu tomo analgésico pra ver se passa. É uma dor profunda, que dói na alma e não tem explicação. Às vezes, eu me pergunto o porquê dessa angústia que dói tanto. O remédio acalma, mas a angústia é demais”².

TERCEIRO PASSO

Ampliando a sua autonomia

Há muitos aspectos da vida que podem contribuir para tomar decisões compartilhadas sobre o uso de medicamentos. Vamos reconhecer alguns desses aspectos aqui: primeiro, as coisas que você precisa para viver; depois, a rede de pessoas, grupos, serviços que podem lhe ajudar; e, para concluir, os direitos e compromissos que você tem em relação ao seu tratamento e às vezes nem imagina... Será uma

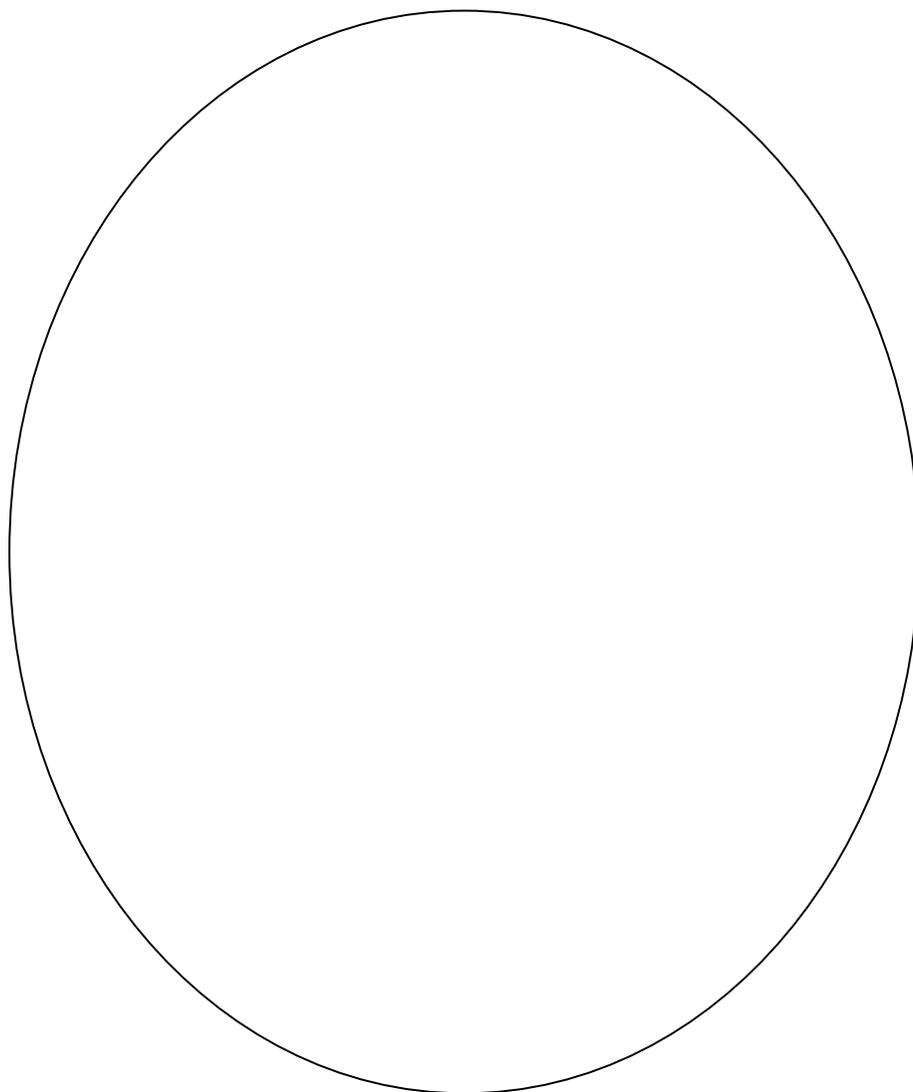
⁴

Narrativas de usuários de centros de saúde retiradas da pesquisa FAPESP (2007)
Estudo Avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da Atenção Básica à Saúde.

caminhada de muitas descobertas. Um momento de olhar melhor para si mesmo e ao seu redor.

Vamos iniciar este passo com uma questão que parece simples, mas que pode abrir novos horizontes...

O que você precisa para viver? Anote no círculo ao lado





Liberdade

Pertencimento

Reconhecimento

Sentir-se útil

“Liberdade” é a possibilidade de expressar nossas diferentes vontades e jeitos de agir, que valoriza o outro e as nossas relações. É poder manifestar nossas diferenças e acolher as diferenças dos outros.

“Pertencimento” pode significar fazer parte de um grupo, família, comunidade, igreja, associação, sentindo-se respeitado e aceito.

“Reconhecimento” pode significar ser valorizado e apreciado pelos outros e também conseguir cuidar e gostar de si mesmo.

O **“sentir-se útil”** pode se manifestar de muitas formas e em diferentes lugares: em casa, no bairro, no serviço, entre pessoas que se beneficiam com o que você faz. É perceber que as pessoas gostam da sua presença.

Das coisas que você precisa para viver, quais são mais difíceis de conseguir?

Rede de Apoio

Todas essas coisas de que se precisa para viver têm a ver com relacionamentos, isto é, os laços que cada um estabelece com as pessoas que encontra na vida: laços familiares, de amizade, de amor, de solidariedade, de trabalho...

A vida é mesmo feita de relações, de parcerias, que são recursos valiosos com que se pode contar. Saber usar esses recursos tem a ver com autonomia, pois, ao contrário do que muita gente pensa, autonomia não é apenas “saber se virar sozinho”. Como foi dito no início deste Guia, autonomia tem a ver com a capacidade de criar e manter laços entre as pessoas. “Nenhum homem é uma ilha”, já dizia um poeta inglês chamado John Donne.

Muitas vezes, experiências como ouvir vozes, sentir vontade de se matar e desconfiar dos outros podem afetar a autonomia, atrapalhando a capacidade de manter esses laços. É aí que os recursos – comunitários, de saúde, de convívio, de trabalho, de diversão – podem ajudar a reencontrar um lugar na comunidade onde se vive.

Esses recursos, o conjunto de serviços, grupos e pessoas com quem você conta e pode confiar, formam a sua “rede de apoio” e ajudam a evitar que coisas ruins lhe aconteçam num momento de dificuldade. É como o trapezista do circo: quando a coisa dá errado, a rede de apoio ajuda.

No círculo a seguir você encontra alguns dos recursos que podem compor uma rede de apoio:



**Você se lembra de outros recursos que não aparecem aqui?
Complete o círculo.**

Você conhece quais são os recursos disponíveis na sua comunidade? Que tal conversar e pesquisar sobre isso? Sublinhe os recursos que estão disponíveis e circule os recursos que você utiliza.

Como você pode ter informações sobre esses e outros recursos? Anote também as informações que você descobrir conversando com o grupo.

O apoio nas horas difíceis

Algumas pessoas não sabem ou não entendem o que se passa com você. Felizmente, há outras que lhe dão apoio, e algumas que sabem que você está em tratamento num serviço de saúde e por isso lhe ajudam. Também os serviços como CAPS, unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, hospital geral, pronto socorro e igrejas, podem ser de grande ajuda nos momentos difíceis. É ótimo poder contar com bons parceiros quando se vivencia uma crise ou quando se precisa seguir um tratamento.

