

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**

Fernanda dos Santos Cavalheiro

**ENTRE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E GESTÃO DA  
VIDA: A PRODUÇÃO DA AUTONOMIA NA SAÚDE MENTAL PELA  
GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

Santa Maria, RS  
2020

**Fernanda dos Santos Cavalheiro**

**ENTRE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E GESTÃO DA VIDA: A  
PRODUÇÃO DA AUTONOMIA NA SAÚDE MENTAL PELA GESTÃO AUTÔNOMA  
DA MEDICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção ao título de **Mestre em Psicologia da Saúde**.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Marcos Adegas de Azambuja

Santa Maria, RS  
2020

Cavalheiro, Fernanda dos Santos  
ENTRE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E GESTÃO DA VIDA: A  
PRODUÇÃO DA AUTONOMIA NA SAÚDE MENTAL PELA GESTÃO AUTÔNOMA  
DA MEDICAÇÃO / Fernanda dos Santos Cavalheiro.- 2020.  
107 p.; 30 cm

Orientador: Marcos Adegas de Azambuja  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2020

1. Gestão Autônoma da Medicação 2. Grupos 3. Atenção  
Básica 4. Saúde Mental 5. Autonomia I. Azambuja, Marcos  
Adegas de II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, FERNANDA DOS SANTOS CAVALHEIRO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Fernanda dos Santos Cavalheiro**

**ENTRE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E GESTÃO DA VIDA: A  
PRODUÇÃO DA AUTONOMIA NA SAÚDE MENTAL PELA GESTÃO AUTÔNOMA  
DA MEDICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção ao título de **Mestre em Psicologia da Saúde**.

**Aprovado em 13 de Março de 2020:**

---

**Marcos Adegas de Azambuja, Dr. (UFSM)**

(Presidente/Orientador)

---

**Ana Karenina Arraes, Dra. (UFRN)**

---

**Francis Moraes de Almeida, Dr. (UFSM)**

---

Santa Maria, RS  
2020

**AGRADECIMENTOS**

Dedico esse trabalho aos dois grupos GAM (GAM CAPS PRADO VEPPPO e GAM Mãos de Ouro da ESF SANTOS) que tive a oportunidade de conhecer ao longo destes dois anos, e a GAM- RS, principalmente, nosso núcleo de apoio em Santa Maria/RS, composto por usuários (as), professores (as), acadêmicos (as), estagiários (as), residentes e profissionais. Foi um privilégio conhecer pessoas e lugares incríveis. Aqui registro meu muito obrigado a todos que estiveram comigo durante esse período como pesquisadora e psicólogas e espaços.

Essa caminhada foi possível graças ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS e ao financiamento de bolsa de estudos da instituição Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que custeou minha pesquisa durante esses dois anos e, minha viagem de missão de estudos à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN em Natal/RN, pelo Programa de Cooperação Acadêmica (Procad), onde pude trocar experiências e afetos com grupos, usuários e professores de outra instituição sobre as pesquisas GAM e o campo da saúde mental.

Agradeço a minha família, meu pai Itor, e minha mãe Ana, que sem os quais eu não estaria aqui hoje escrevendo e relatando algumas das experiências mais belas que pude ter na vida. A minha irmã Andriele, que me incentiva a seguir a vida acadêmica com leveza e entre um café e outro me doa sábios conselhos. Obrigado ao meu avô Valter, por sempre me incentivar e muitas vezes custear meus estudos. A minha avó Maria que hoje não está mais entre nós, mas que graças a sua jornada de vida que me inspiro para ser uma mulher forte como você foi e é em minha lembrança. Ao meu marido Ian por ter me apoiado em momentos que talvez nem eu soubesse mais o caminho, ele estava ali com uma xícara de café e um abraço para me dar forças para continuar.

Gratidão ao meu professor, orientador e amigo Marcos, sem o qual talvez eu não me permitisse me aventurar a este tipo de escrito e por literalmente me fazer perceber que no mundo em vivemos dá sim para fazer diferença e acreditar no melhor de cada pessoa. Obrigada por me apresentar essas feras, como Michel Foucault, Deleuze, Guattari, Nietzsche, Latour, Stengers e Nikolas Rose, perdi muitas noites de sono com eles, mas hoje não vivo sem suas perspectivas para vida. Suas orientações foram valiosas em minha jornada de vida, você tem um dom para nos ensinar e inspirar, espero que um dia eu possa ser metade do que você é e transmite, creio que não foi à toa que você foi meu orientador na graduação e agora no mestrado, nossas vidas e afetos se cruzaram, espero poder mantê-los para sempre.

Agradeço também a esta banca, pelas contribuições no pré-projeto, projeto e agora nesta etapa final, obrigada por aceitar ler e apreciar esta pesquisa, que busquei escrever com o máximo de cuidado, carinho e afeto. Afinal, estou trazendo para a roda dois grupos em que

pude trabalhar, aprender, pesquisar, produzir afetos e fazer amizades.

Por fim, deixo aqui todo meu respeito, carinho e gratidão aos dois serviços de saúde que abriram as portas para que eu pudesse conhecê-los melhor e principalmente aos participantes do grupo GAM do CAPS Prado Veppo: Rejane, Gilmar, Ronaldo, Andreia, Daiane, Fernanda, Dalmir, Clóvis, Regina, Lenir, Dalto, Gilnei, Thales, Joyce e tantos outros que adentraram pelo grupo por algum tempo; e do grupo Mãos de Ouro: Lusiane, Margareth, Terezinha, Rosangela, Núbia, Irmã, Carmem, Josieli, Fernanda, Jaque, Lu, Suzana, Rosa, Camila e Sandra. Vocês todos (as) fizeram manhãs e tardes da minha vida o melhor que elas podiam ser, nesses espaços além de pesquisadora, pude criar fortes relações de amizades que levo para a vida.

“... Se você não aceita o conselho, te respeito  
Resolveu seguir, ir atrás, cara e coragem  
Só que você sai em desvantagem se você não tem fé  
Se você não tem fé

Te mostro um trecho, uma passagem de um livro antigo  
Pra te provar e mostrar que a vida é linda  
Dura, sofrida, carente em qualquer continente  
Mas boa de se viver em qualquer lugar, é

Volte a brilhar, volte a brilhar  
Um vinho, um pão e uma reza  
Uma lua e um sol, sua vida, portas abertas

Em algum lugar, pra relaxar  
Eu vou pedir pros anjos cantarem por mim  
Pra quem tem fé  
A vida nunca tem fim  
Não tem fim...”

Banda: O Rappa  
Compositores: Tom Saboia / Marcelo Falcão Custódio  
Letra de Anjos (Pra quem tem fé) - Warner Chappell Music, Inc

## RESUMO

### ENTRE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E GESTÃO DA VIDA: A PRODUÇÃO DA AUTONOMIA NA SAÚDE MENTAL PELA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

AUTORA: Fernanda dos Santos Cavalleiro  
ORIENTADOR: Marcos Adegas de Azambuja

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Saúde Mental tem se preocupado em superar e criticar o modelo biomédico e hospitalocêntrico, voltado para a doença e o tratamento medicamentoso, para gerar serviços em rede de atenção integral, territorial, promotora de emancipação de sujeitos. O guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), instrumento criado por serviços alternativos de saúde mental no Quebec-Canadá, chega ao Brasil, em 2009, como uma estratégia mobilizadora de pluralidade de posições e escolhas ao tratamento medicamentoso, ao acesso a direitos sociais, bem como a necessidade de compartilhar decisões e responsabilidades entre profissionais e usuários. Diante disso, este trabalho teve por objetivo geral desenvolver os processos de produção de autonomia oferecidos pela estratégia GAM em serviços de saúde mental. Como objetivos específicos, analisar os guias GAM do usuário e do moderador e suas estratégias oferecidas para a produção de autonomia e modos de vida para usuários de saúde mental; mapear como a promoção de autonomia na GAM estabelece relações de saber e poder no uso de medicamentos psiquiátricos na gestão da vida de usuários de saúde mental; compreender como a promoção de autonomia na GAM produz efeitos na desinstitucionalização nesses serviços de saúde mental, a partir da participação em grupos GAM. Está proposta contou com dois momentos metodológicos de pesquisa. A primeira parte como uma pesquisa documental, onde se reuniu publicações de banco de dados eletrônicos que trabalhem a temática do GAM e os Guias do usuário e moderador enquanto corpus discursivo, problematizando os efeitos enunciativos no que se refere à política pública e às ofertas de tratamento em saúde mental. Para análise dessa pesquisa tomamos o pensamento de Michel Foucault refere ao programa explícito e discutimos que os guias são produções técnicas, que incentivam um programa que aproxima modos de vida autônomos preconizados pela RPB. No segundo momento realizou-se uma pesquisa de intervenção participante, que contou com a participação da pesquisadora em dois grupos GAM, sendo um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). O período de produção dos dados dessas pesquisas foi de março e agosto de 2019. O instrumento utilizado foi o diário de campo. Após a finalização de cada grupo, produziu-se uma análise, de inspiração foucaultiana, sendo no primeiro campo (CAPS), a partir do teatro foi possível trabalhar questões referentes a produção de autonomia e os efeitos da GAM; já no campo (ESF), a partir da reunião de um grupo de mulheres buscamos lidar coletivamente com micropolíticas no cotidiano, para dar acesso a novos territórios existenciais a essas mulheres. Conclui-se essa dissertação de mestrado com esses três capítulos em forma de artigos, que correspondem a três momentos de pesquisa que a GAM possibilitou enquanto estratégia em um exercício de política que incidiu na produção de maiores graus autonomia e cidadania dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

**Palavras-chave:** Gestão Autônoma da Medicação. Grupos; Atenção Básica. Saúde Mental. Autonomia.

## ABSTRACT

### **BETWEEN PSYCHIATRIC MEDICINAL PRODUCTS AND LIFE MANAGEMENT: THE PRODUCTION OF AUTONOMY IN MENTAL HEALTH BY AUTONOMOUS MEDICATION MANAGEMENT**

AUTHOR: Fernanda dos Santos Cavalheiro

ADVISOR: Marcos Adegas de Azambuja

With the Brazilian Psychiatric Reform, Mental Health has been concerned with overcoming and criticizing the biomedical and hospital-centered model, focused on disease and drug treatment, to generate services in a comprehensive, territorial care network, promoting the emancipation of subjects. The Autonomous Medication Management (GAM) guide, an instrument created by alternative mental health services in Quebec-Canada, arrives in Brazil in 2009 as a strategy to mobilize plurality of positions and choices regarding drug treatment, access to social rights, as well as the need to share decisions and responsibilities between professionals and users. Therefore, this work had the general objective of developing the processes of autonomy production offered by the GAM strategy in mental health services. As specific objectives, analyze the GAM user and moderator guides and their strategies offered for the production of autonomy and ways of life for mental health users; to map how the promotion of autonomy in GAM establishes relationships of knowledge and power in the use of psychiatric drugs in the management of the lives of mental health users and to understand how the promotion of autonomy in GAM produces effects in the deinstitutionalization of these mental health services, based on the participation in GAM groups. This proposal had two methodological moments of research. The first part as a documentary research, where publications of electronic databases that work on the theme of GAM and the User and moderator guides were gathered as a discursive corpus, problematizing the enunciative effects with regard to public policy and treatment offers in mental health. For the analysis of this research, we took the thought of Michel Foucault regarding the explicit program and discussed that the guides are technical productions, which encourage a program that brings together autonomous ways of life recommended by the RPB. In the second moment, a participatory intervention research was carried out, with the participation of the researcher in two GAM groups, being a Psychosocial Care Center (CAPS) and a Family Health Strategy (ESF). The data production period for these surveys was March and August 2019. The instrument used was the field diary. After the completion of each group, an analysis was produced, of Foucauldian inspiration, being in the first field (CAPS), from the theater it was possible to work on issues related to the production of autonomy and the effects of GAM; in the field (ESF), from the meeting of a group of women, we seek to deal collectively with micropolitics in everyday life, to give these women access to new existential territories. This master's thesis is concluded with these three chapters in the form of articles, which correspond to three moments of research that GAM made possible as a strategy in a policy exercise that focused on the production of greater degrees of autonomy and citizenship of the subjects involved in the research.

**Keywords:** AutonomousMedication Management; Groups; Primarycare; Mentalhealth  
Autonomy.

### **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|      |                                 |
|------|---------------------------------|
| AB   | Atenção básica                  |
| ACS  | Agente Comunitário de saúde     |
| APS  | Atenção Primária a Saúde        |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial  |
| ESF  | Estratégia de Saúde da Família  |
| GAM  | Gestão Autônoma da Medicação    |
| OMS  | Organização Mundial de Saúde    |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial    |
| RPB  | Reforma Psiquiátrica Brasileira |
| TO   | Teatro do Oprimido              |



## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE PESQUISA E PISTAS POR ONDE CAMINHEI .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>1.2 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>15</b> |
| <b>2 GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO UM PROGRAMA PARA SUJEITOS POLÍTICOS NA SAÚDE MENTAL (ARTIGO 1).....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>3 O QUE NÃO COUBE NO PAPEL: BREVES NOTAS DE MINHA VIVÊNCIA EM UM CAPS II .....</b>   | <b>38</b> |
| <b>3.1 ENTRE A SERINGA E A FLOR: A CONSTRUÇÃO DE AUTONOMIA E PRODUÇÃO DE SAÚDE PELO TEATRO EM UM GRUPO GAM DE UM CAPS (ARTIGO 2) .....</b>          | <b>42</b> |
| <b>4 ANDANÇAS DE UM GRUPO GAM E A TRANSFORMAÇÃO DE UM COLETIVO DE MULHERES .....</b>  | <b>69</b> |
| <b>4.1 AS MÃOS DE OURO: A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA MICROPOLÍTICA EM UM GRUPO DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA (ARTIGO 3) .....</b> | <b>71</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONCLUSÕES AINDA NÃO ACABADAS! ...</b>   | <b>94</b> |

## **1 APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE PESQUISA E PISTAS POR ONDE CAMINHEI**

Ao longo destes dois anos de pesquisa sempre me questioneei quando ouvia de outros colegas: “*a pesquisa da gente sempre tem a ver com que somos*”, ou “*nossas pesquisas de alguma forma são reflexo de nós*”. Parecia-me um tanto exagerado ver assim a academia ou as pesquisas. Nunca compactuei com a ideia de neutralidade ou uma pesquisa sem proximidade com o objeto de estudo, mas era impossível eu visualizar minha pesquisa de mestrado ligada a minha vida mais pessoal e íntima. Ao final do meu primeiro ano de mestrado, tomei por escolha trabalhar com o tema da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), não só pelo fato de eu já estar acompanhando o avanço desses estudos aqui no estado Rio Grande do Sul (RS), como também via nessa estratégia a possibilidade de uma produção de vida entre usuários mais autêntica e autônoma. E daí foi surgindo meu objetivo, meu tema e também meu problema: como se produz autonomia dentro da estratégia GAM em serviços de saúde mental?

Para minha surpresa eu não trabalhei o tema da autonomia somente no campo de pesquisa, mas na vida. Foi a primeira vez que decidi sair da casa dos meus pais e ter minha própria casa, foi a primeira vez que decidi morar com meu namorado, agora meu marido, foi a primeira vez que eu tive de lidar com minha vida financeira e fazer minhas próprias compras de supermercado. E eu, na minha ingenuidade, achando que estava provocando mudanças nos usuários e aos poucos percebi uma mudança relacionada a minha autonomia acontecendo comigo.

Então, aquelas frases lá do início que eu citei de alguns colegas não só faziam muito sentido, como eu estava vivendo e vendo com meus próprios olhos. Conto este pequeno relato pessoal para dizer que o processo de pesquisa em minha experiência foi muito intenso, as relações que constitui foram importantes para perceber que pesquisar vai muito além do deixar o usuário confortável, manter boa comunicação com a equipe e se questionar o tempo todo: como nossas práticas fazem a diferença para a população atendida? Foi um processo apaixonante poder caminhar ladoalado entre livros, teóricos, pessoas e vida real.

Este trabalho envolve uma pesquisa situada no campo da Saúde Mental que visa à estratégia de cuidado GAM como uma aposta para trabalhar autonomia e cogestão com usuários, entendendo a produção de saúde para além do processo saúde e doença, mas pensando na construção conjunta com vistas para visibilidade dos usuários, equipe, famílias e território.

Está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela

reforma psiquiátrica, as medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016 estão produzindo impacto em alguns indicadores da política de saúde mental. Desde a década de 1980, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e continua de progresso. Até o ano de 2015 seguiu-se uma linha regular de incremento de serviços e transformação de processos de trabalho, que incluem: construir o cuidado no dia a dia do território. Importa lembrar que, antes da reforma psiquiátrica, temas como saúde mental de crianças e adolescentes e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas estavam fora da política de saúde mental (COUGO, DELGADO, 2019) e da saúde pública (BRASIL, 2003).

Esse processo foi interrompido a partir de 2016, com medidas tomadas pelo governo, como delas foi a Emenda Constitucional (EC) 95, que já vem produzindo consequências de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental; ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental. Uma representação de uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (DELGADO, 2019).

Dessa forma, quando pensamos em todos os desmontes que vêm se dando nas políticas públicas de saúde e legislações trabalhistas no Brasil, está havendo uma tendência a vincular uma lógica produtivista à resolutividade, fragilizando o processo reflexivo e dificultando o estabelecimento de ações conjuntas de base territorial. Por isso, torna-se fundamental tensionar o compartilhamento dos cuidados nas equipes, no sentido de incidir qualificadamente na relação entre adoecimento e as determinações sociais em saúde.

Atuar na atenção básica e na saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) como pesquisadora requer um olhar atento para não se deixar seduzir pela escuta individual, como carro-chefe resolutivo para os sofrimentos que se apresentam nos territórios e em espaços de CAPS. Então, enquanto psicóloga e pesquisadora, qual a principal oferta de trabalho nesses contextos? Acredito que pela via da construção de comuns, provocando a contramão dentro desse espaço possível, assim temos vivido experiências ricas em grupos GAM ao longo do percurso.

Isolados podemos nos achar debilitados, em meio a trabalhadores cada vez mais soterrados pela perda de possibilidade de condução autônoma, crítica e inventiva do trabalho, e usuários, por sua vez, com sintomas diversos associados à fragilização de laços sociais, perda de direitos, precarização de políticas públicas e condições materiais de existência, em uma lógica que insiste em patologizar e psicologizar, conferindo soluções simplistas e individuais para questões sociais complexas.

Portanto, a ação solitária pouco produz num contexto complexo, ao trazer os determinantes sociais, econômicos e culturais dos sujeitos e de suas comunidades, estabelecemos ligações entre passado-presente-futuro, tendo como mote principal o compartilhamento, pelas composições de diversos olhares com os usuários, familiares e equipes. Apostar em espaços comuns, seja talvez uma saída possível para ressignificar causas e caminhos, sendo uma via para uma luta mais justa no cenário árduo que se apresenta diante de nós.