Mas, nessas horas, pode ser difícil localizar ou lembrar como contatar a sua rede de apoio. Uma boa idéia é anotar esses contatos.

Que tal construir agora a sua agenda da rede de apoio?

REDE DE APOIO

Nome	Telefone	Onde fica	Horários disponíveis

Caso você tenha receio de procurar alguém ou alguma instituição (às vezes é um feriado, ou está muito tarde), ou mesmo se você tiver alguma dúvida mais simples, pode tentar encontrar respostas em um livro, uma revista, um jornal, um folheto ou uma página da internet. Estes materiais podem ser bastante úteis. Você pode listá-los?

Os direitos de quem faz tratamento

O tratamento em saúde mental é uma experiência que envolve o usuário, sua família e amigos, além da equipe do serviço de saúde. O mesmo acontece com o uso de medicamentos, quando faz parte do tratamento. É muito bom quando você pode conversar com quem orienta o uso do seu medicamento. Conhecer os seus direitos é importante para essa conversa. A Constituição Brasileira de 1988 garante a saúde como um direito de todos. Mas o direito não é só lei. Ele é construído também no dia-a-dia, na relação com as pessoas. Estamos sempre nos comunicando e nos relacionando com os outros. Para exercer um direito é preciso que haja confiança nessas relações.

O que você conhece sobre os seus direitos?

O que você conhece sobre os seus direitos no uso de medicamentos?

O que você conhece sobre o direito de conseguir seus medicamentos?

Todas as formas de tratamento são feitas na relação entre o usuário e as pessoas que compõem a rede de cuidado de um serviço de saúde.

O usuário tem também compromissos com o seu próprio tratamento: ao aceitar, negociar ou mesmo recusar a medicação ou outras formas de tratamento, ele se torna responsável por sua escolha.

Em sua opinião, quais são os seus compromissos em relação ao seu tratamento medicamentoso?

Você sabia que tem o direito de escolher seguir ou não o tratamento medicamentoso que lhe é prescrito? Como foi no seu caso?

A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde

No Brasil, existe a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁵, onde encontramos os seguintes princípios:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.

⁵

Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf

2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

O que você pensa destes princípios?

É importante destacar que a carta dos Direitos dos Usuários afirma que todo cidadão tem “a liberdade de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade por isso. E não pode ser submetido a nenhum exame sem saber” (4º princípio). E, mesmo que você recuse algum procedimento ou medicamento, não pode ser excluído das outras formas de tratamento disponíveis no serviço de saúde.

O seu direito a outros tipos de tratamento (inclusive o não medicamentoso) deve ser garantido mesmo que você recuse a medicação.

Além disso, você ou outra pessoa por você autorizada pode pedir para ver seu prontuário sempre que quiser, assim como tem a liberdade de procurar uma segunda opinião de outro profissional ou serviço (2º princípio).

Você e sua família também têm o direito de receber informações claras sobre a sua saúde: qual o seu diagnóstico; quais os riscos, benefícios e inconvenientes das medidas terapêuticas propostas; a duração prevista do tratamento; a evolução provável do problema de saúde, bem como a ter em mãos, no caso do tratamento medicamentoso, a receita médica escrita de modo que se possa ler e compreender (2º princípio).

Vamos conversar um pouco mais sobre isso? Que tal compartilhar com o grupo alguma experiência sua em relação a este tema?

A carta diz também que todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação. O que significa que quem está cuidando de você deve respeitar seu corpo, sua intimidade, sua cultura e religião, seus segredos, suas emoções e sua segurança (3º princípio). Por exemplo: no caso de você ser internado, importa saber quem cuidará dos seus documentos e pertences: se ficam com algum amigo ou familiar da sua confiança ou se ficarão guardados no serviço. É importante combinar como você terá acesso a eles na hora em que precisar.

Vale lembrar que a internação só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, ou seja, quando realmente todas as outras possibilidades de tratamento em locais abertos forem esgotadas.

Nas situações onde a pessoa não esteja em condições de decidir sobre si mesma, poderá ser solicitada a internação contra a sua vontade, desde que um médico avalie que essa internação é realmente necessária. Nesses casos, o Ministério Público deve ser notificado em até 72 horas para que possa acompanhar o andamento da internação e da alta.

Você passou por alguma experiência desse tipo, que possa compartilhar com o grupo? Gostaria de contar como foi?

Laudos e Atestados

Pode acontecer de você precisar de um laudo ou atestado para, por exemplo, dar entrada no benefício do INSS. São documentos importantes e merecem a sua atenção.

O profissional que acompanha você não pode se recusar a lhe fornecer um laudo ou atestado. O laudo precisa conter, no mínimo, as seguintes informações: motivo por que você precisa dele, a data em que foi escrito, o seu diagnóstico e o tratamento prescrito. Precisa estar com a identificação do local onde você faz tratamento e ter o carimbo e a assinatura do profissional responsável.

Aproveite esse momento em que o profissional elabora o laudo ou atestado que você solicitou para discutir com ele o conteúdo desse documento: tirar dúvidas sobre o seu diagnóstico, reavaliar o seu tratamento etc.

Guarde com cuidado o seu laudo: nenhuma pessoa que não seja profissional de saúde pode saber o seu diagnóstico sem a sua permissão. É algo particular, e você tem o direito de decidir quem tem acesso ou não a essa informação.

Onde conseguir mais informações sobre os direitos de quem faz tratamento:

Com pessoas:

- No serviço de saúde onde você se trata
- Nesta própria roda de conversa e em outros espaços grupais do serviço
- Nas associações de usuários e familiares

Em documentos:

- Na “Carta de direitos dos usuários da saúde” (2006)
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf
- Na Lei 10.216:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Na “Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental” (1993)
http://www.4shared.com/document/PauOAtkX/carta_de_direitos.html
- Na página da internet do Ministério da saúde
(www.saude.gov.br/saudemental)
- No Código Civil brasileiro:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm
- Na Declaração de Caracas (1990):
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf
- Nos códigos de ética profissionais

Você se lembra de mais algum documento ou fonte de informação sobre os seus direitos? Quais?

Não deixe de exercitar a sua curiosidade e pesquisar sobre os seus medicamentos.

É importante conhecer mais sobre os seus direitos.

QUARTO PASSO

Conversando sobre os medicamentos psiquiátricos

Depois de se conhecer melhor, saber dos seus direitos e listar alguns dos recursos disponíveis para lhe ajudar; é hora de conversar sobre os medicamentos que você usa.

Um passo simples, mas muito importante, é você saber o nome dos medicamentos que toma, a hora de tomá-los e a quantidade indicada. Isso vai ser fundamental no momento de você conversar com o médico, ou com o enfermeiro, ou farmacêutico ou com os demais profissionais da equipe de saúde.

Como você descreve a experiência diária de tomar medicamentos?

Na próxima página, você encontra uma tabela que serve para organizar essas informações. Para completá-la, leia a receita da última consulta ou alguma orientação que você tenha recebido de um profissional da saúde ou, ainda, converse com o seu médico, enfermeiro ou profissional de saúde de referencia. Se for preciso, peça ajuda a alguém próximo.

Nome do remédio	Aparência do remédio	Dosagem	Quanto você toma desse remédio
	(por exemplo: comprimido azul, cápsula verde e branca, xarope vermelho)	(quantos miligramas tem em cada comprimido ou em cada copinho de xarope ou gotas)	(quantos comprimidos, gotas ou ml você toma por dia e a que horas você toma)

Lembre-se de que o número de miligramas varia de remédio a remédio. 200mg de um medicamento pode ser pouco, e 20mg de outro pode ser muito. É como preparar um almoço: uma colher de sopa de arroz é pouco para uma pessoa, mas uma colher de sopa de sal é muito.

Não tenha vergonha de procurar ajuda. Este assunto é difícil mesmo.

Cada um dos medicamentos que você listou tem uma função específica. Depois de saber o nome e a dosagem de cada um, é hora de você pesquisar a função que tem. Peça ajuda a alguém do serviço, pesquise, pergunte, vale a pena se informar melhor.

Vamos listar aqui apenas as situações mais comuns onde estes medicamentos são usados. Mas preste bem atenção: o fato de um medicamento ser preferencialmente indicado para um problema, não quer dizer que ele não possa ser usado para outros.

**A ESCOLHA DO MEDICAMENTO É FEITA A PARTIR DOS
SINTOMAS QUE VOCÊ APRESENTA E NÃO NECESSARIAMENTE
A PARTIR DE UM DETERMINADO DIAGNÓSTICO.**

Os medicamentos mais comumente usados em psiquiatria podem ser:

- **Antidepressivos:** são indicados preferencialmente quando os sentimentos de tristeza e desânimo ficam tão fortes e duram tanto tempo que a pessoa deixa de fazer as coisas que antes fazia com facilidade. Mas podem também ser indicados, por exemplo, para ansiedade. Estes medicamentos demoram algumas semanas para fazer efeito.
- **Estabilizadores do humor:** são usados quando o humor da pessoa varia muito, podendo ficar semanas em estado de euforia intensa e semanas em estado de tristeza profunda. Eles também podem ser usados para ajudar os antidepressivos a funcionar melhor e ainda em casos de agressividade acompanhada de descontrole.
- **Neurolépticos (ou anti-psicóticos):** podem ajudar a diminuir as alucinações (ouvir vozes, ter visões), as ideias de perseguição, a agitação e a agressividade. Podem também ajudar a dormir e a acalmar, e alguns deles também podem ser usados como estabilizadores do humor.
- **Antiparkinsonianos:** aliviam o efeito de contração muscular (“impregnação”) que alguns anti-psicóticos provocam.
- **Ansiolíticos:** diminuem os sintomas de ansiedade (coração disparado, angústia, aperto no peito) e também podem ajudar a dormir. Alguns deles, não devem ser usados por períodos prolongados, pois podem causar dependência.

Anote o que você descobriu sobre a função de cada um dos medicamentos que você toma, a seguir:

Nome do Medicamento	Pra que serve?

Receita

No Brasil, os medicamentos psiquiátricos só podem ser fornecidos quando a pessoa apresenta uma receita médica. Isso é uma forma de evitar que esses medicamentos sejam utilizados sem a prescrição do médico. As receitas têm prazo de validade de um mês.

São três os tipos mais comuns de receitas para as medicações psiquiátricas:

1) **Receita branca em duas vias:** uma via fica na farmácia e a outra fica com quem vai tomar o remédio, para que tenha uma cópia das orientações. É a receita que serve para a maioria dos medicamentos psiquiátricos.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nome Completo: _____</td> </tr> <tr> <td>CRM _____ UF _____ Nº _____</td> </tr> <tr> <td>Endereço Completo e Telefone: _____</td> </tr> <tr> <td>Cidade: _____ UF: _____</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo: _____	CRM _____ UF _____ Nº _____	Endereço Completo e Telefone: _____	Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
Nome Completo: _____									
CRM _____ UF _____ Nº _____									
Endereço Completo e Telefone: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Paciente: <u>Ciclano da Silva Pereira</u>									
Endereço: _____									
Prescrição: <u>AMITRIPTILINA 25mg</u> <u>90 comp</u> <u>TOMAR 1 COMPRIMIDO, 3 VEZES AO DIA (MANHÃ, TARDE E NOITE)</u>									
<u>Dr. Beltrano Moreira</u> Médico Psiquiatra CRM 123456									
31/09/2009									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nome: _____</td> </tr> <tr> <td>Ident.: _____ Órg. Emissor: _____</td> </tr> <tr> <td>End.: _____</td> </tr> <tr> <td>Cidade: _____ UF: _____</td> </tr> <tr> <td>Telefone: _____</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome: _____	Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	End.: _____	Cidade: _____ UF: _____	Telefone: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 50px;"> ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____ </td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
Nome: _____									
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____									
End.: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Telefone: _____									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____									

2) **Receita azul:** serve para os medicamentos que causam dependência. São os chamados “remédios tarja preta” (diazepam, clonazepam, bromazepam...). A tarja preta está ali para avisar que o uso daquele remédio sem orientação médica pode causar dependência de modo mais grave que a maioria dos outros medicamentos.

UF: RJ	C	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento / Substância
UF: RJ	Nº C	DE _____ DE _____	B <i>MARCOS VIEIRA ROCHA</i> Rua Álvares Cabral, 22 - Abril CEP 22222-222 - RJ - Tel.: (21) 6666-6666 CRM - RJ 55.5555-5	Quantidade e Forma Farmacológica
DATA		PACIENTE _____		Doses por Unidade Posológica
PACIENTE		ASSINATURA E CARIMBO		Posologia
		ENDEREÇO		
		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
MEDICAMENTO		NOME: _____		
		IDENT. Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ TEL: _____		
		ENDEREÇO: _____		
			CARIMBO DO FORNECEDOR	
			NOME VEENDEDOR _____ DATA / /	

SÉRGIO TAARES DE CARVALHO - R. Álvaro Alvim, 37 - S/122 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ 32.089.039/0001-13 - Aut. VISA CREMERU Nº 8 - 629023710 Numeração desta impressão de C 1131981 e C 113280

3) **Receita Amarela:** Serve, de maneira muito similar à receita azul, para medicamentos que podem causar dependência. A diferença é que o grupo de medicamentos que ela libera são conhecidos como entorpecentes, por serem potentes analgésicos derivados da morfina, ou como potentes estimulantes, como é o caso do metilfenidato (Ritalina).

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA
UF: _____ N.º: _____		Nome: _____
A		Quantidade e Apresentação
Data: ____/____/____		Forma Farm. Concent. Unid. Posologia
Paciente: _____		
Assinatura do Emitente	ENDEREÇO	
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
	Nome: _____	Nome: _____
	Endereço: _____	Data: ____/____/____
	Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

A Bula

No Brasil, todo medicamento tem que vir com uma bula. A maioria das bulas tem uma parte de informações simplificadas, direcionada às pessoas que vão tomar aquele remédio, e uma parte direcionada aos profissionais de saúde, com termos técnicos e palavras difíceis. Não se desespere com a quantidade de efeitos colaterais relatados na bula. Geralmente o fabricante do medicamento coloca todos os efeitos possíveis – alguns deles são mais comuns, outros bem mais raros. Por exemplo, se estiver escrito na bula que o medicamento que você toma pode causar dor de cabeça, náuseas, vômitos, tonturas, irritação no estômago e sonolência, isso não quer dizer que você vá sentir todos esses efeitos. Talvez sinta um ou outro, talvez não sinta nenhum.