A seguir vamos apresentar a reunião de três artigos que contém os resultados referente a pesquisa GAM e a produção de autonomia no campo da saúde mental e no território da atenção básica. O primeiro artigo consiste em uma pesquisa de caráter documental, referente ao material impresso da estratégia GAM – os guias do usuário e do moderador; já os dois artigos seguintes são os efeitos da estratégia GAM nos grupos que estive presente, ambos estão escritos em forma de narrativas, para trazer a função da construção coletiva que cada experiência pode ressaltar. Ao iniciar cada artigo há um capítulo de abertura que contextualiza melhor o espaço onde ocorreu a pesquisa e algumas informações extras que no artigo, por falta de número de páginas não puderam ser contempladas.

## **1.2INTRODUÇÃO**

Esta dissertação compõe uma tríade de materiais que reuni ao longo de dois anos de pesquisa do mestrado (2018-2019), que envolveu um estudo sobre a produção de autonomia no campo da saúde mental pela estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). A GAM é uma estratégia e/ou nova abordagem de saúde mental, que reconhece que cada usuário tem uma experiência singular ao usar psicofármacos e de que o que importa é aumentar o poder de negociação desse usuário com os profissionais da saúde que se ocupam do seu tratamento, ela é resultado da reunião de serviços alternativos de saúde mental no Québec - Canadá, no ano de 2001. Sua chegada ao Brasil em 2009 foi um esforço coletivo de pesquisadores de universidades, equipes de saúde, usuários e familiares, que implementaram

uma versão final, traduzida e adaptada do guia GAM, onde importantes mudanças foram realizadas no material impresso do guia brasileiro, levando em conta a realidade do país.

A estratégia GAM, não oferece somente informações técnicas, mas perguntas amplas e abertas que remetem às experiências e aos significados individuais de usar medicamentos psiquiátricos, além de outros aspectos considerados importantes para avaliar se o tratamento está sendo adequado (CAMPOS et al., 2014). O guia GAM é um material composto por muitas perguntas e informações que dão a oportunidade do usuário de saúde mental olhar para si mesmo de uma forma global, podendo avaliar e analisar cada aspecto da sua vida.

A funcionalidade da GAM prioriza a formação das grupalidades, ou seja, privilegia a criação de grupos de usuários, profissionais e familiares, constituindo uma estratégia potente à participação social ativa para uma gestão de tratamento que incidi positivamente na formação de cidadãos mais conscientes. Um marco importante na adaptação do guia GAM brasileiro, foi a criação de um guia para moderadores, assim nos grupos GAM a figura do moderador tem um papel importante no auxílio da condução do grupo, como vamos ver a seguir nas experiências que retrato, o moderador, pode ser tanto um membro da equipe profissional, como um familiar ou usuário.

Uma das tarefas da GAM é a produção de autonomia dos usuários de saúde mental a partir do tema da medicação e por meio de uma maior crítica e conhecimento sobre os efeitos das medicações e informações sobre os direitos a aceitar ou recusar diferentes propostas de tratamento. Os dois principais princípios que norteiam a GAM são a cogestão e a autonomia. Sendo que a cogestão envolve a divisão das preocupações e dificuldades com pessoas que nos dão apoio, ou seja, cogestão é a gestão que se faz juntos. Esta dissertação buscou, ao longo da experiência de pesquisa pelo princípio da autonomia, compreender como esta se produz e efetiva na figura do usuário.

Desse modo, pensar autonomia como exercício de cuidado de si e manifestação de práticas de liberdade, viabilizando a construção da cidadania e da vida pública e política, trata-se da tentativa de criar quadrantes mais participativos e menos excludentes, numa aposta em ideias de cogestão e corresponsabilidade, princípios que a GAM aborda, em sua estratégia nos guias do usuário e moderador.

O percurso do termo autonomia – utilizado nos muitos contextos atuais, como na emancipação de sujeitos, nas lutas da antipsiquiatria, no discurso capitalista, nas Reformas em saúde ou nas políticas públicas – não é suficiente para entendê-la nas produções feitas no

campo da saúde mental. No Brasil, o campo da saúde, em especial a saúde mental, adota o conceito de 'autonomia' e tem por ele muito apreço, conforme explicitado em grande parte das políticas públicas da área, sem, no entanto, descrevê-lo ou problematizá-lo. Segundo Zambillo (2015), as pesquisas de campo voltadas ao contexto da saúde mental pressupõem um entendimento a priori ou naturalizado de autonomia.

Da autonomia, é necessário considerar, um termo caro, pela qual quer se tê-la como função, como discurso, trazê-la na forma de forças de negociação. A pesquisa que construímos coletivamente nesta dissertação não visa definir o conceito de autonomia, a partir do seu discurso no campo da saúde ou saúde mental, mas sim uma discussão conceitual por meio dos efeitos de poder, ocupando 'clandestinamente' essas áreas, por onde circulam o usuário desenhado na política pública, nas portarias, na Reforma Psiquiátrica, na prescrição do medicamento, em todo um campo de saber e poder já estabelecido e com uma regularidade na dimensão biopsicossocial que carrega a formação discursiva da autonomia.

Com a Reforma Psiquiátrica buscou-se transformações qualitativas no modelo de saúde, que precisou inventar novos locais, instrumentos técnicos e terapêuticos, como também novos modos sociais de estabelecer relações com esses sujeitos. Um dessas formas foi o movimento de desinstitucionalização, que significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito ou território, visto que o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deve se constituir como lugares de passagem, assim necessita-se um redimensionamento no olhar das práticas produzidas nos serviços de saúde (ROTELLI e MAURI, 1990). O movimento de desinstitucionalização é um dos caminhos norteadores para prática de saúde mental, afinal é uma mudança nas estruturas e na promoção de autonomia dos usuários (AMARANTE, 1996)

Sendo assim, justifica-se esta pesquisa, com a temática de produção do discurso de autonomia na estratégia dos Guias GAM, levando-se em consideração que a saúde mental faz uma tentativa de atuar dentro de uma lógica antimanicomial, consoante com a produção de um sujeito mais autônomo e corresponsável por seu tratamento medicamentoso. Pesquisas como esta que se realizaram, a partir do trabalho com grupos GAM, deixam em aberto um caminho para a necessidade de novos estudos e contextos de saúde, o que corrobora para o advento desta pesquisa (PASSOS, CARVALHO e MAGGI, 2012; MARQUES et al., 2013; CAMPOS et al., 2011; CAMPOS et al., 2012; ZAMBILLO, 2015).

Vale salientar que a proposta de trabalho ao longo da explanação dos três artigos que se seguem, optou-se por uma abordagem de inspiração foucaultiana, mapeando-se o campo estratégico produzido pela pesquisa e os enunciados de “autonomia”, “estratégia”, “programa”, “resistência”, “saber” e “poder”. Os escritos deixados por Foucault tratam estratégia a partir do poder, que este está em todo lugar, significa dizer que o poder circula, funciona em cadeia, sendo exercido através de uma complexa teia de relações de forças, marcadas por estratégias locais e por relações de dominação – e, ao contrário, para as relações de resistência. Sendo assim, os indivíduos em uma sociedade sempre estão sob a possibilidade de sofrê-lo ou de exercê-lo. Assim, como estratégia de poder, identificamos o conjunto das táticas utilizadas para fazer funcionar ou manter uma articulação de saber e poder, que pode utilizar e designar diferentes e diversificadas práticas de estratégias (FOUCAULT, 2001; FOUCAULT, 2006; CASTRO, 2009; REVEL, 2005).

Essa experiência envolveu diversos atores sociais em um cuidado em saúde do serviço de referência para além dos muros institucionais, bem como a reivindicação por um direito mais extenso do que o simples acesso aos serviços públicos de saúde, buscamos principalmente um “direito à cidade”, pela noção de território, como um espaço em permanente construção. O processo de pesquisar se deu em um campo que já vem se construindo e consolidando na cidade, da participação ativa dos usuários na promoção e divulgação de uma saúde mental que funciona e dá certo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja pela presença desses usuários nas universidades, em palestras, em cursos de extensão e matriciamento seja pela articulação que vem se produzindo para que a atenção básica possa se fortalecer com estratégias como GAM. A estratégia GAM na cidade tomou uma proporção única, construída de relações de profissionais, usuários, residentes, estagiários, familiares e pesquisadores (SENNA e AZAMBUJA, 2019; AZAMBUJA e NETO, 2019; BOTH e AZAMBUJA, 2017).

O primeiro capítulo, no item dois que trago a seguir trata-se de uma análise documental dos guias GAM do usuário e do moderador e a ideia do “programa explícito”, no qual Michel Foucault (1977/2006) levanta a hipótese dos perigos das prescrições que algumas instituições pregam, ditando o que se deve saber e fazer. A GAM, ao longo desse trabalho, irá aparecer como uma estratégia que atua na contramão dessa lógica prescritiva, porém recorre a uma forma de gestão de vida para o sujeito no campo da saúde mental, diferentemente da produzida pela lógica biomédica, de cunho manicomial e crônica. O objetivo geral foi analisar os guias e suas estratégias oferecidas para a produção de autonomia e modos de vida para

usuários de saúde mental. Esse artigo foi submetido para revista Quaderns de Psicologia e aguarda seu parecer.

O segundo capítulo, no item três é composto de uma experiência coletiva em um CAPS II, de um grupo GAM, sob a moderação de duas usuárias. Optou-se neste grupo pelo uso do guia impresso como norteador das discussões, mas a ferramenta que foi utilizada ao longo dos encontros foi o teatro como suporte artístico para expressar as emoções no grupo e criar uma ferramenta de divulgação do que o serviço de CAPS produz. Foi utilizada a pesquisa-intervenção participante como metodologia, o que contribui para que a pesquisadora pudesse também inferir no processo coletivo de criação das peças de teatro. Como objetivo geral foi compreender como a promoção de autonomia na GAM estabelece relações de saber e poder no uso de medicamentos psiquiátricos e na gestão da vida de usuários de um serviço de saúde mental. Este artigo será encaminhado para a revista Pólis Psique para submissão.

O terceiro capítulo, no item quatro, trata-se de um relato da experiência de um grupo GAM de mulheres na atenção básica da região sul da cidade. Esse grupo se originou da proposta de duas agentes comunitárias de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e formou a partir de uma negociação entre um Centro de atenção Psicossocial (CAPS) e uma unidade de atenção básica (ESF), onde foi articulado a proposta de se pensar novas relações para que as usuárias pudessem vir a frequentar e conhecer mais o território onde vivem, para além das paredes do CAPS. Nesta experiência formou-se um grupo que iniciou a produção de materiais de artesanato e começou a participar em feiras locais da cidade e atualmente está buscando a construção de uma cooperativa local. O objetivo geral deste trabalho foi compreender como a promoção de autonomia na GAM produz efeitos de desinstitucionalização em um grupo de profissionais e usuárias de saúde mental. Este artigo será encaminhado para a revista Psicologia e Sociedade para submissão.

## **2GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO UM PROGRAMA PARA SUJEITOS POLÍTICOS NA SAÚDE MENTAL (ARTIGO 1)**

Este estudo tem por temática a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), produção de autonomia e as formas de gestão da vida de usuários da saúde mental. A GAM visa o trabalho grupal e a concepção de que tratamento é mais do que o uso de medicamentos, e que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas. Dessa forma, a produção de autonomia presente na estratégia da GAM passa por práticas coletivas, de compartilhamento e negociação entre diferentes valores e perspectivas. A GAM

opera, levando a uma composição de saberes dos usuários, das equipes dos serviços e dos pesquisadores, numa gestão compartilhada do cuidado.

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), preconizada pela Lei Federal nº 10.216/2001, que propunha a transformação da saúde mental pública nacional, as reflexões no país provocaram críticas à institucionalização e às terapêuticas aplicadas às pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 2010). Por conseguinte, tem-se a proposição de uma mudança paradigmática no horizonte da assistência à saúde mental, surgindo a emergência de novas práticas, da criação de uma rede de atenção integral e territorial que preconiza a corresponsabilização e a autonomia dos usuários e seus familiares, tendo os serviços de saúde como apoiadores. Em consonância com as diretrizes da RPB, tais como valorizar a experiência dos usuários como sujeitos de direitos e promover a prática da cogestão nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); temos a ferramenta da GAM como uma estratégia que se utiliza dos princípios da RPB para auxiliar seus usuários a pensar a saúde mental a partir do tema da medicação e expandir seus conhecimentos e informações de como governar suas vidas.

Em consonância com as diretrizes da RPB, tais como valorizar a experiência dos usuários como sujeitos de direitos e promover a prática da cogestão nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); temos a ferramenta da GAM como uma estratégia que se utiliza dos princípios da RPB para auxiliar seus usuários a pensar a saúde mental a partir do tema da medicação e expandir seus conhecimentos e informações de como governar suas vidas.

A GAM origina-se em movimentos de serviços alternativos de saúde mental no Québec — Canadá, a partir do ano de 1993, com a criação de um comitê para estudar as medicações psiquiátricas e a criação de recursos para redução e suspensão de seu uso, com a participação de usuários, familiares, profissionais, coordenadores de serviços, entre outros. Através de um longo percurso, em 2001, se implementa o termo GAM, composto por textos informativos, perguntas e espaços para respostas, com a finalidade de ampliar a autonomia dos usuários no que diz respeito à gestão medicamentosa prescrita (RODRIGUES, 2014).

A constituição e formação do guia canadense, surge, após vinte anos de lutas dos serviços alternativos e dos grupos de promoção e defesa dos direitos em saúde mental do Québec. Elaborado em 2001, o guia GAM, assim chamado através do encontro entre integrantes da Associação de recursos alternativos em saúde mental do Québec (RRASMQ),

da Associação dos Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Québec (AGIDD-SMQ) e de pesquisadores da Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental e Cultura (ÉRASME), propõem aos usuários ter acesso às informações e dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam em suas vidas. Os usuários deixam de ser tratados como “objeto” do tratamento para ser “sujeito” e “pessoa de direito” (CAMPOS, PASSOS E PALOMBINI, 2014 p. 12). Uma das concepções centrais do guia é reconhecer o tratamento em saúde mental além da medicação, pensando nos usuários como pessoas, e não como doenças (RODRIGUEZ DEL BARRIO; PERRON E OUELETE, 2008). É a partir daí que a pesquisa no Brasil empreende esforços em traduzir e adaptar o instrumento para a realidade brasileira.

No Brasil, o guia GAM passou por um processo de adaptação, levando em conta o contexto da reforma psiquiátrica e da existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, os direitos dos usuários de serviços de saúde mental vigentes. Além disso, o guia brasileiro modificou totalmente o teor da segunda parte do guia canadense, que orientava a diminuir ou parar com o uso de medicamentos. Diferentemente dos canadenses, diminuir ou parar de tomar medicamentos não era uma reivindicação dos brasileiros, pelo contrário, estes consideram o acesso aos medicamentos como direito fundamental (CAMPOS et al., 2014).

A chegada da GAM ao Brasil iniciou em 2009, momento em que se realizaram importantes mudanças na implementação do guia em relação ao texto original canadense, levando em conta a realidade dos usuários de saúde mental daqui. A disseminação da GAM aconteceu por meio de uma pesquisa multicêntrica de âmbito nacional, na qual se envolveram inicialmente quatro universidades públicas, nas áreas da medicina, saúde coletiva e psicologia. As cidades em que ocorreram as pesquisas primeiramente foram Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Novo Hamburgo/RS, escolhidas por suas diferentes trajetórias culturais, regionais e redes de saúde (ZAMBILLO, 2015).

A metodologia da pesquisa multicêntrica contou com grupos de intervenção e grupos focais, e influenciou as futuras pesquisas que vieram na sequência e passaram a utilizar o formato de encontros mensais para discutir o andamento de grupos GAM nos serviços de saúde. Através da pesquisa multicêntrica, onde se somaram a trajetória do grupo canadense e a dos grupos de pesquisa brasileiros participantes em interlocução direta com gestores, trabalhadores, residentes, usuários e seus familiares do serviço de saúde mental, visou-se a validação do guia GAM-BR, por meio da tradução e adaptação, resultando além de uma

versão final, a criação de um guia de apoio para moderadores de grupos GAM (CAMPOS et al. 2014). Na etapa atual, disponibilizado o uso do guia GAM em sua versão final já avaliada e revisada, novas pesquisas têm surgido aprofundando os efeitos da estratégia GAM.

Após esse processo de pesquisa multicêntrica nacionalmente reconhecido, muitos participantes dos grupos GAM, impulsionados a refletir sobre a legislação brasileira de saúde mental, perceberam alguns aspectos sobre cuidado em seu território e que os serviços estavam em desarmonia com os princípios da RPB, que atualmente tem visado reafirmar uma ética de cuidado, em que não há apenas uma mudança de configuração nas instituições de saúde, mas a construção de um outro olhar sobre a loucura (PACHECO E SILVA 2018). Nesse sentido, a GAM atua como uma estratégia que resiste aos modos de gestão da vida produzidos pela lógica de uma psiquiatria de cunho manicomial, visto que ela se propõe a trabalhar com princípios para negociar novas formas de cuidado.

Justifica-se esse estudo, levando-se em consideração alguns movimentos coletivos de usuários, profissionais e familiares que na composição da saúde mental fazem uma tentativa, seja pela legislação, seja por documentos informativos, de atuar dentro de uma lógica de luta antimanicomial, consoante com a produção de um sujeito mais autônomo e corresponsável por seu tratamento. A relevância científica que se propõe este estudo advém de pesquisas anteriores, como a pesquisa multicêntrica, que mostram a importância da GAM atrelada aos princípios da RPB. Sua trajetória vai na contramão de alguns discursos atuais sobre medicação, internação compulsória e despersonalização do usuário (CAMPOS, et al. 2012; PASSOS, CARVALHO E MAGGI, 2012; ZAMBILLO, 2015).

O complexo processo da RPB e os desdobramentos do Movimento da luta antimanicomial impulsionaram muitos outros movimentos sociais, muito antes da própria estratégia GAM existir. Usuários, familiares e profissionais da saúde mental já vinham se pensando como sujeitos políticos (SOALHEIRO, 2012). Podemos citar como conquistas desses movimentos a criação da Constituição Brasileira de 1988, que visa a garantia de saúde a toda população (BRASIL, 1988/1998) e a confecção da Carta dos Direitos dos usuários de saúde, com seis princípios básicos que garantem ao cidadão o direito ao ingresso nos sistemas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Pesquisas como as que estão sendo realizadas, a partir do trabalho com grupos GAM, deixam em aberto um caminho para a necessidade de novos estudos e contextos de saúde que

articulem legislação e novas práticas, o que corrobora para o advento deste estudo. Visto que, na própria publicação do guia GAM-BR (CAMPOS et al. 2012) expressa o quanto os pesquisadores são sujeitos militantes sócio-políticos, pois retornam à sociedade o produto de sua investigação para que faça diferença na vida cotidiana.