Pode acontecer também que na bula apareça uma indicação que não tem nada a ver com o problema que está acontecendo com você. Isso ocorre porque o mesmo medicamento pode ser indicado para problemas diferentes. Por exemplo, se você ler na bula que o medicamento está indicado para epilepsia, não significa necessariamente que você tenha essa doença, mas, sim, que pessoas com epilepsia também vão se beneficiar com o uso do medicamento.

Sempre que você ler alguma coisa na bula que lhe assuste, destaque a frase e leve a bula para pedir orientação a algum profissional de saúde da sua confiança.

Ter acesso à bula é um direito seu. Se você não a encontrar, solicite-a na farmácia ou no local onde você retira seus medicamentos.

Vamos olhar as bulas dos medicamentos que cada um usa?

Efeitos

Quais são os efeitos que você percebe ao tomar cada medicamento?

“O médico receitou os remédios e me explicou sobre a ação deles: que eles iriam controlar meus pensamentos, evitar agressividade e pensamentos absurdos (...). Na minha opinião, eles são úteis, eles agem dessa maneira pois a risperidona tem um bom efeito, e complementada com o lítio eles conseguem fazer bastante coisa por mim. O uso deles tem alguns efeitos colaterais como tremor, mas o médico havia me avisado sobre isso...”⁶

“Já parei com os remédios por contra própria, e fiquei ruim. Resolvi parar porque estava cansada de todo dia de manhã ter que sentar pra comer e ter que tomar os remédios. Parei uns 3 a 4 meses, mas eu não dormia, não me controlava, tinha muita choradeira, ficava o dia inteiro chorando, sozinha. Tinha muita recordação,

⁶ Narrativas de usuários de centros de saúde retiradas da pesquisa FAPESP (2007): *Estudo Avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da Atenção Básica à Saúde*

ficava pensando no passado e chorando no presente. Aí voltei a tomar o remédio, me deu um alívio.”⁵.

“... aos poucos fui aprendendo que o levozine é pra dormir e pra ansiedade assim como amitriptilina é pra dor crônica. Dos efeitos colaterais, eu tenho uma filha que está dessa largura por causa da imipramina. O conhecimento que tenho é devido à bula, mas ninguém nunca falou comigo sobre isso.—Todos os médicos, desde o cirurgião, neurologista, ortopedista, clínico da dor, aos psiquiatras, vão falando apenas: vai tomando, vai tomando o remédio.”⁶

O **efeito terapêutico** é aquele que você espera que aconteça para lhe ajudar: por exemplo, acalmar o medo, parar as vozes, fazer dormir...

O **efeito indesejável**, também chamado de efeito colateral, é uma consequência negativa de tomar remédios: por exemplo, dormir o tempo todo, engordar muito, ter tremores...

Escreva no quadro a seguir o que você sabe sobre cada medicamento que toma, listando as coisas em que ele o ajuda, atrapalha ou mesmo não faz diferença.

Não se preocupe se você não souber o que dizer sobre todos os medicamentos. Pode ser que, no grupo ou conversando com outras pessoas que tomam os mesmos medicamentos, você descubra várias coisas novas.

Converse com o profissional de saúde sempre que você perceber efeitos indesejados.

Medicamento	Esse medicamento ajuda você a...	Esse medicamento atrapalha você para...	Marque um X se você não percebe os efeitos desse medicamento

Perguntas frequentes

Por que algumas pessoas começam a tomar os medicamentos e não sentem nenhuma diferença?

Porque o efeito terapêutico dos medicamentos depende de muitas coisas, dentre elas:

- das características químicas dos medicamentos. Por exemplo, alguns levam mais tempo para fazer efeito que outros;
- das suas características pessoais: o modo como o seu corpo reage, o apoio que você recebe para seguir o tratamento medicamentoso e para lidar com os seus problemas, outros remédios que você possa estar tomando, etc.;
- da relação de confiança com o médico e demais profissionais da equipe de saúde que acompanham o seu tratamento (geralmente acontece quando você se sente bem atendido).

Por que algumas pessoas começam a sentir efeitos colaterais antes de perceberem alguma melhora?

Assim como os efeitos terapêuticos, os efeitos colaterais também dependem de muitas coisas:

- das características químicas dos medicamentos. Em geral os medicamentos psiquiátricos agem em vários lugares do cérebro e do restante do corpo. Mas o tempo que eles podem levar para fazer efeito em cada um desses lugares nem sempre é o mesmo. Por exemplo, alguns medicamentos podem provocar tremor antes de acalmar as

vozes, o que não significa que necessariamente o efeito terapêutico não virá;

- das suas características pessoais. Algumas pessoas são mais sensíveis a determinadas substâncias que outras. Ou, às vezes, você já está tomando um medicamento que sozinho não lhe produz efeito colateral, mas, se você tomar junto com outro, acaba lhe produzindo mal-estar. Pode acontecer ainda que você ache tão ruim tomar medicamentos psiquiátricos que, ao tomá-los, sinta imediatamente tudo que foi descrito como negativo na bula;

-da relação de confiança com o médico e demais profissionais da equipe de saúde que acompanham o seu tratamento (o efeito varia se você sente-se bem atendido ou não).

É hora de consultar novamente a bula para descobrir mais informações sobre os seus medicamentos. Quanto tempo cada medicamento costuma levar para fazer efeito?

Nome: _____ costuma levar _____ (tempo) pra fazer efeito

Nome: _____ costuma levar _____ (tempo) pra fazer efeito

Nome: _____ costuma levar _____ (tempo) pra fazer efeito

Nome: _____ costuma levar _____ (tempo) pra fazer efeito

Nome: _____ costuma levar _____ (tempo) pra fazer efeito

Por que algumas pessoas param o medicamento e ainda sentem os seus efeitos?

Como foi dito acima, tanto os efeitos terapêuticos quanto colaterais dependem de muitas coisas. Por exemplo, a duração do efeito de um medicamento depende tanto do tempo que o corpo leva para eliminar o princípio ativo como das características químicas de certas substâncias. Por exemplo, a Fluoxetina pode permanecer no corpo por cerca de quatorze dias. Por isso, mesmo parando de usar, uma pessoa pode sentir seus efeitos por certo tempo.

Mãos à obra! Hora de você pesquisar:

Nome: _____ costuma permanecer no corpo por _____ (tempo)

Nome: _____ costuma permanecer no corpo por _____ (tempo)

Nome: _____ costuma permanecer no corpo por _____ (tempo)

Nome: _____ costuma permanecer no corpo por _____ (tempo)

Nome: _____ costuma permanecer no corpo por _____ (tempo)

Por que alguns medicamentos precisam ser usados mais de uma vez por dia?

Isso pode ter alguns motivos:

Alguns medicamentos são eliminados pelo corpo em menos de 24 horas. Por exemplo, em 8 horas o corpo elimina metade da dosagem

de um comprimido do Ácido Valpróico. A metade que resta não vai ser suficiente para seguir fazendo efeito terapêutico. Para que ele possa fazer efeito durante as 24 horas do dia, é preciso “completar” a dose a cada 8 horas mais ou menos.

Outro motivo é justamente para não acumular os efeitos colaterais da dose toda do dia. Pense na alimentação. Se você comer o café da manhã, o almoço e a janta tudo de uma vez, vai sentir o estômago abarrotado.

Por que às vezes tenho que esperar alguns dias para trocar de medicamento?

Como já foi falado, existem medicamentos que podem levar vários dias até serem totalmente eliminadas pelo corpo. Quando um medicamento (por exemplo, um antidepressivo) não funcionou com você e o médico precisa substituir por outro, deve-se esperar que ele seja eliminado do corpo antes de iniciar um novo medicamento. Esse cuidado evita a mistura, no seu corpo, de substâncias que juntas podem não fazer bem a você. Então, é preciso aguardar para que o novo remédio possa ser usado com segurança.

Qual a dose recomendada dos remédios?

Você já deve ter se perguntado sobre a quantidade de comprimidos que toma durante um dia. O número de comprimidos pode assustar. A dose de cada medicamento é variável conforme o tipo e conforme cada pessoa também. É importante se informar melhor para conhecer se a

dose do medicamento que você toma está adequada, ou se está abaixo ou acima do que é recomendado.

Mas preste atenção:

A dose do medicamento não é o número de comprimidos. Quando falamos de dose estamos falando de miligramas

A dose adequada não pode ser conhecida apenas pelo que está escrito na bula. Como vimos acima, os efeitos terapêuticos e indesejáveis dependem de muitos fatores.

As informações da bula devem servir como uma referência que o ajude a conversar com o seu médico ou outro profissional de saúde e permita que você entenda por que toma determinada dose de um dado medicamento. Por exemplo, se a dose tomada estiver abaixo do indicado na bula, vale perguntar por que esta dose lhe foi prescrita, já que comumente uma dose maior seria necessária para se obter o efeito terapêutico. Se a dose estiver acima do sugerido na bula, você também deve conversar com o seu profissional de saúde de referência, pois alguns efeitos indesejados e alguns riscos podem aparecer quando se toma doses maiores.

Embora a dose certa de cada medicamento para cada pessoa possa variar em função de vários fatores, é importante que você conheça a quantidade mínima e máxima de miligramas por dia que em geral é recomendada.

Vale a pena você pesquisar! No final do Guia GAM há um anexo que pode lhe ajudar.

No quadro a seguir, anote o que descobriu sobre as doses dos medicamentos que você toma. Lembre-se de somar as doses dos comprimidos iguais que você toma no mesmo dia para achar a sua dose diária de cada remédio. Por exemplo, se você toma 4 comprimidos de amitriptilina de 25mg por dia, você pode somar $25+25+25+25$ ou multiplicar $25\text{mg} \times 4$. Anote o resultado na última coluna do quadro e compare com os valores recomendados que você pesquisou e incluiu nas outras colunas.

Atenção! Você não aumenta, diminui ou para de tomar medicamentos sem motivos. Mas não se esqueça de que este é um direito seu e você não necessita fazer isso sozinho. Quando estiver passando por esta situação fale com alguém de sua confiança. Os profissionais da saúde estão aí para isso. É importante que essa questão seja levada ao médico para que ele saiba de sua condição e faça os ajustes necessários em sua prescrição.

Medicamento	Qual a dose mínima sugerida por dia pra fazer efeito?	Qual a dose máxima sugerida para se tomar por dia?	Qual a dose que você toma por dia?

Interações e contra-indicações

Interações

Interações são as reações entre dois ou mais medicamentos ou entre eles e outra substância ou alimento.

Imagine que você está ouvindo uma canção onde cada músico toca da maneira que acha melhor, sem conversar com os outros. Fica confuso! Se a banda é pequena, é fácil para os músicos conversarem e resolverem a confusão. Mas, se for uma orquestra ou uma bateria de escola de samba, chegar a um entendimento é bem mais complicado.

Quanto maior o número de medicamentos, mais confuso fica; mas com paciência, entendemos o que se passa.

É preciso lembrar que interações também podem ocorrer entre seu medicamento e algumas substâncias como álcool, cigarro, outras drogas, remédios fitoterápicos e homeopáticos, café, chás e refrigerantes etc.

Exemplos de interações farmacológicas:

- Lítio e alguns tipos de diuréticos (medicamentos usados no tratamento da pressão alta que ajudam a eliminar água pela urina), quando tomados juntos, podem aumentar os níveis do lítio no sangue, com risco de intoxicação.
- Carbamazepina pode diminuir o efeito de pílulas anticoncepcionais, aumentando o risco de gravidez. Assim, as mulheres que usam este medicamento precisam buscar outros métodos para evitar a gravidez (camisinha, por exemplo).
- A nicotina do cigarro pode diminuir o efeito dos antipsicóticos, principalmente haloperidol, clorpromazina, tioridazina.

- A mistura de ansiolíticos (diazepam, clonazepam, clordiazepóxido, entre outros) com bebidas alcoólicas acentua os efeitos tanto do medicamento como da bebida, aumentando o sono, o desequilíbrio e a tontura.

**Procure e troque informações
sobre as interações entre
todos os seus medicamentos.**

Que substâncias você utiliza que podem interagir com os seus medicamentos?

Além disso, fazer uso de substâncias, como maconha, cocaína, crack, em combinação com seus medicamentos pode interferir em sua ação. Tal interferência pode tanto anular os efeitos terapêuticos, como potencializar certos efeitos colaterais.

Contra-indicações

São situações onde o uso de um medicamento pode ser perigoso. Por exemplo, tomar um que provoca sono, antes de dirigir, é contraindicado. Alguns medicamentos também podem ser muito prejudiciais para quem tem certos tipos de problemas de saúde (asma, problemas cardíacos, problemas nos rins ou no fígado), ou para uma mulher grávida ou que está amamentando. É importante procurar se informar sobre isso. Existem contraindicações absolutas e relativas. Nas **contraindicações absolutas**, o uso é realmente muito perigoso. Nas **contraindicações relativas**, a pessoa pode usar o medicamento com cuidado e tem que ficar bastante atenta aos sinais de alerta que os profissionais da equipe de saúde indicar.

Se você leu na bula alguma contraindicação que lhe preocupou, seja absoluta ou relativa, não deixe de discuti-la com o profissional de saúde responsáveis pelo seu tratamento.

Exemplos de contraindicações absolutas:

- Antidepressivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina) não podem ser tomados por quem tem problemas cardíacos, tais como infarto recente, alterações no ritmo do coração e retenção urinária.
- Lítio pode não ser tomado por mulheres grávidas ou por pessoas que têm insuficiência renal grave e arritmias cardíacas graves.
- Risperidona não pode ser tomado por quem tem insuficiência renal ou hepática grave.