Os guias GAM existem em dois formatos: o guia do usuário, para todos os participantes do grupo, e o guia do moderador para quem for dirigir o grupo. Há uma classificação da GAM: “como uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos aspectos da vida das pessoas que os usam” (CAMPOS et al. 2014, p. 7). Esse título de estratégia surge na possibilidade de legitimar a voz dos usuários nas suas relações com o outro e pela importância da participação em atividades sociais para transmissão do seu saber. Os guias GAM não são um manual, assim os participantes e moderadores devem considerar tais documentos como apoio para vida pessoal, levando a se questionar uma nova forma de gestão de si e dos outros que a GAM produz, a partir da transmissão de conhecimento dos participantes do grupo.

Constituindo-se como uma estratégia, os guias são uma potente fonte de fomento à participação ativa dos usuários na gestão do seu tratamento e do serviço, incidindo positivamente na formação de trabalhadores (CAMPOS et al., 2012). Em estratégia pode se pensar como um programa onde há intenções de se produzir algum conhecimento a ser transmitido para alguém. Ou seja, os guias GAM, estimulam as pessoas, que fazem uso de medicamentos, a buscar com quem prescreve, o acesso à informação e a ajuda necessária ao ajuste, à redução ou a suspensão dos medicamentos.

A GAM produz um processo de ferramentas de auto-observação e identificação das redes de apoio, contribuindo para a (re) apropriação do poder decisório dos usuários. Essa estratégia implica em práticas de liberdade, pois, toda relação de poder envolve estratégias de luta, que se limitam mutuamente (FOUCAULT, 1977/2006). Se a GAM é uma estratégia que auxilia o usuário a refletir sobre o que é ser cidadão, logo ela produz um poder de resistência que reflete a mecânica de um conjunto de estratégias de como atuar não diretamente sobre os corpos dos indivíduos, mas sim sobre as suas condutas, através de variadas possibilidades: induzindo, separando, facilitando, dificultando, limitando, estendendo, impedindo.

Diferentemente da lógica da psiquiatria tradicional que enfraquece a construção de espaços e dispositivos de cuidado horizontalizados, mas privilegia o tratamento

medicamentoso, algumas pesquisas apontam que a falta de informação dos usuários sobre os remédios receitados e a não discussão sobre os efeitos indesejáveis deles, geram um crescente processo de medicamentação (AMARANTE, 2010; ROSA EWINOGRAD, 2011). Assim, problemas que antes eram tratados em sua complexidade e singularidade são classificados como doenças e medicados. A participação dos usuários restringe-se, muitas vezes, à mera informação de seus sintomas, ficando, de lado, os múltiplos não ditos do sofrimento.

Entretanto o uso de medicamentos psicotrópicos tem sentidos singulares para as diferentes pessoas, e seus testemunhos mostram que são plurais os aspectos simbólicos da medicação e, frequentemente, contraditórios. Nesse sentido, a GAM, pode ser situada enquanto produção de resistência diante da lógica de prescrição que não oferece somente informações técnicas, mas perguntas amplas e abertas que remetem às experiências e aos significados individuais do uso de medicamentos, além de avaliar se o tratamento está sendo adequado e modificar o olhar do usuário sobre sua vida (CAMPOS et al., 2014).

A temática desta pesquisa esforça-se em pensar como os guias GAM compõem formas de gestão da vida de usuários de saúde mental, pautados na produção de uma autonomia. Para tanto, tem por objetivo geral analisar os guias GAM do usuário e do moderador e suas estratégias oferecidas para a produção de autonomia e modos de vida para usuários de saúde mental. Como objetivos específicos pretende investigar como a proposta da estratégia GAM resiste aos modos de gestão da vida produzidos pela lógica de uma psiquiatria de cunho manicomial e mapear como os guias GAM fomentam e estimulam, em sua estrutura de apresentação, os usuários a se tornarem sujeitos políticos pela busca de informações sobre os desdobramentos da RBP e de seus direitos e deveres.

Por conseguinte, daremos abertura à análise dos materiais documentais: os guias GAM. A proposta da GAM, como estratégia, e a ideia do programa explícito, no qual Michel Foucault (1977/2006, p. 336) traz como “conjuntos de prescrições calculadas e pensadas, e segundo as quais se deveriam organizar instituições, dispor espaços e reger comportamentos”, nos convida para entendermos se os guias podem ser considerados um programa e a hipótese que Foucault levanta dos perigos das prescrições que algumas instituições pregam, ditando o que se deve saber e fazer em suas práticas.

### **Apontamentos metodológicos**

Optamos pela utilização da pesquisa documental, que recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Sendo assim, o trabalho de pesquisa requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico (OLIVEIRA, 2007).

O universo que constitui a proposta deste estudo é a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e seus guias. O guia do moderador é um material impresso e digital, pensado para ser utilizado por todos os participantes que se interessem em moderar um grupo GAM, seja em um serviço de saúde, seja em seu território, além de se preparar para saber mais sobre a estratégia GAM e seus princípios, o moderador pode auxiliar outros a se tornarem novos moderadores. O guia do usuário, também em material impresso e digital, contém seis passos, cujo o objetivo é de possibilitar que as pessoas tenham autonomia para negociar ativamente o acesso a outras formas de tratamento, além da medicação (CAMPOS et al., 2012).

Para os procedimentos de produção de dados foi utilizado os guias GAM do usuário e do moderador, disponíveis em PDF no site do grupo de pesquisa Interfaces, coordenado pela professora doutora Rosana Onocko Campos (Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, s/f). Esses documentos foram tomados em suas apresentações e terminologias pelas quais se intitulam, seja, como uma estratégia, seja como um material que disponibiliza pistas, indicações, princípios de autonomia, pertencimento e reconhecimento. Desse modo, podemos nos questionar se seria possível elencar a análise de tais documentos como parte de um programa explícito para Foucault.

Por programa explícito temos que entender como Foucault trata as práticas das instituições, sejam elas, asilos, escolas, prisões, captando as condições que em um dado momento, as tornam aceitáveis, como a prática do encarceramento nas prisões. Tais práticas são consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão. Ao analisar as práticas institucionais considera-se os regimes de práticas, neste momento obtemos a primeira citação de programa, onde Foucault trata que as programações de conduta, podem ter ao mesmo tempo, efeitos de prescrição em relação ao que se deve fazer — efeitos de jurisdição e efeitos de codificação em relação ao que se deve saber — efeitos de veracidade (FOUCAULT, 1977/2006).

Desse modo, em que momento na história da saúde mental os guias com seus passos produzem uma outra forma como o usuário e os profissionais podem compreender o uso de psicotrópicos, para além do já naturalizado modelo psiquiátrico tradicional. O programa explícito contribui para que os conjuntos de prescrições calculadas e pensadas para organizar uma instituição, regradar comportamentos ou neste caso produzir modos de vida, respondem muito mais a objetivos locais do que ideais. O que nos interessa nesta análise documental é verificar o jogo de realidades diversas que pela estratégia GAM se desenvolvem e se articulam umas com as outras, tanto as instituições, como os comportamentos e os corpos que formam um programa podem se cristalizar ou podem criar novas formas de produzir práticas.

O procedimento para análise dos materiais utiliza-se da matriz pós-estruturalista do pensamento foucaultiano, pois essa perspectiva opera em uma política de pensar o presente. Tal pensamento instrui problematização e produz uma subversão às formas tradicionais de pensar, nos confronta e nos convoca a produzir um outro social. Logo, considerar os guias como documentos a serem analisados pelo pensamento foucaultiano é significativo para engajar esta metodologia numa estratégia ético-política comprometida em repensar constantemente o que produz e problematizar os efeitos dessas produções no social.

É indispensável, para se pensar no social, uma afirmação epistemológica que recuse trabalhar a partir de operadores dicotômicos, referenciados neste campo: “oprimido X opressor”, “rico X pobre”, “homens X mulheres”, “indivíduo X sociedade”, “louco X normal”. Segundo Simone Maria Huning e Andrea Cristina Coelho Scisleski (2018) o pensamento foucaultiano desestabiliza esses maniqueísmos nos interpelando a problematizá-los; pensando nesses pares se produzindo e configurando no social que temos hoje, nesse caso compreender como os guias GAM produzem novos modos de vida para usuários da saúde mental.

Durante o tratamento metodológico dos guias, tanto o guia do moderador quanto o guia do usuário seguiram as mesmas orientações durante a análise dos documentos, o que se buscou foi entender como estes guias em suas práticas produzem efeitos de prescrição e novos modos de construção de vida entre os usuários. Por isso, foram reunidos como material de análise os guias GAM, enquanto corpus discursivo, trabalhados em suas séries discursivas, problematizando os efeitos prescritivos no que se refere às políticas públicas e às ofertas de tratamento na gestão da vida dos sujeitos em saúde mental.

Esta análise utilizou como referencial teórico e metodológico a construção de discurso a partir de Foucault. Neste momento é importante salientar como o discurso tenta dar conta das relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas no discurso (FISCHER, 2001). O discurso põe em funcionamento enunciado e relações, assim não se busca uma análise do que há por trás dos documentos, mas sim procura-se explorar ao máximo os materiais, na medida que são uma produção política.

Dito isso, o discurso no pensamento de Foucault é político, logo, a epistemologia aqui trabalhada é da nomeação de que o estudo presente, mesmo se constituindo uma análise documental, propõe a produção de uma ação política que nos situa e nos aproxima, e também nos afasta de determinadas formas de pensar e de agir, o que remete à invenção, uma invenção de outra forma de pensar e de intervir, uma nova abordagem de saúde mental nas pesquisas em psicologia social.

A intenção da análise documental foi tomar os guias como um programa explícito, como compreendido por Foucault (1977/2006), e problematizá-los a partir da citação de alguns trechos, como que os espaços de saúde mental atuam pela lógica da prescrição, mas que a estratégia da GAM lança um novo olhar sobre o cuidado em saúde mental. A categorização dos materiais foi realizada mediante a leitura dos guias com uma apresentação geral do sumário e elegendo alguns trechos que contribuem para tencionar a discussão e análise sobre os programas e as prescrições.

### **O programa GAM: apresentação dos guias**

Para compreender como funciona a estratégia da GAM e seu modo de incitar outra forma de gerir a vida, far-se-á uma breve apresentação dos guias GAM do moderador e do usuário citando os tópicos que compõem cada documento, como eles se constituem e de que modo podem ser utilizados. O guia GAM do moderador é um composto por 41 páginas, foi publicado em 2014, pela iniciativa de colaboradores da equipe multicêntrica nacional de pesquisa, e é intitulado como um Guia de Apoio a Moderadores. Seu sumário constitui-se de cinco tópicos, descritos em sua página inicial, sendo eles: 1. Apresentação; 2. Antes de iniciar um grupo GAM; 3. História da GAM no Canadá e no Brasil; 4. O grupo GAM e 5. O uso do guia GAM.

O guia do moderador oferece instrumentos que auxiliam na implementação da GAM nos serviços de saúde e traça a importância da condução do grupo no manejo cogestivo,

incentivando o trabalho em parceria, estabelecendo uma dupla na dinâmica de moderação, formada por trabalhadores e usuários. Portanto, manejar grupos GAM é propiciar o questionamento e a crítica do óbvio, das “verdades” que se consideram “naturais” e que são construídas historicamente, servindo a interesses específicos. Visualiza-se um campo epistemológico, situado em perspectivas histórico críticas que propõe a problematização e a desnaturalização dos saberes e poderes.

No guia do usuário utilizado para conduzir o grupo e onde cada participante pode ter seu próprio guia. Contém 138 páginas e intitula-se: guia de gestão autônoma da medicação: guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos. O guia é constituído por seis passos distribuídos em: apresentação, parte um: sua qualidade de vida e parte dois: um caminho para mudanças.

O guia propicia espaços de fala entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores com consequências clínico-ético-políticas de reafirmação de direito à cidadania, do agir em cogestão e de afirmação de singularidades (CAMPOS et al., 2012). A constituição dos guias se dá pela aplicação dos seis passos, com temáticas sobre a contextualização da RPB, a composição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a origem e objetivos da GAM.

Nos quatro primeiros passos do guia, é mostrado um dos objetivos do guia que é a aproximação do tratamento que faz bem e melhorar a qualidade de vida (CAMPOS et al., 2012). Podemos mapear a construção de um olhar focado na vida do usuário, levando-o a observar a si mesmo, e conhecer o tipo de tratamento que ele vem sendo exposto, podendo ser: o medicamentoso, que envolve entender sua prescrição, uso, efeitos e sua vontade de tomá-lo ou não o tomar.

Quando o usuário utiliza das ferramentas de auto-observação que o guia oferta, ele passa a ampliar sua autonomia e a reconhecer seu processo de cuidado, uma rede de apoio começa a se formar com quatro aspectos fundamentais, são eles: liberdade, pertencimento, reconhecimento e sentir-se útil. Por consequência, o usuário irá se tornar responsável por suas escolhas, tendo compromissos com o seu tratamento para aceitar, negociar ou recusar a medicação ou outras formas de tratamento, assim o usuário é conduzido para uma produção de subjetividade, em que terá de incluir em sua vida compromissos e buscar informações dos seus direitos (CAMPOS et al., 2012).

Ao listar os recursos disponíveis para ajudar o usuário a gerir sua vida, o próximo passo é conversar sobre medicamentos, para que o usuário possa se sentir motivado a ter uma conversa com o médico ou demais profissionais da equipe de saúde. O propósito é que os participantes exercitem sua curiosidade e pesquisem sobre os medicamentos, conduzindo a questionar o saber médico e afirmar seu próprio saber (CAMPOS et al., 2012).

O guia do usuário fomenta a retomada das discussões dos passos anteriores da parte um como maneira de exercer a autonomia e aumentar a sua participação no tratamento. O usuário pode buscar a participação ativa no tratamento, por desenvolver o hábito de fazer perguntas, de procurar informações disponíveis e chegar a conclusões a respeito do que o ajuda a viver melhor. O plano de tratamento inclui outras abordagens como atendimentos individuais, grupos, conversas com familiares, mudanças de hábitos, cada pessoa lida com seus problemas de maneira diferente, logo seu plano de tratamento deve ser individualizado, atendendo as particularidades da vida de cada cidadão, denominamos isso de projeto terapêutico singular. Abaixo temos a tentativa de reunir os guias, enquanto documentos a serem analisados pelo pensamento foucaultiano, correspondente a proposta citada por Foucault do programa explícito.

### **A estratégia da GAM analisada pelo pensamento foucaultiano de um programa explícito**

Quando investigamos a proposta da estratégia GAM, observamos que ela vem resistindo aos modos de gestão da vida produzidos pelo modelo biomédico e instigando seus usuários a viver novos modos de vida pela militância em saúde, pelos seus direitos de serem cidadãos políticos e pela busca de melhores tratamentos em saúde mental. Essa produção de autonomia está associada às formas de racionalidades que se inscrevem em práticas e que tem um papel a desempenhar ali, já que “não há práticas sem um certo regime de racionalidade” (FOUCAULT, 1977/2006, p. 335). A GAM possibilita que grupos de usuários pensem em espaços coletivos e territorializados em seus tratamentos de saúde, em uma prática cogestiva de tomada de poder decisório na conduta de suas vidas. Logo o mapeamento na apresentação dos guias GAM, compreende que tais documentos fomentam e estimulam, em sua estrutura de trabalho, um programa e uma racionalidade.

Para entender racionalidade, Foucault (1977/2006) a pensa pela codificação e prescrição, de uma parte, como um conjunto de regras, de receitas, de meios em vista de um

fim, e a formulação verdadeiro ou falso, e de outra, que determina um domínio de objetos em relação aos quais é possível articular proposições verdadeiras ou falsas. Essa racionalidade tem diferentes faces, como uma racionalidade de Estado que impõe formas de governamentalidade e procedimentos de controle complexos; ou uma racionalidade do comportamento que fixa a medida social da norma e do desvio (REVEL, 2005).

Uma das bases que constitui esse estudo é justamente compreender se é possível pensar a estratégia da GAM como uma racionalidade, como um programa. Conforme Foucault salienta, seu “ponto de ataque da análise” não eram as “instituições”, mas as “práticas”. O que interessa nesta análise documental se refere às práticas apresentadas nos guias. Captar por meio das condições e das técnicas que, em um dado momento, se tornam aceitáveis, e que os tipos de práticas não são apenas comandados pela instituição, prescritos pela ideologia ou guiados pelas circunstâncias, mas eles têm até certo ponto, sua própria regularidade, sua lógica, sua estratégia, sua razão (FOUCAULT, 1977/2006).

O domínio das práticas se estende então da ordem do saber à ordem do poder, incluindo-se aqui também, as relações consigo mesmo. Em suma, Foucault (1977/2006) compreende por práticas a racionalidade ou regularidade que organiza o que os homens fazem, como “sistemas de ação na medida em que estão habitados pelo pensamento” (p. 580), tendo um caráter sistemático (saber, poder, ética) e geral (recorrente) e, assim, constituem um pensamento (CASTRO, 2009).

Quando observamos as práticas produzidas pelos guias, com estratégias e indicações de como articular um grupo, podemos constatar que esses documentos fazem parte de um programa. A ideia de programas explícitos, trata-se de “conjuntos de prescrições calculadas e pensadas, e segundo as quais se deveriam organizar instituições, dispor espaços e reger comportamentos” (FOUCAULT, 1977/2006, p. 336). Assim, Foucault (1977/2006) faz uso do termo explícito ao programa, pois não há nada por trás, seja latente, inconsciente, visto que nas práticas do esquema racional da prisão, do hospital ou do asilo não são princípios gerais que unicamente o historiador poderia encontrar através da interpretação retrospectiva, mas também podem ser considerados programas.

Essa programação estava referida a formas de racionalidade muito mais gerais do que aquelas empregadas diretamente. Assim, esses programas nunca passavam integralmente nas instituições; eram simplificados, escolhendo uns e não outros, pois em sua maioria o

programa não funcionava como o previsto, mas induzia toda uma série de efeitos no real, pois informavam os comportamentos dos indivíduos. Essa diferença do previsto para o real para Foucault (1977/2006) trata-se de uma imprevisibilidade do programa, onde as estratégias diferentes vinham a produzir efeitos permanentes e sólidos que se poderiam perfeitamente compreender em sua própria racionalidade.

Os programas podiam ter uma solidez e uma maleabilidade, assim essas programações de conduta, esses regimes de jurisdição/veredicto não são projetos de realidade que fracassavam por não atuar como previsto. Mas, são fragmentos da realidade que induzem esses efeitos de real tão específicos, que são aqueles de divisão do verdadeiro e do falso na maneira como os homens se dirigem, se governam, se conduzem eles próprios e os outros (FOUCAULT, 1977/2006, p. 338).