Exemplos de contraindicações relativas:

- alguns antipsicóticos podem aumentar as crises convulsivas em pessoas com epilepsia.
- antidepressivos podem fazer a pessoa que tem transtorno bipolar ficar excessivamente eufórica ou irritada.
- lítio em pessoas com diminuição no funcionamento da tireóide (hipotireoidismo) pode piorar o problema; mas, se o hipotireoidismo estiver controlado, o lítio pode ser usado.

Estes são apenas alguns exemplos de interações farmacológicas e de contraindicações. Para evitar riscos, sempre informe ao profissional de saúde responsável pelo seu tratamento sobre seus problemas de saúde e sobre as substâncias e medicamentos que está tomando.

“Participei da decisão de tomar o medicamento, porque eu procurei o médico e começamos o tratamento. Eu comecei a tomar os medicamentos por causa das coisas que eu sentia, por medo de voltar a ter os sintomas. As ações dos medicamentos não foram explicadas, eu dei uma procurada na internet”⁷

⁷Narrativas de usuários de centros de saúde retiradas da pesquisa FAPESP (2007): *Estudo Avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da Atenção Básica à Saúde.*

Onde conseguir informação

- Profissionais da saúde, Serviços da rede de saúde mental
- Farmácias (fale com o farmacêutico responsável)
- Ministério da Saúde - www.saude.gov.br/saudemental
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária: www.anvisa.gov.br;
- Cartilha *O que devemos saber sobre medicamentos*:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d1ebd3804745871090afd43fbc4c6735/Cartilha+o+que+devemos+saber+sobre+medicamentos.pdf?MOD=AJPERES>

- Uso de plantas medicinais:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/bed98b8041b63b4f8cb5dd255d42da10/tabela+drogas+vegetais.pdf?MOD=AJPERESm> .

- [CEBRID \(Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas\)](http://www.cebrid.epm.br): www.cebrid.epm.br

- Livros que podem ajudar:

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) e Psicofármacos: consulta rápida, de Aristides Volpato Cordioli e cols. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

PARTE DOIS

UM CAMINHO PARA MUDANÇAS

QUINTO PASSO

Por onde andamos...

A ideia deste passo é retomar as discussões anteriores como forma de exercer a autonomia e aumentar a sua participação no tratamento.

Pode ser que você tenha dúvidas sobre sua doença: como tratá-la, se existem alternativas ao tratamento medicamentoso e como pode ser ajudado nos momentos difíceis. Muitos usuários não consultam os profissionais de saúde para obter informações importantes sobre o uso dos medicamentos. Alguns leem as bulas farmacêuticas sem conversar com um profissional, enquanto outros não procuram nenhuma informação. Finalmente, alguns diminuem, aumentam e até mesmo interrompem, por conta própria, o uso de seus medicamentos sem contar com ninguém.

Às vezes a comunicação com os profissionais da saúde, ou mesmo com os familiares, não acontece porque os usuários têm medo de levar bronca e não serem compreendidos naquilo que estão querendo. Mas é possível melhorar sua comunicação com as pessoas que o acompanham em seu tratamento. Esta retomada pretende ajuda-lo nesta tarefa

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?

Você pensou também nas possibilidades abaixo?

1. Conhecer seu projeto terapêutico e como sua medicação se inclui nele,
2. Conhecer mais sobre seu tratamento com medicamentos, conversando sobre ele e sobre as dificuldades,
3. Conversar com os profissionais envolvidos no seu tratamento medicamentoso,
4. Ser incluído nas decisões sobre seu tratamento medicamentoso,
5. Saber com que ou com quem você pode contar nos momentos difíceis,
6. Conhecer mais sobre seus direitos de usuário do sistema de saúde.

A Escolha em Participar mais Ativamente no Tratamento

No passo 2, convidamos você a observar como tem cuidado de si e das suas relações no dia-a-dia. No passo 3, tratamos das redes de apoio e dos direitos. No passo 4, trouxemos muitas informações sobre seus medicamentos.

Depois desta nossa caminhada, você tem conversado sobre os temas trabalhados no Guia? Com quem? E como tem sido essa conversa?

Você consegue conversar com o profissional que prescreve os seus medicamentos? Com que frequência?

O que você tem pensado sobre os medicamentos?

Como tem sido a conversa com os profissionais da saúde que te acompanham? E com o seu médico?

Se você fosse um profissional da saúde, como você conversaria com seus pacientes sobre o tratamento com medicamentos?

A vontade de compreender por que usar medicamentos é o início de um caminho, mas seguir nele nem sempre é simples. É preciso que as coisas que acontecem com seu corpo, seus pensamentos e suas emoções sejam compartilhadas com quem você se sinta bem e que seja capaz de acolher o que você tem a dizer.

A medicação pode produzir efeitos que atrapalham o dia-a-dia. É possível que a aflição, a ansiedade, o pânico, as vozes – todos os sintomas que levaram você a tomar medicamentos – reapareçam se a sua escolha for alterar o tratamento atual. Por isso a importância de uma rede de apoio e da equipe de saúde.

Para participar mais ativamente do seu tratamento, é importante que você dialogue bastante com seu médico e com os outros profissionais da equipe que o acompanha. Nessas horas, podem passar alguns medos pela cabeça, como: “Mas ele é o “Doutor”, como eu posso saber mais do que ele?” ou, ainda, “Se eu questioná-los será que vão ficar bravos, irritados ou chateados comigo?”. **Lembre-se de 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.** Você pode e tem o direito de buscar ajuda para participar mais do seu tratamento. É importante que o profissional escute suas opiniões e que você também escute as dele, sendo o cuidado compartilhado.

Respeitando o que você sente

É importante respeitar a maneira como cada pessoa se sente. Se você não fala o que sente aos que tratam de você, mesmo com todo o conhecimento da ciência eles não saberão quais os seus sentimentos sobre o seu tratamento e o que se passa com você. Informá-los sobre o que você sente vai ajudar a decidirem juntos sobre o tratamento que faça você se sentir melhor.

Qual o seu jeito de mostrar o que você está sentindo?

A equipe de saúde que acompanha você, seja no CAPS, na Unidade Básica de Saúde (UBS), na unidade de saúde da família ou no ambulatório, tem um papel importante como companheira nesse caminho.

Quanto à medicação, entendendo os seus efeitos, você poderá conversar melhor sobre seu tratamento. O médico ou farmacêutico poderão lhe indicar medicamentos que possuam menos efeitos colaterais ou indesejados. Isso pode aumentar o seu bem estar.

Você constrói seus caminhos junto às pessoas que lhe acompanham!

Para facilitar esse caminho, você poderia se aproximar de pessoas em quem confia, que possuem atitudes compreensivas em relação à sua situação. É importante achar um profissional da equipe de saúde que lhe seja acessível e com quem tenha mais facilidade para conversar e com quem se sinta mais próximo. Este profissional poderá ser uma pessoa que ajude a conversar sobre o que se passa com você e auxiliá-lo a tirar suas dúvidas sobre o tratamento com medicamentos.

Com quem você se sente mais à vontade para expressar seus sentimentos?

Formas de tratamento além da medicação

O medicamento não é a única forma de tratamento em saúde mental. Serviços como os CAPS, UBS e unidades de saúde da família podem e devem oferecer outros tipos de tratamento.

Você e os profissionais da equipe de saúde podem juntos decidir quais os tratamentos que são mais indicados para o seu caso, compondo o seu projeto terapêutico.

Quais tratamentos fazem parte do seu projeto terapêutico?

Que outras formas de tratamento você gostaria de experimentar?

Que outras atividades que não fazem parte de um tratamento poderiam ajudá-lo?

Onde você pode encontrar a oferta dessas atividades e como você pode ter acesso a elas?

Passo a passo...

Iniciamos a caminhada **no passo 1** com o exercício de observar a si mesmo.

No passo 2, conversamos sobre as situações ou sensações que levaram você a tomar medicamentos psiquiátricos. **Caso reaparecessem, você as reconheceria? Como lidaria com elas?**

No passo 3 deste Guia, você trabalhou para a construção de sua rede de apoio. Nos momentos difíceis, você tem procurado as pessoas em quem confia? De que forma?

Com quem você acha que pode contar agora?

Nesse mesmo passo, (passo 3) vimos que o direito também é construído no dia-a-dia, na relação com as pessoas. **Então, como você tem feito para viver e exercer seus direitos? De que forma isso ajuda no seu tratamento, seu bem-estar e autonomia?**

Você tem conversado sobre os seus direitos? Com quem e como têm sido essas conversas?

Se você tiver dificuldade para fazer valer os seus direitos, a quem pode recorrer?

No passo 4, nos dedicamos a conhecer os medicamentos, mapeando os que você usa, fornecendo informações para ampliar sua compreensão dos efeitos indesejáveis, dos terapêuticos e etc. Trocamos ideias, demos nossa opinião e buscamos informações. Assim, buscamos conhecer sobre a experiência de cada um e de todos quanto à medicação.

Depois disso, como você descreveria a experiência diária de tomar medicamentos?

Como foi conversar sobre a sua experiência com o uso de medicamentos neste grupo?

O que foi bom nessa troca de experiência sobre os medicamentos?

E o que foi difícil?

Além dos encontros que estamos fazendo aqui, em que outras atividades de grupo você tem conversado sobre a experiência de tomar medicamentos?

E em que outros espaços você poderia conversar?

Sobre que outros temas relacionados aos medicamentos você gostaria de conversar?

SEXTO PASSO

Planejando nossas ações

Os passos deste guia ajudam a desenvolver mais autonomia, uma atitude mais ativa em relação ao tratamento. Para isso, criamos o hábito de fazer perguntas, de procurar as informações disponíveis e

chegar a conclusões a respeito do que nos ajuda a viver melhor. A partir do que trabalhamos, vamos pensar como podemos enfrentar os problemas que permanecem.

Vamos lembrar que, em todo tratamento em Saúde Mental, a medicação deve estar inserida num plano de tratamento maior. Neste plano, devem se incluir outras abordagens, como atendimentos individuais, oficinas, grupos, conversas com familiares, passeios, mudanças de hábitos de vida etc. Além disso, como cada problema acontece de uma maneira diferente para cada pessoa, este plano de tratamento deve ser individualizado, atendendo às particularidades de vida de cada cidadão. À isso chamamos de projeto terapêutico singular.

O que temos feito para melhorar nosso tratamento e nossa qualidade de vida, a partir do que aprendemos juntos?

O que ainda podemos fazer?

Quais dificuldades ainda temos com a medicação?

As perguntas seguintes devem ser respondidas na tabela que se encontra a seguir. A ideia é planejar juntos: **o quê**, **como** e **com quem** devemos fazer, para enfrentarmos esses problemas

Quais as dificuldades/problemas o grupo identifica como mais importantes para serem enfrentadas?

Por que consideramos estes problemas importantes

Agora que já sabemos quais os problemas que consideramos mais importantes, como enfrentaremos cada um deles, ou seja, qual será nossa proposta de ação?

(Escreva na tabela a seguir)

Para enfrentar os problemas, precisamos identificar as redes de apoio com as quais poderemos contar. Assim como no passo 3, vamos pensar agora qual rede de apoio podemos acionar coletivamente para ajudar a resolver cada um dos problemas listados.

(Escreva na tabela a seguir)

Quais outros espaços podem ser utilizados para discutir e enfrentar estes problemas?

Planejando nossas ações

Problema	Porque consideramos este problema importante	Proposta de ação	Rede de Apoio para nossa proposta de ação

Mesmo com este plano de ação, podemos enfrentar dificuldades. As mudanças necessárias para resolver os nossos problemas podem causar incômodos em alguns contextos (e em pessoas que são próximas a nós, como, por exemplo, o médico, outros profissionais da equipe de saúde, alguns familiares...). É importante identificar esses incômodos e propor formas de lidar com eles.

Será que as pessoas que acompanham nosso tratamento (profissionais de saúde, familiares, amigos...) se sentirão incomodadas com nosso plano de ações? Em quais situações?

Como lidar com essas dificuldades?

Quem poderia nos ajudar a enfrentar estas dificuldades?

Como saberemos se o nosso plano está funcionando?

“Não existe falhar: é normal dar passos para frente e para trás.” (Guia GAM – Quebec/Canadá)

Chegamos ao final do Guia GAM. No seu início, lemos os depoimentos de pessoas que participaram dos primeiros grupos GAM no Brasil, sobre como havia sido para elas a experiência com o grupo. Agora é a sua vez de escrever o seu depoimento sobre como foi, pra você, participar desta experiência:

Este Guia foi construído por usuários, trabalhadores, pesquisadores e colaboradores implicados com o desenvolvimento da saúde mental brasileira.

Grupos Envolvidos:

Grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental : INTERFACES

Depto. De Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Campinas
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária
Campinas SP, Cep: 13083-887 - Telefone: 19 3521-9574
E-mail: saudementalecoletiva@hotmail.com
Site: http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/index.php

Associação Florecendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Campinas (AFLORE)

Campinas SP - Telefone: 19 3266-8006

Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB)

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Venceslau Brás, 71 Fundos
Rio de Janeiro RJ - CEP: 22290-140
Site: <http://www.ipub.ufrj.br/portal/>

Universidade Federal Fluminense

Departamento de Psicologia
Campus do Gragoatá, s/n Bloco O, segundo andar
Rio de Janeiro, RJ, Cep: 24210-350 - Fone: (21) 2205-3578
Site: <http://www.uff.br/>

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Sala 13
Porto Alegre RS, CEP: 90035-003
Site: <http://www6.ufrgs.br/ppgpsi/>

Guia foi construído por usuários, trabalhadores, pesquisadores e colaboradores implicados com o desenvolvimento da política de saúde mental brasileira.



AFLORE



ANEXO 2a

Roteiro Entrevista: TEMPO 1

1. **Introdução ao tema:** reconhecimento da autonomia do usuário do serviço de saúde.

- a. O que você entende por autonomia?
- b. O que você entende como um usuário com autonomia?
- c. O que você escutou ou foi ensinado (até os dias de hoje) sobre a influência do contexto dos usuários no tratamento?

2. **Conhecimento sobre medicamentos**

a. Que aspectos que você aprendeu ou foi ensinado (até os dias de hoje) sobre tratamentos medicamentosos?

b. Na sua prática diária como se decide sobre os tratamentos medicamentosos?

c. E em caso de dúvida como você faz?

d. O que você acha que seus pacientes sabem sobre medicamentos?