Pode-se inferir que o caráter dos guias assemelha a um tipo de programa, com efeitos de prescrição com relação a como fazer e o que se deve saber. Porém haverá sempre uma imprevisibilidade quanto aos rumos como cada sujeito irá gerir sua vida, visto que cada participante tem sua experiência singular e está inserido em um contexto com um território e uma equipe de saúde diferenciados. É inegável que esses documentos apresentam uma forma ou lógica de produzir um sujeito a viver, sendo menos impositiva que o modelo biomédico, mas ainda sim parece-nos como que formando um perfil de usuário, profissional, acadêmico, ou uma especificidade de sujeito político no campo da saúde mental.

Uma das transformações que torna possível na saúde mental, essa passagem da necessidade de se medicalizar uma população, para buscar administrar conceitos como autonomia e cogestão, advém de uma ruptura histórica criada e atualizada a partir da RPB. Visto que ela foi cenário político de críticas e de implantação do SUS, da Reforma Sanitária e a luta antimanicomial seguindo até hoje criticando as práticas excludentes, centradas no manicômio e priorizando intervenções mais complexas orientadas na territorialidade e nas várias dimensões do viver com o adoecimento (DIMENSTEIN et al., 2009).

Segundo Lúcia Rosa (2003), o processo da RPB passou por períodos distintos anteriores: os movimentos de crítica à estrutura asilar, considerada patologizante e cronificadora, que buscava a reestruturação do hospital, sendo ele ainda concebido como um lugar de cura. A partir da RPB se produzem práticas e com elas: novas formas de intervir e novas tecnologias de cuidado em saúde mental, propiciando ações capazes de quebrar o predomínio

tanto do hospital psiquiátrico como dos medicamentos, uma nova racionalidade começa a se criar nessa atmosfera de lutas e resistências antimanicomiais.

O discurso da autonomia surge imbricado na RPB, pensar em gestão autônoma da medicação implica considerar os usuários como protagonistas e corresponsáveis na gestão do tratamento com medicamentos. Como o guia do usuário traz “o seu direito a outros tipos de tratamento, inclusive o não medicamentoso, deve ser garantido mesmo que você recuse a medicação” (CAMPOS et al., 2012, p. 53), ao citar também a lei nº 10.216 da RPB, o guia mantém essa manutenção do discurso da autonomia pela circulação de leis, que estimulam o usuário que vivencia tais diretrizes, a ser um cidadão ativo em suas próprias decisões de tratamento medicamentoso e de saúde.

Através das ferramentas de auto-observação e de identificação das redes de apoio, alguns usuários olham para sua saúde como um direito garantido, nesta citação do guia do usuário “conversar sobre medicação não é tão complicado quanto parece quando se tem o apoio de mais pessoas” (p. 13); ou: “o objetivo é se aproximar do tratamento que lhe faz bem e melhorar a sua qualidade de vida” (CAMPOS et al., 2012, p. 15). Essas práticas, como conversar sobre medicação e entender as necessidades pessoais de cada usuário, busca uma racionalidade de ampliação da autonomia do participante e visam uma nova forma de governamentalidade. Aqui tomamos a noção foucaultiana de governo expressa na forma de dois eixos: o governo como uma relação entre os sujeitos e o governo como um relacionamento consigo mesmo.

No primeiro sentido, o governo é um campo de possibilidade que registra o comportamento dos sujeitos que agem: incita, induz, desvia, facilita ou cria obstáculos, amplia ou limita, obriga ou impede; mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários assuntos (CASTRO, 2009). Sendo assim, os guias conduzem um campo de possibilidade, atrelados pela racionalidade da RPB, incitando o usuário a buscar comportamentos como conhecer sobre os seus direitos e sua autonomia em coletivos.

Um dos trechos que indicam essa condução de comportamentos é abordada no início do guia do usuário “o simples ato de fazer 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 esses processos podem lhe fortalecer e aumentar sua autonomia, ajudando a valorizar os seus potenciais” (CAMPOS et al., 2012, p. 12). Relacionado com o

comportamento do moderador: “a função dos moderadores é importante na dinâmica do grupo para uma boa qualidade da sua condução, os moderadores têm o papel de acolher no grupo as experiências mais diversas, por mais difíceis, diferentes e intensas que sejam” (CAMPOS et al., 2014, p. 8).

Há também o governo em relação ao que se pode estabelecer consigo mesmo na medida em que se trata de dominar os prazeres ou desejos, ele está particularmente interessado na relação entre as formas de autogoverno e as formas de governo dos outros. No guia do moderador atenta que “alguns profissionais que usam medicamentos relataram que aprenderam a compartilhar suas experiências, tanto no grupo GAM, quanto com os profissionais que os tratam” (CAMPOS et al., 2014, p. 9). No guia do usuário ao encontro com a ideia de governo estabelecida a partir da relação consigo mesmo um usuário declara: “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” (CAMPOS et al., 2012, p. 13).

Estes novos modos de governo desarticulam os dispositivos disciplinares, e a orientação dos indivíduos é objeto dos “especialistas da subjetividade”, que passam a transpor as questões da vida em questões técnicas com o objetivo de aumentar a “qualidade de vida”. Em nome de uma visibilidade do usuário e da cogestão, a GAM é pensada como um programa de estratégias, que em um dado momento se torna aceitável com sua regularidade, sua lógica e começa a estruturar uma nova forma de como a RBP vai se organizar, o que vai fazer e como vai produzir o sujeito atravessado pelo campo da saúde mental, das políticas de saúde e das próprias instituições.

O usuário torna-se um produtor de gestos, atitudes e saberes, o guia o prepara a estar bem informado sobre seu tratamento medicamentoso, e reconhecer o poder que possui sobre os direitos e compromissos que ele tem em relação ao seu tratamento. Assim, “o usuário tem também compromissos com o seu próprio tratamento: ao aceitar, negociar ou mesmo recusar a medicação ou outras formas de tratamentos, ele se torna responsável por sua escolha” (CAMPOS et al., 2012, p. 51). Essa condição de poder com referência ao direcionamento das condutas, expressa, segundo Rogério Luis da Rocha Seixas (2011), no sentido mais nítido do ato de governar e de tentar não se deixar governar, agindo sobre a possibilidade de ação dos outros.

O usuário não é o único a deter essa condição de poder, no o guia do moderador há uma composição de três saberes: o que os usuários sabem, o que dizem os seus familiares sobre a experiência com o cuidado diário, e o que sabem os médicos ou as equipes de referência sobre o uso dos remédios. Pela lógica da cogestão percebemos que um tipo de sujeito está sendo produzido, logo, a proposta da GAM, é que as decisões sejam aceitas como legítimas e que sejam conversadas e compartilhadas com a equipe de saúde de referência para ser analisadas coletivamente, onde usuário, equipe e familiares envolvidos, estejam cientes dos possíveis efeitos das decisões e estejam prontos para “banciar juntos” uma posição (CAMPOS et al., 2014, p. 14).

O poder só pode existir no momento em que este inventa suas possibilidades de exercício, de acordo com as diferentes relações, distribuições e conexões (SEIXAS, 2011). Quando o moderador do grupo conversa sobre os medicamentos psiquiátricos com o grupo e os instiga a exercitar sua curiosidade em pesquisar sobre os seus medicamentos, a consequência é dos participantes irem conversar com o profissional da equipe de saúde sobre o significado, efeitos e interações que esses medicamentos ou tratamentos podem ter em seu corpo, tal atitude por parte tanto do usuário quanto dos profissionais demonstra que a estratégia da GAM encoraja ao direito à informação e que a relação de poder sempre pode circular nos espaços da rede de saúde mental.

Segundo Foucault (1994/2001) o poder só se exerce sobre sujeitos livres, individuais ou coletivos que têm um campo de possibilidade, onde podem ocorrer várias condutas, reações e diversos modos de comportamento. Os sujeitos da GAM estão resistindo a um modelo de cuidado que estava centrado somente na doença, a GAM se torna uma alternativa para um cuidado cogestivo, fazendo com que os sujeitos se sintam mais autônomos. Mas essa autonomia é relativa, pois ao compreender sua existência no mundo para além do estigma da loucura e da doença, o sujeito se vê governado por um novo modo de existência, com o compromisso de assumir uma responsabilidade pessoal e coletiva, referente ao cuidado consigo e com o outro.

Pode-se refletir que sujeito moderador está sendo produzido pela GAM? Ou ainda, qual sujeito usuário está sendo produzindo nesse processo? Nesse momento da escrita, talvez fosse prudente reformular nossa questão inicial: nosso ponto parece não ser a busca por responder se a estratégia GAM é um programa, mas analisar o sujeito que se produz nesse processo estratégico. Retomando a noção foucaultiana de estratégia, temos relações de

enfrentamento ou resistências, assim, havendo uma vinculação direta entre poder e resistência.

Nessa esteira, formas de estratégias de resistência criativas como a GAM, que atua em uma lógica cogestiva e de protagonismo do sujeito, contrapõe as sutis e engenhosas estratégias para o exercício de poderes assujeitadores, como o modelo biomédico e o excesso de prescrição de medicação. Por conseguinte, o sujeito que está sendo produzido pela GAM é aquele esperado nas políticas públicas de saúde, informado dos seus deveres e que sabe como reivindicar seus direitos, mas também é o sujeito que se coloca em lugar de resistência na luta contra a autogestão, onde busca ampliar seu poder de autonomia que consiste justamente na cogestão, no compartilhamento coletivo, entre o sujeito que é usuário, a família e a equipe de saúde.

Que possamos seguir na necessidade de exercer lutas de resistência, de maneira criativa, pois: “tudo isto está ligado diretamente a uma prática e a estratégias que são, por sua vez, móveis e se transformam” (FOUCAULT, 1994/2001, p. 512). Segundo Seixas (2011) o poder é criativo e necessita de pontos de resistência, não interpretados como expressão de violência, mas que assumam a criação e atualização das relações de poder. Nota-se que as ações dos guias são pensadas e planejadas considerando o sofrimento psíquico como parte do existir dos usuários, um existir complexo e concreto e que não pode ser separado da realidade social de cada um (CAMPOS et al., 2014, p. 15). O tratamento passa a ser entendido agora, como resultado de um conjunto de várias estratégias para enfrentar as diversas dimensões do viver com um adoecimento. Tais estratégias visam um programa que dá novos sentidos à experiência de adoecer e de vida dos usuários.

### **Algumas considerações**

Os programas eram um conjunto de prescrições que regulavam as instituições, explícito, pois não havia nada a interpretar ou esconder em suas práticas. Para Foucault (1977/2006) essas eram as estratégias com efeitos de reger comportamentos em espaços como asilos, hospitais e prisões. A diferença do programa explícito analisado pelos fenômenos que Foucault tomou como objeto de pesquisa para os guias GAM, é que estes parece-nos ter um modo estratégico na produção de um sujeito com uma conduta atrelada a uma prática mais política, autônoma e cogestiva, ambas fruto de uma racionalidade legislativa da RPB.

Percebe-se que os guias foram produzidos pelas condições técnicas, que em um dado momento de nossa história no campo da saúde mental, se tornaram aceitáveis. Os guias pelas suas práticas discursivas engendram um tipo de sujeito, assim a GAM traz uma nova racionalidade ou novo programa de conduta que produz um usuário e um profissional da saúde mais implicados nos processos de cuidado em saúde mental e que resiste a uma lógica da psiquiátrica tradicional, que visa muitas vezes somente no medicamento como prescrição para o cuidado. Logo, é razoável que o campo da saúde mental passe a adotar e considerar a ideia de autonomia e liberdade dos sujeitos. Desse modo, surgem práticas que dão lugar a um encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõem e das razões que se dão dos projetos e das evidências, como a proposta de não se considerar um transtorno, mas sim um sofrimento psíquico, mudar nomenclaturas como de paciente para usuário.

Portanto, a GAM pode ser considerados como um programa de resistência e práticas com sua própria lógica, regularidade e interesse. O desafio da RPB e de iniciativas como a GAM é de incentivar, através de suas ferramentas de auto-observação e identificação das redes de apoio, aspectos de gestão, muito além do uso de medicamentos, como as relações a nossa volta, que na maioria das vezes são negligenciadas, assim não é em outro momento, mas nesse que essa concepção ganha tanta potência hoje, entre muitos participantes dos grupos GAM, como uma frase de resistência: “Eu sou uma pessoa, não uma doença” (CAMPOS et al., 2012, p. 18).

## Referências

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Autor, 1988/1998 Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)

CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice. **Gestão autônoma da medicação – Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo; LEAL, Erotildes; PALOMBINI, Analice, SERPA, Octavio; EMERICH, Bruno; MARQUES, Cecília; SANTOS, Deivisson; MELO, Jorge; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; LIMA, Luciana Togni; Surjus, Silva; SILVEIRA, Marília; ARANTES, Ricardo Lugon; RODRIGUES, Sandro; OTANARI, Thais Mikie de Carvalho; CARVALHO, Julia. **Guia da gestão autônoma da medicação – GAM** DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-inter/faces>

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, AnaKalliny; BRITO, Monique; PIMENTA, Ana Lúcia; MEDEIROS, Vanessa; BEZERRA, Edilane. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n. 1, pp.63-74, 2009.<https://doi.org/10.1590/s0104-12902009000100007>

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, v.114, pp. 197-223, 2001.<https://doi.org/10.1590/S0100-15742001000300009>

FOUCAULT, Michel. Estratégia, Poder-Saber. In.**Ditos e Escritos** (vol. IV, pp. 328-344). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977/2006.

FOUCAULT, Michel. Estética: literatura e pintura, música e cinema. In.**Ditos e escritos**. (vol. III, pp. 264-295). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994/2001.

HUNING, Simone Maria; SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho. Ressonâncias de uma epistemologia foucaultiana em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v.30, pp.1-10, 2018.<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30170632>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Autor, 2011.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PACHECO, Raquel Ferreira; SILVA, Celso Renato. (Con) viver com a loucura: por um cuidado extramuros. **Revista Pólis e Psique**. v.2, n.8, pp. 140-161, 2018. <https://doi.org/10.22456/2238-152x.78136>

PASSOS, Eduardo; CARVALHO, Silvia Vasconcelos; MAGGI, Paula Milward de Andrade. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del-Rei, v.7, n.2, pp.269-278, 2012.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

RODRIGUES, Sandro. Modulações de sentidos na experiência psicotrópica. **Tese (Doutorado em Psicologia)**. Pós-graduação de Psicologia – Estudos da Subjetividade – do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, Lourdes; PERRON, Nadine; OUELLETTE, Jean-Nicolas. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In ONOCKO-CAMPOS, Rosana; PEREIRA FFURTADO, Juarez; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina.**Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**(125-162). São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

Rosa, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, Barbara Paraiso Garcia Duarte; WINOGRAD, Monah (2011). Palavras e pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia e Sociedade**, v.23, pp.37-44, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>

SEIXAS, Rogério Luis da Rocha (2011). A condição estratégica do exercício do poder em Michel Foucault. **Revista de filosofia Argumentos**, v.3, n.5, 2011.

SOALHEIRO, Nina Isabel. Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.4, n.8, pp. 30- 44, 2012.

ZAMBILLO, Marciana. Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si. **Dissertação de Mestrado**, UFRGS: Porto Alegre, 2015.

[1]<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

### **3 O QUE NÃO COUBE NO PAPEL: BREVES NOTAS DE MINHA VIVÊNCIA EM UM CAPS II**

Quando você entra na casa de alguém você pede licença, seja por etiqueta, seja por respeito, seja sua atitude. No dia 16 de março de 2018 eu pedi licença para entrar no CAPS II daqui da região central do Rio Grande do Sul. Como qualquer visitante fui recebida pelos moradores da casa de diversas formas: alguns ficaram curiosos, outros estranhos, outros foram simpáticos, mas todos estavam atentos à minha presença, desde a equipe até os usuários (as).

Fui percebendo, pouco a pouco, que ser pesquisadora é como ser uma figura estranha em uma instituição, todos ali se questionam: o que ela quer aqui? O que ela faz? O que ela vai deixar? E eu me questionava: Como me aproximar das pessoas? Como manter uma atitude menos evasiva? Como criar laços no campo da loucura? Quais teóricos e práticos que eu devo seguir? Nossa cabeça parece que foca em ser um colonizador, alguém que entra em um campo e tem que intervir, questionar e construir sua pesquisa a todo custo. É difícil não seguir este

caminho: trazer uma proposta, apresentar à equipe e aplicá-la sem avaliar muito a proporção disso na vida dos envolvidos. Quando chego nesse CAPS me deparo com figuras bem marcantes, personalidades conhecidas por todos ali, menos por mim. Com o tempo aprendi quem eram esses sujeitos e o espaço da ambiência no serviço me ajudou a conhecê-los, mas até isso acontecer percorri um bom caminho de visitas ao serviço, sentada em bancos na ambiência, visitando a horta, me alongando na garagem (no grupo de atividade física), tomando sol, conversando embaixo de uma goiabeira.

Aproximar-medos usuários parecia quase que como na condução de uma dança: no início você tem vergonha de pedir alguém para dançar, mas depois depende da permissão e dos dois para conduzir o processo. Não foi fácil minha inserção no serviço, a equipe estava incompleta, da preconizada para um CAPS II. Os residentes ali estavam saturados de atividades. As reclamações e crises dos usuários ocorriam o tempo todo, pareciam que estavam apagando incêndio, como eles mesmos diziam. E eu ali, indo para debaixo de árvores, perguntar sobre o dia de alguém, indo na sala de pintura e vendo o quanto eu realmente não sabia nada sobre trabalhos manuais.

Tive a oportunidade de auxiliar também em alguns acolhimentos, que dentro do campo da saúde e neste caso do serviço significa receber o usuário que chega ao serviço independente da queixa, ou seja, se o CAPS é um serviço de porta de entrada todo e qualquer sujeito tem acesso a esta rede que deve se articular e organizar entre seus profissionais para atender essa demanda livre do serviço. Assim, realizar o acolhimento em duplas com colegas residentes e profissionais serviu para eu conhecer pessoas novas que adentravam no serviço. Dia após dia chegavam mais encaminhamentos para serem acolhidos no CAPS, e minha pergunta era: quanto de pessoas esse serviço iria ou poderia aguentar? Lembrei-me da Casa verde, como em o conto “O Alienista” de Machado de Assis, “a loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”, será que todos que passam pela porta de entrada do CAPS realmente precisam de acompanhamento? O que a equipe percebeu era que não, quase metade dos casos que chegavam tinham demandas, mas que podiam ser resolvidas em outros pontos da rede de saúde, o problema é que a rede na cidade não funcionava como previsto.

A principal dificuldade que estava pairando no serviço era a forma como estava se desenhando algumas questões: profissionais novos ainda não haviam sido contratados, o ambulatório da cidade havia fechado e a rede parecia não estar acontecendo como esperado, pois atenção básica e saúde mental, não pareciam ter um diálogo. Mesmo neste caos inicial,

percebi que a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), estava fazendo barulho dentro do CAPS, com atividades na Universidade, alguns usuários foram me contando o quanto era bom ir nesse grupo que fazia eles não só colocarem seus problemas para fora, mas ouvir e tentar ajudar seu colega, assim não era só o profissional que produzia cuidado, mas eles também. Decidi participar e acompanhar meu primeiro grupo GAM, sob moderação de um usuário, o que nessa época ver um usuário conduzir um grupo, soava como uma novidade para mim, havia também uma fisioterapeuta e um estagiário da psicologia como apoiador.

O grupo acontecia todas as quintas-feiras à tarde, tinha uma média de 12 participantes e a proposta desse grupo era a leitura do guia para responder as perguntas do material impresso. Muitos dos usuários que acompanhavam esse grupo eram usuários crônicos do serviço, que passam muitos turnos nesse espaço e viam nesse grupo uma oportunidade de lidar melhor com suas dificuldades quanto ao uso da medicação e relações consigo mesmo e família. Alguns não sabiam ler, mas acompanhavam o andamento da discussão no grupo.

Durante os encontros cada participante lia um trecho do guia e discutíamos todos juntos, fosse com nossa experiência ou lembrando algo que aconteceu com alguém conhecido. Nesse grupo me vinculei com uma usuária, que gostava de escrever poesias e de leitura, tinha planos para aquele ano, de fazer uma prova que desse a oportunidade de cursar uma universidade, seu sonho era fazer literatura ou psicologia, áreas que ela amava muito e que segundo ela lhe ajudaram a superar os momentos difíceis. Ela havia sofrido oito internações das quais trazia na lembrança uma mistura de sentimentos, de alegria porque foi cuidada por uma equipe de saúde e tristeza porque viu muitas situações de sofrimento de outras pessoas durante as internações. Suas internações ocorreram desde que ela era muito jovem, devido a morte de seu pai e ausência de sua mãe, sua família estava passando por dificuldades para criar uma estrutura de proteção e cuidado com ela.

Concomitante a este grupo GAM havia outro grupo que se reunia outro dia da semana, mas não tinha um local fixo de encontros, eles perambulavam em espaços, como universidade, praças, ruas, museus, viam filmes, liam livros e participavam de um processo de pesquisa da GAM na cidade, em parceria com a universidade. Enquanto que o grupo que eu estava se mantinha longe dessas atividades, por preferir um certo sossego que o grupo proporcionava ser ali naquela sala do CAPS. Muitas discussões surgiram nos encontros, como aspectos sobre a internação psiquiátrica e a perda de bens materiais e sentimentais; como a família devia respeitar as decisões dos usuários; como era lidar com estigma de louco e muitas vezes incapaz, visto que muitos eram interditados e algum familiar que se responsabilizava

por sua vida. Logo que terminamos todos passos do guia, a usuária com a qual me vinculei começou a apresentar cada vez mais sinais de extrema ansiedade devido, segundo ela, parte de sua personalidade e das datas das provas que se aproximavam para o vestibular que ela iria prestar.

Ela participava em atividades fora do CAPS, nesse movimento de militância que a GAM gerou nela, indo também às universidades apresentar seus livros de poesia e contar sua jornada. A vida não suportou tantas emoções e logo depois de alguns meses de grupo, essa usuária precisou passar pela internação psiquiátrica, foi doloroso para equipe, para os seus colegas e para eu lidar com esse processo. Era visível que o grupo havia levado um tombo ali, estávamos em choque, somado à dor de saber de sua internação no dia em que ela iria fazer as provas de vestibular também foi marcante a todos.

Ficamos sem saber se a proposta da GAM poderia ter repercutido algo nela, conversamos em grupo sobre o assunto, e descobrimos que ela havia parado de tomar medicação por conta própria e que não foi buscar ajuda de sua profissional de referência nem de sua psiquiatra no CAPS. Foi doloroso ver isso passar pela equipe, pelos usuários e por mim. Qualquer internação quando ocorre no CAPS não é fácil, afinal esse é para ser um espaço de vida e de produção de saúde. Dentre várias das internações que pude acompanhar no CAPS, estou contando especificamente este caso, pois foi o que me marcou mais durante meu processo de pesquisa, convivência e vivência nesse serviço.

Questionamos a GAM, questionamos nosso grupo, o que havia acontecido com esse grupo que luta semanalmente contra os processos de internação e se fortalece no complemento de um cuidado em saúde mental, e a resposta veio a nós como: a vida, cada um compreende de um jeito, essa usuária compreendeu da forma mais sofrida possível, ninguém poderia ter o controle dos fatos ou rumo que a vida tomou, mas no momento que ela precisou de um serviço de apoio, da equipe e dos amigos, todos estavam ali para acolhê-la. Hoje ela vai ao CAPS e participa das atividades, mas reconhece que a participação no grupo GAM, para ela, não devia continuar, pelo menos por um tempo, o sonho de escrever livros não morreu, após esse período conturbado ela publicou mais um livro de poesias e segue agradando aos ouvidos e olhos de todos com sua arte de escrever.

Desse modo, pude aprender que uma abordagem em saúde mental pode ter suas limitações e que nem sempre vamos auxiliar todos que chegam até nós. Podendo colocar um pouco do que senti nesse papel, foi medo de perder alguém, perder uma pessoa que em tão

pouco tempo que conheci já havia sido muito importante para perceber que eu não era só pesquisadora, psicóloga ou estudante ali, mas que eu realmente entendi que não há cisões entre as nossas ocupações. Recordo que uma vez ouvi em um grupo de estudos que não devemos nos confundir com nossas funções, assim os afetos existem sim e são mais fortes do que imaginamos, e nos fazem produzir mais do que pensamos.

O relato que vou seguir contando foi de um processo de uma experiência de grupo GAM que também teve produção de seus altos e baixos ao longo de um ano, mas que se mantiveram e se mantém com um brilho no olho e acreditando na mudança de uma produção de saúde mais coerente com seus desejos. Como diria Guimarães Rosa (1956) “A vida inventa. A gente principia as coisas, no não saber por que, e desdai perde o poder de continuação – porque a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada”.

### **3.1 ENTRE A SERINGA E A FLOR: A CONSTRUÇÃO DE AUTONOMIA E PRODUÇÃO DE SAÚDE PELO TEATRO EM UM GRUPO GAM DE UM CAPS (ARTIGO 2)**

Este artigo é fruto de uma experiência de pesquisa de mestrado, que acompanha o percurso de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um CAPS II de um serviço de saúde, da região central do Rio Grande do Sul. Traz como temática a produção de autonomia e de governo da vida nas relações de saber e poder dos usuários de saúde mental, através do teatro e de performances corporais para mobilizar a divulgação da loucura como algo para além do aspecto de sintomas, doença e anormal, além de trazer a seguinte questão: como garantir o protagonismo dos usuários, e tirá-los do lugar de sujeitos estigmatizados pela loucura? Como agenciar a vida dos outros com os outros?

No Brasil com a Constituição de 1988, questões que dizem respeito à saúde passam a ser associadas ao campo da cidadania. Nessa esteira política, a saúde mental, com a Reforma Psiquiátrica pela lei nº 10.216 e com os movimentos da luta antimanicomial e da desinstitucionalização passaram a questionar a loucura e a diferença dissolvendo com os estereótipos e discriminação para construir sujeitos cidadãos (AMARANTE, 2000; BASAGLIA, 1985). Mesmo com todos esses avanços sociais e políticos o atual cenário vem mostrando que estamos sofrendo um processo de desmonte dessa construção coletiva, das garantias de direitos e da participação popular em nosso país

Situando o cenário social, político e econômico do Brasil nas últimas décadas, percebe-se que no campo da saúde, vem sendo impactado pelas transformações societárias impostas pelo projeto neoliberal que ameaça o projeto de reforma sanitária e a política normativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, se por um lado temos um sistema com significativos avanços e que tem sido de uma importância imensurável para a população brasileira, de outro há ainda gargalos que são produtos de uma cultura de dependência do setor privado ou dos prestadores de serviços do SUS (JÚNIOR, 2008).

A reforma de atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme de progresso, desde a década de 1980, porém é a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente estamos lidando com um processo de mercantilização e privatização da saúde. Políticas como a saúde mental de crianças e de adolescentes e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão dentro dos cuidados da reforma psiquiátrica brasileira, porém a partir de 2016, com medidas tomadas pelo governo como a Emenda Constitucional (EC) 95, que já vem produzindo consequências de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental. Além disso, a EC 95 congela o piso dos gastos primários de cada poder, com base de financiamento de acordo com as despesas do ano de 2016, no período de vinte anos, essa emenda estabelece a desvinculação das despesas com saúde e educação na Constituição Federal relativos às receitas.

Nesse sentido, a população mais vulnerável está fortemente afetada, tendo em vista a redução do financiamento do SUS frente ao aumento de demandas dos usuários, dado que, as desigualdades sociais referentes à saúde estão relacionadas à organização social. Conforme aponta Vieira e Benevides (2016), o Novo Regime Fiscal (NRF) poderá propiciar o aumento da judicialização da saúde, em razão da redução de serviços os usuários tendem a buscar justiça para acessá-lo. Assim, há uma necessidade de um controle social da gestão do SUS que seja capaz de fazer resistência ao modelo hegemônico neoliberal que ronda a política de saúde no Brasil.

Logo, torna-se fundamental recuperarmos o que o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza para todos os cidadãos brasileiros, segundo Campos e Campos (2006), cabe ao SUS, produzir saúde, sendo uma de suas finalidades a ampliação do grau de autonomia das pessoas. Sabemos que a clínica no modelo tradicional biomédico, no âmbito da saúde coletiva, não tem contribuído na ampliação do grau de autonomia de usuários e da população

em geral. Pois, o sujeito é concebido como alguém que não sabe e que deve obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão.

Precisa-se criar uma ampla reorganização da clínica e da saúde coletiva em decorrência dos modelos de gestão e de atenção, isso significa considerar os usuários dos serviços de saúde como sujeitos com conhecimento, singularidade e capacidade de gerir sua própria vida. Considerar a coconstrução de autonomia como uma diretriz exige uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho de saúde.

Os autores Campos e Campos (2006) consideram o conceito de autonomia e de saúde, não como valores absolutos, mas processos dinâmicos, nos quais saúde e autonomia implicam perdas ou aquisições sempre gradativas. Sendo que, saúde e autonomia em graus variáveis, quase como se fossem coeficientes relativos a um padrão do próprio sujeito ou a padrões sociais e históricos estabelecidos. Por isso ao se perguntar: Como se produz saúde ou o que é produzir saúde? Deve-se ser sempre em relação, em comparação, a alguma posição anterior do sujeito sob análise, seja ele um indivíduo ou uma coletividade.

Segundo Tenório (2002), na contemporaneidade existe a tentativa de inserir o sujeito louco em uma identidade que possibilite que ele se posicione enquanto cidadão, porém essa articulação é pouco desenvolvida no campo da saúde mental, visto que a necessidade de uma mudança de paradigma na apropriação dos conceitos de clínica ampliada e reabilitação psicossocial entre os profissionais da saúde que ainda não conseguem transpor totalmente suas práticas centralizadas, ainda, nas ações do modelo biomédico. Desse modo, nessa experiência trazemos a prática da estratégia GAM para pensar e trabalhar uma nova abordagem com usuário de saúde mental. A GAM origina-se na província de Quebec, no Canadá, em 2001, e foi criada por usuários (as) em conjunto com serviços alternativos de saúde mental.

Inicialmente, a GAM, no Canadá, objetivava a retirada da medicação, contudo após seu desenvolvimento, o objetivo passou a ser o significado do uso dessa medicação. Chegando ao Brasil em 2009, em sua versão final, traduzida e adaptada. Trazendo como foco a tomada de decisões em conjunto, entre usuário e profissional da saúde a respeito do tratamento medicamentoso e a produção de uma autonomia do usuário pautada em seu protagonismo como sujeito político e de direitos.

Dessa forma, além da tradução e adaptação do guia do usuário, foi criado também, em âmbito nacional, o guia do moderador, para oferecer aos usuários e trabalhadores instrumentos que ajudassem na implementação da GAM nos serviços de saúde. Por meio do guia do moderador se tem dicas, pistas e indicações aos que se interessam pela GAM (Campos et al., 2014).

Uma das finalidades da GAM no Brasil foi pensar o uso dos medicamentos como um meio para se alcançar relações mais horizontais entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental. Também de informar sobre os direitos dos usuários, bem como estimular o pensamento crítico e proporcionar um espaço de protagonismo, autonomia e cogestão frente ao tratamento de psicofármacos (COUGO; AZAMBUJA, 2018).

A GAM é consequência, complemento e uma estratégia disruptiva ao modelo biomédico e psiquiátrico do cuidado em saúde mental produzido no contexto brasileiro desde a Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Conjuntamente com esses acontecimentos a proposta de pensar práticas não tradicionais possibilitar o sujeito portador de sofrimento psíquico de outras maneiras. Pois, ainda discutimos como inserir a loucura em nossa sociedade, com uma identidade que possibilite ao sujeito que ele se posicione enquanto cidadão e protagonista de sua história.

Justifica-se esta pesquisa, visto que no campo da saúde mental os usuários não atuam como sujeitos ativos nos processos decisórios, mas se tornam espectadores passivos do processo de gestão dos serviços e de suas vidas (NUNES; TORRENTE, 2009). Ainda se soma que há resquícios de uma lógica manicomial nos serviços de saúde mental, pois há um predomínio de uma relação marcada pela dominação do profissional de saúde sobre o usuário (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Como consequência direta dessa relação, nota-se um aumento no consumo de psicofármacos no Brasil e no mundo (CADILHE, 2004; ORTEGA et al., 2010), restringindo a participação dos usuários à mera informação de seus sintomas, ficando, de lado, os múltiplos não ditos do sofrimento. No entanto, raramente a experiência de adoecimento e a pluralidade de experiências e significações do uso de medicamentos psicotrópicos para pessoas é levado em conta nas práticas de cuidados em saúde mental (ONOCKO CAMPOS et al., 2013).

Os movimentos reformistas no campo da saúde mental, como o da GAM, vêm ganhando força e buscando fortalecer a visibilidade dos usuários e o incremento de seu poder de contratualidade na sociedade por meio de propostas de reabilitação psicossocial que

passam pelo exercício da autonomia e da cidadania (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010). Segundo Campos e Campos (2006) a autonomia funciona como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências, não sendo uma liberdade absoluta, mas um processo de coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos.

Na ordem social, a autonomia aparece como uma questão política e é uma resultante das conformações sócio –históricas que se materializam em relação ao poder. A política é ainda um ponto de criação e de regulação da autonomia. Conforme as pessoas constituem-se como cidadãos responsáveis numa sociedade democrática, elas devem agir em prol de formas de organização que propiciem a libertação, ou seja, a possibilidade de um exercício de graus maiores de autonomia. Este seria, segundo Campos e Campos (2006), o exercício da política incidindo na produção de autonomia, como uma diretriz e finalidade. Por sua vez, precisa-se da política como resistência, como ferramenta para impedir o exercício desenfreado e arbitrário do poder.

O poder entra aqui como a capacidade do sujeito de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contextos mais democráticos. Michel Foucault (CASTRO, 2009) trata do poder através de seu funcionamento, para enfrentar o tema do sujeito, mostrando-o como uma rede, em que há relações de poder, que supõem condições históricas de emergência complexas e que implicam efeitos múltiplos. Trata-se de um agenciamento no qual se cruzam as práticas, os saberes e as instituições, e no qual o tipo de objetivo perseguido não se reduz somente à dominação, pois não pertence a ninguém e varia ele mesmo na história. O poder é algo de um efeito criativo, onde os sujeitos podem transformar modos de gestão de suas vidas em movimentos de práticas de liberdade, como pode ser o caso dos grupos GAM, que se autorizam e são incentivados a pesquisar sobre seus transtornos e formas alternativas de tratamento.

Assim, este estudo teve como **objetivo geral** compreender como a promoção de autonomia na GAM estabelece relações de saber e poder no uso de medicamentos psiquiátricos e na gestão da vida de usuários de um serviço de saúde mental. E como **objetivos específicos** se deteve em investigar como acontece as práticas de negociação da autonomia atravessadas pela figura do usuário da saúde mental, que participa de grupos GAM e os efeitos da estratégia GAM atreladas com o teatro na produção de saúde dos participantes em espaços de gestão da vida.

### **Apontamentos metodológicos**

A metodologia utilizada neste estudo foi a pesquisa-intervenção participante, que compõe uma investigação participativa que busca a interferência coletiva na produção de micropolíticas de transformação social. Soa imprópria a alusão acerca de uma possível neutralidade que norteia práticas de pesquisa, pois para Aguiar e Rocha (2007) o sujeito do conhecimento se produz em meio às práxicassócio-históricas, em que o conhecimento enquanto produção e o sujeito inscrito nesse processo se fazem em condições determinadas.

Segundo Rocha e Aguiar (2003), pesquisa-intervenção é uma tendência nas pesquisas participativas que vêm assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico e micropolítico na experiência social. Para Rodrigues e Souza (1987), a pesquisa-intervenção é um dispositivo de intervenção no qual se afirma o ato político que toda investigação constitui. “Isso porque, na pesquisa-intervenção, acentua-se todo o tempo o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos, que é negado implícita ou explicitamente nas versões positivistas ‘tecnológicas’ de pesquisa” (RODRIGUES; SOUZA, 1987, p. 31).

Para contextualizar nosso universo de pesquisa, é importante relatar o funcionamento da rede de saúde da cidade. A prefeitura optou por fechar o ambulatório de saúde mental, visto que o serviço, segundo as autoridades, não estava funcionando de acordo com as normas de ambulatório de saúde. Atualmente a rede conta com dois CAPS AD, um CAPS infantil e um CAPS do tipo II, com uma população de 280.505 habitantes no registro do censo de 2018, já poderia se capacitar, segundo a portaria nº 336, de fevereiro de 2002, para a criação de um CAPS III com funcionamento 24 horas na região, visto que comporta um número maior que 200.000 habitantes. Esta pesquisa se desenvolveu nesta rede, na instituição do CAPS II da região central do Rio Grande do Sul, vale ressaltar que este é o único CAPS que cuida de transtornos mentais graves e moderados.

O período que compreendeu esta pesquisa foi de Março de 2019 a Dezembro de 2019. Os encontros aconteceram semanalmente às Quartas-Feiras, e o local de realização dos encontros foi uma sala do próprio serviço, na ambiência e na antiga reitoria da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS, no centro da cidade, a proposta desse grupo GAM era ser descentralizado da instituição CAPS, por isso vários espaços foram utilizados para sua realização. O total de encontros ao longo do ano foram de 38, com duração média de duas horas cada.

Participaram dos encontros uma média de oito participantes, dois estagiários de psicologia, uma psicóloga do serviço, cinco usuáries (as) e a pesquisadora, que além de participar do grupo se colocou como apoiadora para auxiliar as usuáries na moderação do grupo. Sendo que este número foi se alterando conforme foram ocorrendo os primeiros encontros, visto que o grupo começou aberto para novos participantes e alguns não se interessaram pela proposta e foram saindo ao longo das semanas para se inserirem em outros grupos, logo o grupo inicialmente sofreu uma rotatividade de participantes.