3. **Capacidade de gestão e compartilhamento de decisões**

a. Como você acha que um paciente pode contribuir para o sucesso do seu tratamento?

Um paciente para o qual foram prescritos psicofármacos, acompanha com você há três anos, lhe comunica que quer parar de tomar o medicamento.

b. Como você experimenta ou vivencia essa situação?

c. Como agiria?

d. E se ainda assim ele insistir em largar os medicamentos, como você encaminharia a questão?

e. O que você escutou ou foi ensinado (até os dias de hoje) sobre casos semelhantes?

O seu paciente retornou, deixou de fato de tomar a medicação.

- f. Como você experimenta ou vivencia essa situação?
- g. E como agiria?

Nos dias seguintes esta pessoa apresenta sintomas decorrentes da descontinuação dos medicamentos.

- h. Como é para você estar diante dessa situação?
- i. E como agiria?
- j. Você consegue pensar em alternativas não medicamentosas? Quais?
- k. Como é decidida a medicação contra a vontade do paciente?
- l. Como você se sente quando você ou seu colega médico prescreve um medicamento contra a vontade do paciente?

4. Direitos do usuário

- a. Você acha que os usuários de serviços de saúde têm o direito a recusarem o uso do medicamento?
- b. Você conhece alguma legislação sobre isso?
- c. Se algum paciente quiser reclamar ou fazer sugestões sobre o serviço como ele faria?
- d. E se algum paciente quiser reclamar de você, da sua conduta? Como ele faria?

5. Existe alguma outra informação sobre o seu cotidiano de trabalho que você gostaria de acrescentar?

ANEXO 2b

Roteiro Entrevista: TEMPO 2

- 1. Você se reconhece na narrativa lida, referente a primeira entrevista? O que achou ao se lembrar dela?**
- 2. O que mais você gostaria de contar sobre a experiência de vivenciar os grupos GAM?**
- 3. Houve alguma mudança na sua prática que possa ser atribuída à sua participação nos grupos GAM? Qual?**
 - a. Em relação, ao conceito de autonomia.
 - b. Em relação a sua posição frente ao usuário.
 - c. Em relação ao conhecimento sobre medicamentos.
 - d. Em relação ao conhecimento dos direitos dos usuários.
- 4. Como foi trabalhar com o Guia GAM?**
- 5. Quais foram as dificuldades encontradas na operacionalização inicial dos grupos GAM?**
- 6. E no seu desenvolvimento?**
- 7. Que sugestões você apontaria para facilitar a operacionalização dos grupos GAM nos serviços?**
- 8. Você percebe alguma mudança nos usuários que participaram dos grupos GAM? Qual?**
- 9. Como você avalia a capacidade de gestão dos usuários frente aos seus tratamentos medicamentosos, após ter participado dos grupos GAM?**
- 10. Você percebe alguma influencia dos grupos GAM no cotidiano do serviço onde você trabalha/estagiou?**
- 11. Que sugestões você daria para aprimorar a estratégia de apoio oferecida?**
- 12. Existe alguma outra informação que você gostaria de acrescentar?**

Anexo 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Trabalhador)

Esta pesquisa, que se chama Utilização dos Grupos GAM como instrumento de educação para reconhecimento da autonomia do usuário de saúde mental, tem como objetivo geral de verificar se a participação em grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) por profissionais da rede de saúde e de cursos de especialização promove reflexões sobre a autonomia dos usuários de saúde mental em relação ao seu tratamento.

Serão objetivos específicos desta pesquisa:

1. Avaliar se a utilização do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, versão brasileira, em grupos de gestão autônoma da medicação promove reflexão sobre o reconhecimento de autonomia dos usuários pelo residente de psiquiatria, residente de saúde da família, residentes de medicina preventiva e social e por aprimorandos em saúde mental.
2. Verificar se grupos GAM com a utilização do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, versão brasileira, promove reflexão sobre o reconhecimento de autonomia dos usuários pelo profissional de saúde.
3. Elaborar a partir dessa experiência com os grupos GAM um “Guia do Moderador”

Sua participação na pesquisa seria como facilitador de um grupo de GAM, tendo como moderador um residente de psiquiatria, e/ou de saúde da família, e/ou de medicina preventiva e social, e/ou aprimorando de saúde mental e apoio regular de pesquisador envolvido no estudo.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos. Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham qualquer tipo de prejuízo. Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)

_____,
portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente de seus objetivos e procedimentos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Coordenadora da Pesquisa: Rosana Onocko Campos
Médica sanitarista Profa. Departamento de Medicina Preventiva e Social
FCM – Unicamp Telefones para contato: (19) 35219574

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – telefone: (19) 3521 8936.



CEP, 24/10/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 520/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0448.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "UTILIZAÇÃO DOS GRUPOS GAM COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO PARA RECONHECIMENTO DA AUTONOMIA DO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sabrina Stefanello

INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/06/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 24/10/12 (O formulário encontra-se no site acima).

II - OBJETIVOS.

Verificar se a participação em grupos Gestão Autônoma da Medicação (GAM) por profissionais da rede de saúde e alunos de especialização, promove reflexões sobre a autonomia dos usuários de serviços de saúde em relação aos seus tratamentos.

III - SUMÁRIO.

Trata-se de uma pesquisa de intervenção com caráter avaliativo a partir de triangulação de métodos qualitativos. Participarão desta pesquisa residentes de psiquiatria, residentes de saúde da família, residentes de medicina preventiva e social e aprimorandos de saúde mental e gestão e planejamento cujas atividades práticas são desenvolvidas no serviço público de saúde e que aceitem: participar da pesquisa; trabalhadores de nível médio ou superior das unidades em que serão desenvolvidos os grupos de intervenção; usuários de serviços de saúde vinculados às unidades em que cada grupo GAM será estabelecido. São critérios de inclusão: possuir diagnóstico de transtorno mental ao qual tenha sido prescrito psicofármaco de maneira crônica e aceitar participar da pesquisa. Serão realizados semanalmente grupos de intervenção com os usuários da saúde mental, totalizando 18 a 20 encontros, perfazendo um período de aproximadamente 6 meses. Cada grupo de intervenção será constituído por: 1 - uma ou duas pessoas que estão realizando um curso de especialização na área da saúde, podendo ser: residente de psiquiatria e/ou saúde da família, e/ou de medicina preventiva e social, e/ou aprimorando de saúde mental, e/ou aprimorando de gestão e planejamento; que exercerá a função de moderador. 2- um dos trabalhadores de saúde do serviço em que será realizado o grupo GAM que ajudará como facilitador do grupo e articulador do grupo com o serviço no qual está inserido. 3 - cerca de 10 usuários, observando os critérios de inclusão e exclusão, do serviço de saúde pública escolhido para realização do grupo GAM. 4 - um apoiador da pesquisa, que não participará diretamente do grupo GAM, porém ajudará os participantes para esclarecimento de dúvidas e auxílio diante de dificuldades, podendo participar eventualmente dos grupos GAM. Será realizada uma reunião quinzenal com os facilitadores e os moderadores dos grupos GAM com os