É importante colocar que na proposta de organização de um grupo GAM haja um ou dois moderadores para acompanhar o processo de crescimento do grupo. Nessa experiência as moderadoras do grupo foram duas usuáries, que já haviam participado de outro grupo GAM e de uma qualificação que foi ofertada via Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - RS. Foi fundamental para que este grupo GAM permaneça-se ter a opção de moderação ser conduzida por usuáries, visto que há um ano atrás já havia tido um grupo GAM com condução mista por residentes, usuária e estagiário, assim havia um interesse por parte dos mesmo em seguir trabalhando com a estratégia da GAM pela moderação de usuáries.

Nos inspiramos no pensamento de Michel Foucault e alguns operadores conceituais que elegemos importantes para essa análise, são eles: Saber, Poder, Governo e Processos de Subjetivação. Compreendendo que saber não é uma soma de conhecimentos, mas um conjunto dos elementos (objetos, tipos de formulação, conceitos e escolhas teóricas) formado a partir de uma única e mesma positividade, no campo de uma formação discursiva unitária (CASTRO, 2009). O saber está essencialmente ligado à questão do poder (REVEL, 2005).

Sendo assim, o poder corresponde as relações de poder, como um agenciamento no qual se cruzam as práticas, os saberes e as instituições, e no qual o tipo de objetivo perseguido não se reduz somente à dominação, pois não pertence a ninguém e varia ele mesmo na história (REVEL, 2005). Logo o indivíduo é ao mesmo tempo receptor e emissor de poder, o funcionamento do poder pode ser descrito como uma rede (CASTRO, 2009).

Já a noção de governo, trata-se das formas de governo de si e dos outros, tal noção nos permite compreender porque é o sujeito, e não o saber ou o poder, o tema geral das investigações de Foucault. Pois no primeiro sentido – o governo como relação entre os sujeitos – corresponde a um conjunto de ações sobre ações possíveis, um campo de possibilidade onde o comportamento dos sujeitos atua sobre um ou vários sujeitos atuantes. Já

o segundo sentido – o governo como relação consigo mesmo – corresponde a tratar de dominar os desejos e os prazeres (Castro, 2009).

Enquanto que processos de subjetivação estão relacionados com os elementos que definem a relação do sujeito consigo mesmo, são formas de atividade sobre si mesmo, ou seja, como o sujeito se reconhece cidadão com autonomia para saber sobre si e decidir sua melhor forma de cuidado. Para Foucault (2017) o elemento dinâmico dos processos de subjetivação está nas formas da relação consigo mesmo, das técnicas e dos procedimentos mediante os quais se elabora essa relação, os exercícios pelos quais o sujeito se constitui como objeto de conhecimento, as práticas que permitem ao sujeito transformar seu próprio ser.

A principal relação que tento fazer nesta experiência com estes operadores conceituais é de que a partir de um exercício sobre si mesmo, do governo de si, o sujeito escolhe seu modo de ser e a maneira como pretende se portar. Nessa mudança de papéis, sendo o usuário moderador de um grupo, há uma quebra de paradigmas, o usuário como questionador e dialogando com o saber médico, a medicalização aparece nesse cenário como um ponto problemático da saúde mental, em que substitui-se as grades que antes eram do manicômio, ao mesmo tempo em que se possibilita e potencializa vidas em liberdade. Nessa discussão tece-se uma alternativa de rede de cuidado em saúde, para as novas práticas de liberdade.

Na produção de dados foi utilizado o instrumento de diário de campo, cuja finalidade não é apenas o registro das estratégias metodológicas empregadas na condução do processo de pesquisar em saúde, mas também se constitui em um modo de compreender os sujeitos em suas múltiplas dimensões (ARAÚJO et al., 2013). Portanto, seu uso funciona como uma prática investigativa, tornando-se um retrato que expressa os caminhos percorridos na pesquisa desde o desenho inicial até a finalização. O uso do diário de campo nessa pesquisa foi semanal e a cada encontro se produziu um relato do que havia sido feito no grupo, com algumas falas de usuários e dos sentimentos da pesquisadora diante das situações apresentadas naquela semana.

Como parte dessa produção de dados é importante salientar que ao longo dos resultados da pesquisa, utilizamos um estilo de escrita, muito próximo ao que Campos (2011) trata como desenhos participativos. Nesse processo as narrativas são construídas e em um segundo encontro apresentadas aos mesmos sujeitos entrevistados ou participantes do grupo para uma discussão.

No trabalho em questão a utilização da construção narrativa e seus efeitos foi explorada a estratégia participativa como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscreve-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político. Logo colocamos a voz do grupo no plural, na tentativa de justificar que as narrativas são histórias não (ainda) narradas (RICOEUR, 1997). A narrativa, nesta pesquisa se coloca como um recurso através do qual instituímos nossa vida na temporalidade humana, podendo anunciá-la e compartilhá-la. Sendo assim, durante o avanço do que se segue haverá momentos de uma leitura de narrativa produzida diretamente e na íntegra dos relatos do diário de campo, e outros momentos haverá a leitura da própria pesquisadora do que foi relato no diário.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria - RS sob o parecer CEP nº 3.326.295, CAAE nº 12535019.0.0000.5346. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e permitiram a utilização de seus depoimentos para construção desse estudo de caráter coletivo. E para melhor discussão dessa experiência, decidiu-se manter a localização dos espaços transitados.

### **O saber e poder do usuário de saúde mental pela estratégia GAM**

Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos, constatando apenas[...]. Nosso papel não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. (FREIRE, 1998, p.86).

Começo este relato com uma frase de Paulo Freire para ilustrar o quanto a experiência com este grupo GAM pode provocar em nós enquanto grupo, em nós enquanto equipe, em nós enquanto usuários e em nós enquanto pesquisadora, criamos nossa própria rede de dependências. Não se pode sair de um grupo GAM sem se sentir mexido ou transformado. De alguma forma há nesta experiência um contato mais profundo entre sujeitos, passamos a olhar para nossa vida e encará-la de uma nova forma, e aqui não significa de uma forma melhor ou pior, mas um novo, um diferente.

É importante pensar que o saber, significa considerarmos enquanto prática inserida em uma linguagem que transpassa um regime de verdade. Assim o saber está presente quando analisamos a maneira em que os sujeitos produzem discursos sobre si mesmos, com relação a sua existência, sobre seu trabalho, sobre seus afetos ou sobre sua sexualidade (REVEL, 2005).

Quando pensamos em poder, este indissociável ao saber, está para além do domínio das palavras e, portanto, no campo das práticas não discursivas, poder é um agenciamento entre práticas, saberes e instituições. Então, quando um discurso passa a ser desconsiderado enquanto lugar de verdade e descartado, isso acontece devido à formação de resistências a saberes e poderes já naturalizados, possibilitando mudança e transitoriedade nas relações e, a admissão de novas ligações enunciativas para constituição de diferentes discursos de verdade (CASTRO, 2009).

Na sequência da leitura intentou-se descrever por algumas situações e episódios as relações de saber e poder e os limites da autonomia dos participantes de um grupo GAM em um CAPS. Para compreender a autonomia temos que entender que seu exercício se aproxima de uma ética, pois deverá sempre se colocar em situação e envolverá algum juízo de valor, não há autonomia pronta a priori para todos, nem para qualquer situação.

Assim, desenvolver autonomia, neste contexto, consiste muito mais do que autoconhecimento e reflexão, mas depende também de a capacidade do sujeito agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências, como um sujeito da reflexão e da ação, Campos e Campos (2006) falam que: “Toda autonomia é construída na história (seja pessoal ou social) e é fruto de um processo” (p. 671).

Aqui trataremos de um processo. A história que pretendo contar ao longo dos chamados resultados dessa pesquisa ao longo do ano de 2019, compõe de um contato como pesquisadora que tenho com a instituição CAPS e com os usuários desde o ano de 2018 e permanece até o momento. O grupo GAM se reuniu pelas manhãs em diversos espaços para compor uma experiência que produziu saúde mental e militância política de uma forma que chamo de revolucionária, no sentido de tais práticas coletivas do grupo possibilitaram uma estratégia participativa contribuindo, principalmente, no papel político desenvolvido entre os usuários durante esta experiência de construção de peças de teatro.

Nos primeiros encontros do grupo, a pergunta disparadora do guia era: o que é a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)? (CAMPOS et al., 2012). Gerando muitas discussões entre os presentes ao encontro. Visto que a maioria já tinha tido algum contato ou participação em grupos GAM, a lógica de funcionamento do grupo foi explicada brevemente pelas moderadoras e algumas combinações foram pactuadas, podendo ser ajustadas à medida que o grupo ia se fortalecendo, não se viu necessária uma leitura literal do guia GAM, mas trabalhamos este material impresso por seus tópicos e interesse dos participantes.

Discutir sobre RPB com usuários de um serviço de saúde mental por si só já é uma tarefa interessante, primeiro porque muitos usuários desse grupo tinham ou tiveram envolvimento direto com movimentos sociais e políticas públicas da cidade, seja em associações seja como membro dos conselhos de saúde; segundo: são os usuários os mais atingidos pelos movimentos da RPB e das lutas antimanicomiais, logo seus discursos têm um peso muito grande, afinal, eles sentem na pele a vivência dessas legislações e prescrições.

Uma usuária, bem instruída nas políticas públicas, dando seu depoimento, trouxe que a RPB não era uma lei estática, mas que estava tendo uma má condução e disse:

[...]ninguém, instituição, serviço, órgão público mostra a imagem da loucura ou do louco como algo positivo, otimista e favorável, a loucura sempre aparece carregada de sofrimento, dor e incapacidade... Vocês não veem campanhas de loja, banco ou na televisão mostrarem um louco bem e feliz, é sempre uma imagem negativa e de preconceitos. (Diário de Campo, 20 de Março de 2019).

Podemos notar que a imagem de quem frequenta o CAPS é coberta de preconceitos. Para visualizar todos os aspectos que essa discussão nos levou e nos inquietou durante alguns encontros, essa mesma usuária relatou sua experiência que era semelhante com a de muitos usuários do CAPS: trata-se do uso da carteira de usuário/deficiente no transporte público da cidade. O estigma da loucura é diretamente percebido nos relatos de muitos usuários, pois nessa prática de apresentar a carteira como um passaporte ou ticket ao cobrador do ônibus, alguns cobradores ficam conferindo a carteira com a foto deles, que além de ser um cartão muito grande em seu tamanho, para eles, é diferente do cartão tradicional que todos cidadãos usam na cidade, seja estudante ou trabalhador. Segundo alguns usuários o que fica é um constrangimento na hora de passar na catraca do ônibus, e sentir o olhar de todos em saber que você tem algum sofrimento mental.

Tal relato abriu portas em nosso grupo para discutirmos a inserção da loucura na cidade e na sociedade, muitos de nós usuários relataram da dificuldade e de não aprovarem o termo “usuário” para se referir a quem faz uso do serviço público de saúde, muitos preferem a nomenclatura “paciente”, que apesar de ser uma definição pouco participativa, faz uma distinção melhor aquela ofertada por “usuário”, que envolve também o campo de quem faz uso de álcool e outras substâncias. Discutimos a possibilidade de trocar esse nome e o porquê dessa crítica sobre quem faz uso de álcool e outras substâncias. Percebemos e concluímos que todos temos algum preconceito ou não lidamos bem com o diferente, quando

alguns de nós estagiários questionamos se quem faz uso de medicação também não estaria fazendo uso de um tipo de droga, muitos de nós concordaram que estavam sendo radicais em suas opiniões, outros ainda acham que deveria ser diferenciados essas nomenclaturas.

Curiosos alguns usuários perguntaram à pesquisadora o que diferenciava um usuário de outro, muitos comentaram que se sentiam pouco à vontade quando um usuário de CAPS ad ia até o CAPS II, segundo alguns usuários afirmam que “eles tão usando drogas porque querem, a gente toma o remédio porque precisa, está doente”. Questiono essa contradição que há nesse pensamento com o discurso proposto pela GAM, você é usuário de um serviço de saúde, mas se distingue pela droga ou tratamento que utiliza, ou ainda, ser usuário de drogas ilícitas não seria também estar em sofrimento? Ao que vem ao encontro ao meu pensamento a seguinte afirmação de uma usuária: “aqui nós todos somos cobaias de medicamentos”.

A partir dessa fala compreendo que aqui não temos uma contradição, mas uma forma que o mundo passa a ver e a ser visto sobre os olhos de quem faz uso de medicamento psiquiátrico e de quem convive com o usuário. Essa fala traz a desesperança que a medicação carrega, e que mesmo com os discursos da importância do “controle” do sofrimento mental pela medicação, ainda sobra muita dor para lidar com todo resto de vida que sopra.

As idas ao CAPS e a relação do sujeito louco com o mundo é muito complexa, outra usuária, cita que tem dificuldade de se relacionar com as pessoas “eu me entendo, os outros, o mundo é que não me compreende”, por isso tomou a decisão de morar sozinha em uma fazenda, longe da cidade, o que atualmente dificulta seu acesso ao CAPS. Segundo Gonçalves e Campos (2017), há uma tendência à cronicidade dos tratamentos quando centrados no uso de medicamentos, desse modo, serviços de CAPS acabam tendo seus espaços lotados por sujeitos que só se sentem úteis e bem cuidados nesse lugar.

Nesse grupo há momentos e espaço para queixa, durante os encontros, muitos participantes relataram a negligência da família ou a falta de demonstração de interesse e envolvimento em saber o que estão fazendo no CAPS, segundo alguns, a família é a primeira a julgar seus comportamentos e decisões, para a família, segundo os usuários, “estando no CAPS e não incomodando ninguém está ótimo”. Um usuário nos contou sobre seus relacionamentos amorosos, que quando falava que fazia tratamento no CAPS, a parceira costumava ir embora, “não consigo manter um namoro”. “Nossa família só se interessa em saber se estamos tomando o remédio direitinho e indo no CAPS, mas nunca perguntam o que fazemos aqui” (Diário de Campo 10 de Abril de 2019).

Assim que falamos sobre família, o assunto sobre internação surgiu, alguns usuários acreditam que o processo de internamento para controle de crises dá uma oportunidade de ter tranquilidade e segurança, visto que o hospital é um espaço fechado. Logo, quando não se tem apoio da família e as relações no CAPS não vão bem, alguns veem a internação como uma via de alívio, mas salientam que o processo de internação tem pouco apoio da família em se fazer presente ou na condução que a equipe dá para a situação. Uma psicóloga relatou no grupo, que muitos profissionais carregam o manicômio dentro de si e que lhe assustava a ideia de um profissional pensar ser importante encarar um processo de internação para qualquer usuário. Alguns usuários reconheceram que essa escolha muitas vezes pode ser uma das poucas vias a tomar e de preferência como último recurso.

Diante de todas essas discussões iniciais, de estigma da loucura, RPB, família e internação, pensamos em uma divulgação de uma política de saúde que dá certo, que traz aspectos benéficos e práticos de como lidar com as crises, e das atividades dos serviços como CAPS, da informação das leis da RPB e do contexto da saúde mental. Assim, lançamos uma campanha a os todos participantes do grupo: O que você espera da Reforma Psiquiátrica Brasileira?

Um dado importante foi que o grupo apresentou, entre seus participantes, um movimento na lógica grupal de pertencimento e valorização do espaço de CAPS, enquanto que um ano atrás o mesmo grupo focava na saída desse espaço, por muitos considerado um ambiente crônico e adoecido. Esse ano, o mesmo grupo retorna para o CAPS, para mostrar a outros usuários e usuárias que há possibilidade de vida e saúde fora e dentro do serviço. Com essa proposta de buscar saber mais da RPB, houve uma descoberta do território e valorização do mesmo, pois estivemos realizando o grupo tanto dentro do CAPS, no pátio ou sala, como em espaços como na Universidade Federal e na rua.

Uma usuária, que até então não era muito participativa, ficou empolgada com nossa campanha e com o conteúdo do guia GAM, trouxe a sugestão de divulgar a GAM e o serviço do CAPS, bem como aspectos importantes da RPB em algum jornal local, ou meio de comunicação da cidade. Começamos a articular a melhor forma dessa vontade do grupo acontecer. Durante essas discussões sobre o que esperar da RPB e se ela representa os usuários, houveram muitas situações no grupo que envolveram o acolhimento de membros novos, onde as moderadoras, apoiadores e os participantes precisaram ajudar usuários muito medicados ou em crise, que tentaram se inserir no grupo e que permaneceram pouco tempo devido a não afinidade com as propostas que estávamos lançando.

Uma situação de ajuda mútua que vale ser contada aconteceu em um de nossos encontros, uma usuária, estava angustiada com muitas perguntas sobre família e muita sensibilizada com o tema que a marcava por ter passado por uma situação de uso de drogas com um membro de sua família. Ela relatou o fato ao grupo, e questionou a todos se a loucura poderia ser hereditária e até que ponto ela era diferente de alguns membros de sua família, que cometeram atos que ela não aprovava.

Ao longo desse tópico familiar, essa usuária sofreu um desmaio que costumam acontecer sob forte emoção que ela sente. O grupo se viu em uma situação de pânico, pois não havia nenhum profissional da enfermagem para reanimá-la e muito menos alguém para segurá-la. Nesse meio tempo, entre todos os participantes houve uma mobilização e alguns a seguraram, outros foram buscar ajuda e outros trouxeram um copo de água, para surpresa da equipe a usuária voltou a si, mas estava bem desorganizada e solicitando um remédio como calmante para dores de cabeça, a enfermeira imediatamente negou o pedido. Uma outra participante vendo o sofrimento que a colega sentia disse-lhe tocando em sua mão: “já tem na água que você está tomando um ótimo calmante pra dor de cabeça, beba, já vai passar”.

Logo a usuária melhorou e com a melhora sentiu-se culpada por ter causado a agitação do grupo. Todos nós a acolhemos, ela insistiu que isso era recorrente e por isso não participava de todos os grupos por medo de desmaiar, cair e assustar os outros. Nesse dia sentimos uma rede de apoio, não vinda da equipe e do serviço, mas dentro de cada usuário que tomou a iniciativa de cuidar de uma de nós com as ferramentas que sabiam e por já conhecê-la. Realmente quem lida melhor com a crise são os próprios sujeitos que a sentem na pele.

Diante desse episódio no grupo, podemos perceber o rompimento de uma lógica tradicional biomédica, que dita quem deveria tomar a iniciativa em situações assim. Essa circunstância estava inserida em um jogo de saber e poder, onde, na ausência da figura de quem tem o conhecimento e o manejo (no caso um profissional), ficou a cargo dos próprios usuários. Tal sutileza na relação estabelecida uma espécie de autonomia se oportunizou tornando os participantes do grupo protagonistas desse cenário.

Considerando novamente o saber do usuário, temos mais uma situação que descreve os efeitos das relações saber e poder, trata-se de quando, em um dos encontros, foi trazida a discussão sobre a humanização dos profissionais da saúde mental. Uma participante contou sobre um atendimento que teve algum tempo atrás no CAPS com uma psicóloga, que a

atendeu de forma prescritiva, com perguntas do tipo: você já tomou os seus remédios? Você já foi a sua consulta psiquiátrica? Ao final do atendimento a psicóloga perguntou se poderia vê-la na próxima semana, ao que a resposta foi: “não, porque você não quis me conhecer. Você leu a minha pasta, sabe meu prontuário, mas não quem eu sou”.

Ao pararmos para analisar este relato percebemos que mesmo não tomando partido pelo que a participante nos contou, quando se negligencia o saber do sujeito que está em sofrimento mental, estamos indo contra os princípios de um olhar ampliado e integral à saúde mental, porém temos que considerar que quando um usuário toma por iniciativa não ir mais em um atendimento com determinado profissional, este produz também uma outra subjetividade, com uma nova relação de poder, onde o usuário detém o direito por quem quer ser atendido e um certo grau de autonomia quanto a tolerância do que decide aceitar ou não em seu tratamento.

Quanto a relação que pode ser construída nesta experiência não deve ser reduzida à doença, patologização e psicologização da vida. As mudanças do modelo biomédico para um modelo de saúde mental comunitário, possibilitam a ampliação da clínica e qualificam a atenção psicossocial. Para Passos e Benevides (2001), ao redefinir o sentido da saúde na fronteira do individual e do coletivo, indicamos uma inseparabilidade entre atenção e gestão, e uma indissociabilidade entre clínica e política.

Buscamos investir nesse grupo GAM no saber e na visibilidade dos usuários (as) para que ocupassem espaços na cidade e que fossem protagonistas de suas histórias vivas. A seguir conto um pouco da experiência coletiva de fazer parte de um grupo GAM que optou pelo teatro, como ferramenta capaz de contribuir para o fortalecimento da participação social e, para colocar seus corpos em evidência e mostrar o que o CAPS faz, o que a RPB e a luta antimanicomial oferecem e o que levamos desse processo de trabalhar a loucura viva na rua, na instituição e na cidade, através de uma militância política em saúde mental.

### **A gestão da vida de quem busca pela militância política em saúde mental**

No site oficial de Augusto Boal<sup>1</sup>, quando você acessa encontrar essa frase: “Pode ser que o teatro não seja revolucionário em si mesmo, mas não tenham dúvidas: é um ensaio da revolução!”. O diretor, dramaturgo e ensaísta brasileiro Augusto Boal, foi fundador do teatro do oprimido (TO), que alia teatro e ação social. Ele entende o teatro como instrumento de

---

<sup>1</sup> Para mais informações acessar site <<http://augustoboal.com.br/>>.

emancipação política nas áreas de educação, saúde mental e no sistema prisional. Nesta proposta, o lúdico e o político se relacionam e propiciam um aprendizado vivencial.

A formação desse grupo GAM foi constituída de forma heterogênea, composto por usuários (as), residentes, pesquisadora, estagiários e profissionais do serviço. Esse fato contribuiu para a produção de discussões mais profundas e que fugia da lógica de um grupo terapêutico, afinal a ideia nunca foi de cada um contar seus problemas cotidianos, mas que durante os encontros e pelas sugestões do guia GAM, assuntos pertinentes surgisse naquele momento para discussão no grupo. Um desses assuntos foi divulgar para fora do grupo GAM o funcionamento e a importância do CAPS, das lutas antimanicomiais e da RPB, ou seja, militar politicamente mediante o processo de informação dessas instâncias. Dessa maneira, utilizamo-nos do teatro e nos apropriamos, mesmo que brevemente pelo estudo do TO.

Nos aproximávamos do mês de Maio e nosso grupo estava empolgado para as atividades da semana da Luta Antimanicomial, que todos os anos é produzida em parceria com a prefeitura local, palestras e oficinas para divulgar para cidade seus serviços de saúde mental. Este ano a ideia foi a descentralização das atividades, não tendo o centro como foco, mas organizar nos bairros e nos territórios mais afastados as ações. Diante desse exposto, em um encontro do núcleo GAM – RS, da cidade que reúne usuários (as), professores, acadêmicos e residentes, decidimos escolher um desses dias da semana da Luta Antimanicomial, negociando com os organizadores do evento para montar a primeira Amostracom todos os grupos GAM para que estes pudessem relatar e trocar experiências do que estavam fazendo pela cidade e região.

Assim, dadas as combinações, nosso grupo GAM teria espaço na agenda para uma apresentação de 10 minutos no auditório da Universidade Federal de Santa Maria - RS, local em que iria ocorrer a Amostra, para relatar sua experiência GAM ao público. Decidimos que era hora de pensar em um teatro, como uma forma de arte corporal para expor nossas opiniões acerca da temática da loucura e saúde mental, e assim colocar em prática nossos planos de divulgar sobre o que entendíamos da RPB. Cada participante tinha noção de improvisação e teatro, utilizamos disso como um exercício para discutir nossos problemas. Conforme Boal (2012), a palavra exercício designa: os movimentos físicos, musculares, respiratórios, motores e vocais que ajudam aquele que os realiza a (re) conhecer melhor seu corpo.

Dessa maneira, a construção do teatro se deu por sugestão da moderadora e dos participantes do grupo em representar uma peça sobre a mudança do sofrimento mental

através da participação em grupos e ajuda mútua dos usuários. Para Caldeira (2009) é a partir do contato com a arte cênica, que o sujeito vive diversos personagens e, por meio deles, experimenta outras possibilidades de vida e de existência. Tal recurso é importante para criar estratégias coletivas de enfrentamento ao modelo manicomial, uma vez que proporciona, aos participantes, um lugar de convivência e de exercício de autonomia.

Temos um agenciamento de poder no qual se cruzaram as práticas e os saberes, o tipo de objetivo perseguido não se reduz somente à dominação, pois não pertence a ninguém e varia ele mesmo na história, ou seja, as relações de poder se dão através da governamentalidade que são como modos de ação complexos sobre a ação dos outros, incluindo na sua descrição a liberdade, na medida em que o poder não se exerce senão sobre sujeitos, sejam individuais ou coletivos (REVEL, 2005). Assim, o poder tem efeito criativo, onde os sujeitos podem transformar modos de governo de suas vidas em movimentos de práticas de liberdade, como pode ser percebido na escolha do grupo pelo teatro, que se autorizaram a utilizar da arte para lidar com novas formas alternativas de cuidado e capacidade de compreensão de si e do outro.

Durante alguns encontros decidimos o tema da apresentação e as roupas que usaríamos, a ideia era incluir um participante representando o antigo modelo hospitalocêntrico na apresentação, escolhemos a figura de um médico de jaleco branco querendo aplicar remédios nos pacientes, imagem comum quando voltamos ao passado e ao presente no contexto o de saúde mental. Uma psicóloga que acompanha o grupo sugeriu que utilizássemos cores a apresentação, não somente a figura do médico de jaleco, mas incluir elementos que dão vida à saúde mental, afinal os processos de saúde se firmam em apostas em outras abordagens. Para Milhomens et al. (2014), o teatro é uma linguagem de forte expressão, que atua como um “fio” de conexão entre a loucura e a sociedade. Por esse motivo, o teatro na saúde mental pode ser capaz de invadir os campos da saúde e da doença e problematizar os elementos culturais que segregam a diversidade, a deficiência e a loucura. Tendo um importante papel no processo de criação e reprodução de modos de ser e existir.

Pensamos na estrutura do teatro, como um teatro mudo, dividido em três momentos: Ato I – os pacientes estão agindo incontroláveis e sendo medicados por um médico de jaleco branco; Ato II – a mudança do modelo de cuidado, os usuários recebem outras formas de tratamento, seja pela GAM ou outras abordagens; e Ato III – a mudança de todos inclusive do médico pela via do afeto e do diálogo. Dessa maneira montamos um roteiro de apresentação e

decidimos o que cada um iria interpretar, nosso objetivo com este teatro foi focar na mudança de perspectiva que o CAPS proporcionou a cada um de nós.

Através do movimento de descentralização na cidade, chegamos na semana da Luta Antimanicomial, e em uma Quarta-Feira pela parte da manhã o grupo de pesquisas da GAM – RS, realizou sua I Amostra de experiências GAM e outras abordagens, o encontro teve a proposta de reunir todos os grupos GAM e outras abordagens de saúde mental da 4ª Coordenadoria de saúde da região, em um auditório da universidade. Em nosso grupo GAM estávamos animados e nervosos com nossa primeira apresentação de teatro.

Começamos a apresentação com uma usuária, dando boas-vindas a todos e agradecendo o espaço para podermos expressar um pouco do que havíamos criado em nossos encontros. Iniciamos o Ato I com todos nós vestidos com roupas coloridas e alegres, dançando e cantando no palco animadamente e “incontroláveis”, fazendo uma performance corporal. Ato II: um estagiário aparece, vestido de jaleco branco e com uma seringa enorme na mão para simbolizar a medicina e um modelo de atendimento anterior a Reforma, gritando: “Parados! Peguei vocês! Agora eu vou acalmar e controlar todos vocês!”, ao que todos gritam: “não queremos, não nos machuque, nos ajude [...]”, nesse instante a cena é parada e os profissionais, pesquisadora e estagiários pegamos placas com palavras que consideramos fortes após a RP, como: saúde coletiva, humanização, respeito e cuidado e entramos em cena, mostrando ao público. Ato III: nosso médico vai lendo cada placa e se sensibilizando com isso em silêncio, nesse instante uma música se iniciou e todos voltaram a se movimentar, cada um de nós abraçou o médico e entregou uma flor, um símbolo de respeito, nesse instante o médico joga fora sua seringa longe e grita: “manicômios, nunca mais!”.

Ao final da apresentação do grupo GAM houve uma comoção geral da plateia, o vínculo criado no grupo e a flexibilidade nos papéis desempenhados permitiram que todos se sentissem aptos a acolher e cuidar, agregando leveza e fluidez para nossos futuros encontros. A Amostra proporcionou um impacto positivo a todos aqueles que buscam trabalhar com novas abordagens na saúde mental e obtido, em certa medida, um sucesso na melhora clínica, social e territorial de muitos usuários, percebemos que o cuidado é também um exercício de autonomia.

Pudemos nos sentir um pouco protagonistas de nós mesmos neste dia, pelo acesso à informação e a utilização desse conhecimento em um exercício crítico de interpretação, coproduzimos uma peça de teatro, revolucionamos naquela manhã. Segundo Campos e

Campos (2006), o sujeito é sempre corresponsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca, e a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. Após a apresentação decidimos não parar com a mobilização da loucura pelo teatro, então começamos a planejar uma próxima peça.

Recebemos um convite para nos apresentarmos em uma semana acadêmica de psicologia em uma faculdade privada da cidade. Tivemos que articular uma nova peça com novos elementos e treinar nossa improvisação, assim um estagiário, que estava em um curso de palhaçarianos passou técnicas de como improvisar. Decidimos ampliar o espaço e fomos ensaiar em uma sala na universidade, para mudarmos um pouco o cenário, nesse espaço tivemos encontros cheios de afetos, improvisação e perda da timidez de se expressar entre os participantes. Conversamos sobre temas como a aceitação do diagnóstico, da dificuldade em lidar com crises e que alguns usuários têm receio de aceitar o CAPS como parte do seu tratamento, nas palavras de uma usuária: “O CAPS pode ser um remédio para vida toda”.

Ao dar esse comentário conversamos sobre essa aceitação de precisar de cuidados. Uma participante contou, a respeito do processo de aceitação, que viu em um desenho animado, onde um personagem pinguim macho, faz um exame e se descobre que ele era uma fêmea. No desenho, o personagem leva muito tempo nessa busca por aceitação de seu novo gênero. Com essa anedota, ela nos explica que o usuário de saúde mental sente o mesmo sentimento que o pinguim, quando vai ao médico clínico e ele o encaminha ao serviço de CAPS:

Primeiro ele se revolta de não querer ser considerado louco, já que psiquiatra só atende louco né, e o CAPS é uma referência, errônea disso, no mundo de fora. Segundo, o processo é de negação, igual no desenho que o personagem insistia que era macho se comportando e vestindo de acordo com seu sentimento, o usuário também nega que precisa de remédio, nega que está em crise, nega tudo que gire em torno da sua saúde mental e que não esteja de acordo com a normalidade imposta pelo outro. Por fim, o usuário aceita seu processo de estar adoecido e muitas vezes, cai no erro de aceitar o rótulo que o médico lhe impõe de bipolar, depressivo, TOC, sem reagir. (DIÁRIO DE CAMPO, 22 de maio de 2019).

Todos ficaram pensando no ela havia falado e da veracidade que aquelas palavras tinham no olhar de cada um dos participantes, muitos usuários se emocionaram e

confirmaram que tinham essa dificuldade de lidar com sua vida dentro do CAPS. Uma outra usuária, nos contou uma história a respeito da visão que ela tinha de quem ia ao CAPS e sobre loucura.

Quando ela era mais nova e morava em outra cidade, trabalhava em um lugar próximo ao hospital e que no andar de baixo, como uma espécie de subsolo ficava a ala psiquiátrica, cheia de grades e proibida a entrada de estranhos. Ela ficava curiosa em saber o porquê as pessoas ficavam naquele estado, “a maioria me pedia cigarros pelas grades quando me via e eu sempre dava e conversava com eles”. Até que um dia entrou no hospital e pediu para visitá-los para ver bem de perto eles, e o enfermeiro lhe disse “você é mais louca que eles, se quiser entrar lá”, mesmo assim, ela curiosa, visitou o chamado “hospício” daquela época e ficou muito assustada na forma como as pessoas estavam lá jogadas e abandonadas por todos.

Anos depois ela nos contou: “eu sempre que conversava com minhas amigas, falava dessa história e da preocupação que eu tinha de que nunca fosse preciso parar em um lugar daqueles ou que tivesse que tratar da cabeça”. Quando foi encaminhada ao CAPS ela ficou muito frustrada, disse: “eu chegava na frente do CAPS Prado Veppo e entrava correndo para ninguém saber que eu fazia tratamento aqui, aos poucos fui abandonando o tratamento, entre outras razões foi a vergonha de ser chamada de louca, cometi um erro”. Agora que retornou ao serviço ela se aceitou e compreendeu para que serve o CAPS e a importância do tratamento mental em sua vida, relatou: “agora eu levo uns dez minutos ai na frente do serviço para entrar, admirando o lugar e que vejam eu me cuidando” (DIÁRIO DE CAMPO, 8 de Maio de 2019).

Discutimos sobre a importância da visibilidade dos serviços como CAPS e do que eles oferecem. Um usuário disse que tinha dificuldade na aceitação de ter que utilizar o serviço, e que não iria participar do teatro, pois alegou que não conseguia lidar com isso, tendo vergonha que se seus vizinhos o vissem fazendo teatro e estando bem iriam questionar se realmente precisaria de um tratamento ali no serviço. Questionamos os sentimentos dos participantes do grupo com relação às idas nas universidades para participar de rodas de conversa em sala de aula para contar suas experiências ou até mesmo a nossa apresentação na semana acadêmica, que iria ocorrer em um famoso hotel da cidade.

Muitos usuários relataram que era uma sensação de bem-estar, pois além de contar suas experiências de vida para os alunos, percebem essa aproximação como uma tentativa de formação de melhores profissionais, mas engajados pelo campo da saúde mental. Para Senna

e Azambuja (2019), esse reconhecimento do saber dos usuários (as) ultrapassa psicofármacos e negociação com profissionais, já que a ação da estratégia GAM traz enunciados como autonomia, cogestão e cidadania, que além de serem princípios básicos e indispensáveis, tornam cada vez mais recorrente investimentos e valorizações em outros saberes, o que nos permite entender essas condições de possibilidade para ocorrência da participação dos usuários (as) nesses espaços<sup>2</sup>. Alguns disseram ainda ser muito importante para eles recontar suas histórias do que viveram na pele, que isso trazia de certa forma um repasse de conhecimento pessoal do seu sofrimento, e de humanização para futuros profissionais.

Nossa segunda peça teria a inclusão de falas de alguns personagens, aproveitaríamos elementos da primeira peça e dos atos e formaríamos uma nova apresentação com o objetivo de mostrar algo sobre pessoas que ouvem vozes. Haveria uma introdução, com uma usuária, sendo uma ouvidora de vozes, ela começaria a peça falando de algum problema pessoal (no caso, como ela já era ouvidora, se utilizou da cena da lembrança do suicídio de seu pai) e que isso seria o gatilho para as vozes virem até ela, em sua cabeça. Discutimos em grupo se devíamos usar uma situação real para a peça, visto que isso poderia gerar muitas emoções, mas muitos consideraram que isto traria mais realidade na interpretação. Outros dois papéis foram: um representando a luz e outro a escuridão, para os usuários, a interpretação era de que a luz ou anjo e a escuridão ou diabo iriam até a ouvidora de vozes para uma conversa, esse seria o primeiro Ato da peça. Após concordamos com a sequência dos atos, começamos o ensaio.

O segundo Ato seria a personagem ouvidora de vozes entrando em crise ouvindo muitas vozes em sua cabeça de luz e escuridão, até que com clareza iria decidir lidar com as vozes e dar um basta em vozes que lhe transmitiam sentimentos ruins. No terceiro Ato seria os usuários dançando com a personagem principal felizes e nesse instante um novo personagem, um médico tentaria controlá-los e medicá-los, seguindo nosso primeiro roteiro, nós profissionais e pesquisadora ergueríamos placas com frases como: mudança de paradigma, saúde mental, cuidado. O último Ato seria o médico abrindo mão da medicação como forma de controle e aceitando um abraço do grupo e dançando conosco ao final.

Foi um momento emocionante para o grupo o ensaio, muitos de nós participantes se emocionaram e houve lágrimas da personagem. Tínhamos tido uma discussão acalorada no início do encontro do grupo entre algumas participantes, resolvemos o mal-entendido. Quando

---

<sup>2</sup> Para mais informações a respeito da pesquisa da GAM e as visibilidades dos usuários de saúde mental acesse o artigo de Senna e Azambuja (2019) em <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/86774/pdf>>.

realizamos a apresentação e o entrosamento foi necessário na atividade, a discussão precisou ser revertida em arte, a encenação ficou bem mais potente. Para Silveira (2014), o teatro propõe um processo de democratização das relações, onde é possível refletir e contestar construções que limitem o espaço subjetivo e as potencialidades dos sujeitos, tornando a arte mais próxima da vida coletiva.

Através dos processos de subjetivação das relações de si para consigo, segundo Revel (2005), o modo como o sujeito pode se tornar um objeto do conhecimento, em um exercício sobre si mesmo por meio do qual se busca o seu modo de ser e pelo qual se exerce liberdade. A partir de um exercício sobre si mesmo, do governo de si, do controle de apetites e de domesticação de afetos, o sujeito escolhe seu modo de ser e a maneira como pretende se portar. É uma maneira ativa do indivíduo constituir a parte mais secreta de sua subjetividade, compreendendo por subjetividade “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 2004, p. 236).

Estimulamos os participantes a se tornarem protagonistas dos espaços de discussão acerca das políticas públicas e a se deterem no governo de suas vidas, graças aos seus novos processos de subjetivação produzidos pela estratégia GAM, em um exercício sobre si mesmo e governo de si pela atuação na peça de teatro. Construimos movimentos de resistência em um território de poder e saber nos espaços que frequentamos, como CAPS, universidades e a rua. Como salientou Marques, Palombini, Passos e Campos (2013), apostamos que mudar de lugar muda o lugar, ao produzir desestabilização dos lugares de acadêmica(o), pesquisador(a), profissional, usuária(o), etc.

Chegou o dia da apresentação oficial, estávamos todos nervosos, muitos de nós participantes levamos familiares e amigos para assistir à peça, o público era bem maior que da última vez e o palco era de verdade. Assim uma usuária, começou a se sentir mal e achar que iria desmaiar. Durante toda apresentação todos nós participantes apoiamos e incentivamos sua ida até o palco, ela resistiu até o último Atoe, ao sair do palco sofreu o desmaio, prestamos a ajuda necessária e depois comemoramos, ocorreu como esperávamos e nossa peça foi um dos destaques do sábado à tarde no evento.

Nossa moderadora contou que o hotel iria enviar uma carta de agradecimento ao grupo pela apresentação naquela tarde. Conversamos sobre os sentimentos dos participantes do grupo durante a apresentação em uma semana acadêmica com estudantes e professores, um

usuário relatou “fiquei muito feliz, pude sentir útil naquele dia se apresentando no teatro”. Uma participante que desmaiou ao final da apresentação compartilhou que “participar do teatro me fez bem, apesar de seu incidente do desmaio eu consegui gente eu resisti com a ajuda do grupo, muito obrigado”. Outra de nós mencionou que:

Esse momento foi além de uma apresentação de um grupo do CAPS, foi um marco gente pra mim, e pra vocês também. Mas eu sempre conheci esse hotel como um lugar onde somente pessoas com muito dinheiro poderiam frequentar, sequer estacionar o carro na frente do hotel. E daí nós todos lá dentro naquele palco, eu percebi a força que um grupo pode ter e o impacto disso em tão pouco tempo. (DIÁRIO DE CAMPO, 19 de junho de 2019)

Neste dia, um estagiário de psicologia leu uma carta que escreveu ao grupo comentando da apresentação do teatro e da dificuldade que o grupo vinha enfrentando em lidar com algumas discussões internas entre os participantes e mesmo entre desavenças e diferenças o grupo conseguiu manter foco e união para cumprir a tarefa proposta de apresentar o teatro em uma semana acadêmica, o título da carta era “Entre as seringas e as flores”. Havia uma simbologia no título, pois nossa apresentação era um médico tentando aplicar injeção de tranquilizante nos usuários e estes ao final da apresentação do teatro mudo entregavam flores ao médico, que representava os profissionais ainda ancorados ao modelo biomédico de trabalho mudando de visão. Todos nós gostamos muito dessa carta do estagiário ao grupo, dessa forma optei pelo mesmo título que dá nome a essa experiência de construção coletiva que relato.

Investimos ao longo desse ano de 2019 no grupo em visibilidade, e pela GAM aprendemos a “confiar que toda expressão de vivência ou sentimento é digna de ser ouvida e valorizada” (CAMPOS et al., 2014, p. 24). Então como agenciamos a vida dos outros com os outros? Quando lidamos com os enfrentamentos constantes pelo direito de estar nos lugares, frequentar espaços, enfim, a partir do corpo político praticando a cidadania, percebemos que tais ações estão ligadas as formas de poder que funcionam a partir do saber das pessoas, e “que não se configura como um saber comum [...], mas um saber particular, regional, local, um saber diferencial incapaz de unanimidade [...], que se performatiza no que chamamos de saber no corpo” (FOUCAULT, 1979, p.170). Nessa relação de saber e poder o sujeito precisa reconhecer-se como sujeito ativo para estabelecer diante dessa relação de poder um conjunto de ações, de respostas e de possibilidades inventivas (FOUCAULT, 2009).

Portanto, criamos nossa rede de dependências, buscamos agenciar nossas vidas e valorizar o poder de contratualidade do usuário no exercício de sua autonomia e cidadania, seja pelos estudos aos movimentos reformistas, pela divulgação de um protagonismo, seja pela experiência no corpo. Discute-se tanto para aprender a superar as diferenças e tentarmos nos ajustar ao jeito e modos do outro, mas no grupo GAM a possibilidade e o convite são justamente ao contrário: conviver e lidar com a diferença e ter certeza de que jamais seremos todos iguais.

### **Considerações finais**

Por pesquisarmos os possíveis efeitos da estratégia GAM, estávamos interessados em ver as mudanças que ocorreram na vida dessas pessoas. Com a experiência GAM, inicialmente os participantes expressaram uma tensão entre a reprodução da identidade centrada no sofrimento mental e a legitimidade da singularidade das suas experiências pessoais. A moderação do grupo ser feita por duas usuárias contribuiu positivamente para que as relações produzidas no grupo tivessem novos efeitos, como por exemplo, o de identificação com a queixa, a crise e a não aceitação do cuidado proposto, em muitos encontros foi a troca de experiências entre as moderadoras e os participantes que se manteve o vínculo do usuário no grupo e com a equipe do serviço, visto que nos encontros muitas informações sobre o funcionamento do serviço, planos terapêuticos singulares e reações medicamentosas foram discutidas no grupo.

Diante de nós se construiu um espaço detrocas, aprendizados e de relação com o saber do outro, nesse processo criamos uma rede de dependências, justamente com a intenção de que entre os participantes pudesse se criar uma relação de cuidado entre pares, onde muitos acabaram indo se visitar em suas casas, ou, conhecendo a família do colega. Assim, o poder tem efeito criativo, onde os sujeitos podem transformar modos de governo de suas vidas em movimentos de práticas de liberdade, como pode ser percebido na escolha do grupo pelo teatro, que se autorizou a utilizar da arte para lidar com novas formas alternativas de cuidado e capacidade de compreensão de si e do outro.

A partir do questionamento: para quem serve os movimentos reformistas? O teatro passou ocupar o espaço no grupo como ferramenta capaz de contribuir para o fortalecimento da participação social, como um exercício político que incide sobre a produção de autonomia, a arte pode contribuir para a construção de uma atenção em saúde efetiva, emancipatória e

apta a acolher as diversidades. Nesse sentido, na maioria dos casos, pudemos acompanhar esquemas de transformação nas relações de saber-poder (FOUCAULT, 1988).

Todos os participantes referiram a necessidade de serem apoiados nos movimentos de reivindicação de seus direitos e fortaleceram suas participações enquanto militantes da saúde mental. Bem como, demonstraram maior conhecimento sobre os medicamentos que tomavam, passaram a reconhecer sua própria *expertise*, e alguns buscaram ajustes no seu tratamento. O viés da arte foi uma das ações de cuidado à saúde que conseguimos construir e ofertar nessa experiência no campo de atenção psicossocial.

Quanto à autonomia e saúde, temos que não são valores absolutos, mas processos dinâmicos. Assim, como inserir a loucura na sociedade? Pelo protagonismo e cidadania dissolvemos em nossas atuações e improvisos estereótipos da loucura, o teatro foi o enfrentamento criativo para garantia de visibilidade, além disso foi uma ferramenta importante para fortalecer a participação social e para reinventá-la, problematizando estigmas e impulsionando a garantia de direitos.

Nesta jornada, a resistência consistiu em assegurar um espaço onde se organizou saberes e, inevitavelmente, poderes, produzidos nas relações de usuários, profissionais, equipe, pesquisadora e estagiários, em que vinculamos a proposta participativa e das ações com potencial desinstitucionalizante que acompanham a estratégia GAM. Buscamos pela afinidade com as políticas de pesquisas participativas onde se pesquisa com pessoas e não sobre elas. Isso pode oportunizar condições para construir um campo de pesquisa vinculado aos preceitos básicos da estratégia GAM e à produção de maiores graus de autonomia entre os participantes do grupo.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2007, n. 27, v. 4, pp. 648- 663. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000400007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000400007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 14 de jan. de 2019.

ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface Comum Saúde Educ**, 2010. v. 14, pp. 577-89. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-32832010000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832010000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 4 de fev. de 2019.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2000.

ARAÚJO, L.F.S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de pesquisa em Saúde**. Vitória, 2013, n.15, v.3, pp.53-61. Disponível em:<<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326>>. Acesso em: 5 de ago.de2019.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1985.

BOTH, J; AZAMBUJA, M. A. Loucura, pesquisa e formação em psicologia: uma experiência em um CAPS II. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.9, n.23, p. 126-147, 2017.

CALDEIRA, L. R. M. Trupe Maluko Beleza: percursos e sentidos de uma oficina de teatro no campo da saúde mental [dissertação]. São Paulo (SP): **Universidade Estadual Paulista**, 2009. Disponível em:< <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/97619>>. Acesso em: 8 de jul.de 2019.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In:**Tratado da Saúde Coletiva**. Organizadores Gastão Wagner. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006, pag 669-687. Disponível em: :<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=443472&indexSearch=ID>.Acesso em: 22 de jan.de2019.

CADILHE, S. Benzodiazepinas: prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, 2004; v.20, p.193-202. Disponível em:<<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10025>>. Acesso em: 12 de mar.de2019.

CAMPOS, O. R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. **Gestão autônoma da medicação – Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS: 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 13de mar.de2018.

CAMPOS, O. R. T.; PASSOS, E.; LEAL, E.; PALOMBINI, A.; SERPA, O. et. al. **Guia da gestão autônoma da medicação – GAM** DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS: 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 14 de mar.de2018.

CAMPOS, R.O. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.21, n.4, pp. 1269-1286, 2011.

CASTRO, E.**Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COUGO, V. R.; AZAMBUJA, M. A. A estratégia Gestão Autônoma da Medicação e a inserção de (A) normalidade no Discurso da Cidadania. **Psicologia Ciência e Profissão**,2018, v.38, n. 4, pp. 622-635.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciabstract&pid=S141498932018000500622&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>>.Acesso em: 28 de jan.de 2019.

FOUCAULT, M. História da sexualidade II: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2017.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: **Dreyfus, Hubert L.; Rabinow, Paul. Michel Foucault. Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2009.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos. Ética, sexualidade, política.** Vol. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1979.

FREIRE, P. (1998). **Educação e Mudança.** São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GONÇALVES, L. L. M.; CAMPOS, R.T.O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017, v. 33, n.11. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 28 de mar.2019.

MARQUES, C.C.; PALOMBINI, A.; PASSOS, E.; CAMPOS, O. R. T. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. **Mnemosine**, 2013, v.9, n.1, p. 106-126. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41544>>. Acesso em: 10 de jul.de 2019.

MILHOMENS, A.E.; LIMA, E.M.F.A. Recepção estética de apresentações teatrais com atores com história de sofrimento psíquico. **Interface** (Botucatu). 2014; v.18, n.49, p. 377-88. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1801/180131153012.pdf>>. Acesso em: 15 de ago de 2019.

NUNES, M.; TORRENTE, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev Saúde Pública**, 2009; v.43, p.101-8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000800015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000800015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 3 de jun. de 2019.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; PASSOS, E.; PALMOBINI, A.L.; SANTOS, D.V.D.; STEFANELLO, S.; GONÇALVES, L.L.M. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc Saúde Coletiva** 2013; v.18, n. 10, p.2889-98. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013)>. Acesso em: 14 de abr. de 2019.

ORTEGA, F.; BARROS, D.; CALIMAN, L.; ITABIRAHY, C.; JUNQUEIRA, L.; FERREIRA, C.P. Ritalin in Brazil: production, discourse and practices. **Interface Comun Saúde Educ**, 2010. v.14, n.499-510. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013)>. Acesso em: 11 de mar.de2019.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (2001). Clínica e Política na Experiência do Contemporâneo. **Psicologia Clínica**, 2001, v.13, n.1, p. 89-100. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000104&pid=S1413-8123200500030001400016&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000104&pid=S1413-8123200500030001400016&lng=pt)>. Acesso em: 19 de mar.de2019.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais.** São Carlos: Claraluz, 2005.

RICOEUR, P. Tempo e narrativa. Campinas: Papyrus, 1997.

ROCHA, M.; AGUIAR, F. (2003) Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.23, n. 4, p. 64-73. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>.. Acesso em: 22 de jan.de 2019.

RODRIGUES, H. B. C.; SOUZA, V. L. B. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: Saidon, O.; Kamkhagi, V.R. (Orgs.). **Análise institucional no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

SENNA, L. L.; AZAMBUJA, M.A. Gestão Autônoma da medicação: saberes e visibilidades de usuários de saúde mental em universidades no interior do RS. **Revista Pólis e Psique**, 2019, v.9, n.2, pp. 67-86. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/86774>>. Acesso em: 12 de mar.de2019.

SILVEIRA, E. **A arte do encontro: a Educação Estética Ambiental atuando com o Teatro do Oprimido**, 2014. Belo Horizonte. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982009000300018>. Acesso em: 5 de nov. 2015.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, 2002, 9(1): 25-59. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 11 de mar.de2019.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos em saúde mental. **Saúde Debate**, 2008, v.32, pp.27-37. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>>. Acesso em: 19 de fev.de2019.

#### **4 ANDANÇAS DE UM GRUPO GAM E A TRANSFORMAÇÃO DE UM COLETIVO DE MULHERES**

A população feminina evidencia um forte componente de gênero nas formas de sofrimentos apresentados. Para Maluf (2009), o gênero tem aparecido por sua relevância quanto aos altos índices de mulheres que são identificadas/diagnosticadas como portadoras do sofrimento psíquico ou transtornos mentais comuns, seja pelas especificidades da experiência social de gênero e pelos significados sociais dados à experiência da doença, seja pelo sofrimento psicológico, físico-moral ou “nervoso”.

A ideia de um sofrimento ético-político emerge, de acordo com Sawaia (2014), da vida cotidiana marcada pelo desgaste das desigualdades e injustiças sociais, pelas iniquidades de gêneros, pelas dificuldades econômicas e coerções sociais. É o sofrimento de estar submetida à negação de direitos, à opressão e as normas disciplinadoras do comportamento, do corpo e dos modos de viver atribuídas ao papel do feminino.

Desse modo, o cuidado em saúde mental ofertado para as mulheres nesta experiência da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na atenção básica teve um peso, pois pouco se pensava em ofertar de estratégias para acolher essas mulheres. Uma das agentes de saúde já havia tentado em sua microárea formar um grupo de mulheres, mas não obteve apoio. Quando decidimos trabalhar a estratégia GAM nesse território a intenção era a participação geral, ou seja, qualquer morador, homem ou mulher. Porém, o tempo nos mostrou que a urgência de saúde naquele território era por um grupo para mulheres.

Quando cheguei à ESF Santos em Maio de 2018, a convite de uma colega da Psicologia e Agente Comunitária de saúde (ACS), conheci um pequeno espaço onde mais de 10 profissionais atuam na promoção de saúde e prevenção de doenças, ou pelo menos tentam. Nosso foco era montar um grupo GAM. Segundo a coordenadora do serviço e agentes de saúde, homens e mulheres daquela região, tomavam muitas medicações e a tônica da saúde mental era um tabu e ao mesmo tempo uma necessidade de o serviço cobrir um território e acolher pessoas que chegavam do CAPS para atenção básica.

A formação do grupo GAM nessa ESF se deu justamente por conta dessa lógica de trabalho que precisa ser feita: de um lado usuários do CAPS retornando em seus territórios e precisando de acompanhamento da ESF, do outro lado agentes comunitários e outros membros da equipe se sentindo nervosos em lidar diretamente com o campo da saúde mental. Mas como já mencionei havia uma ACS que estava acompanhando as capacitações da GAM na universidade, assim tínhamos uma porta de entrada boa para iniciar a pesquisa e o grupo na comunidade.

A recepção para participar de um grupo de saúde mental na comunidade pareceu bem turbulenta no início, combinamos que quem participasse do grupo poderia conversar com a psicóloga e pesquisadora após o grupo, como se fosse uma espécie de atendimento individual. Essa modalidade pegou rápido e em pouco tempo muitos participantes iam ao grupo para poderem ser ouvidos após o encontro. Porém, era complicado atender a demanda individual e passamos a fazer combinações no grupo, que cada vez mais começava a se desenhar como um grupo de mulheres.

Tratamos de um pensamento que não transforma a força em acúmulo, mas em diferença e intensidade, sendo assim, não só estabelecemos que tínhamos um grupo de mulheres GAM, como também seria um grupo para fortalecer o feminino e trabalhar o processo de autonomia e geração de renda de cada uma pelo coletivo. Ao longo da leitura

desse artigo pode parecer aos olhos do leitor que a experiência se construiu de uma forma muito leve e talvez até fácil, mas na prática tivemos algumas dificuldades, como na relação entre participantes do grupo que faziam uso de medicação psiquiátrica, das que não fazem uso, tivemos que construir uma forma de lidar com a loucura.

Havia um claro estranhamento de algumas participantes em lidar com outras que entendiam e discutiam os assuntos do guia de uma forma diferente, afinal algumas não tinham interesse em falar sobre saúde mental, ou a valorização de si, como mulheres. O resultado disso foi a flexibilidade que criamos para nos acertar: primeiro enquanto mulheres, depois enquanto mulheres com diferenças. Progressivamente ganhamos mais na produção de autonomia e participação na vida social, criamos um projeto dentro do grupo, realizamos passeios e conhecemos o território para criar uma rede de dependências, em que pudéssemos buscar identificar onde teríamos ajuda mútua e de cuidado.

Segundo Sawaia (2016), alguns cenários cotidianos podem fragilizar as mulheres em sua potência de ação dos indivíduos e coletivos, sendo necessária a transformação nos modos de vida. Foi justamente o que tentamos trazer neste relato, uma mudança na maneira de produzir saúde e a valorização do território das participantes. Considerar o interesse que o grupo tinha em comum em viajar também foi uma forma de perceber a falta de apoio que tinham em suas casas e de suas famílias, vistas apenas como donas de casa ou cuidadoras, estavam se sentindo apagadas em suas próprias residências e pouco conheciam da sua base territorial e comunitária.

Esperamos que este relato funcione como incentivo para que mais grupos GAM possam ousar em suas propostas e não tenham medo de arriscar na busca por uma produção de autonomia e saúde de qualidade. Durante a narrativa, acrescento fotos de alguns encontros, para trazer a coloração afetiva destes meses de pesquisa e convivência, a potência do corpo no exercício do próprio pensamento e o mapeamento dos afetos. Apreciem essas andanças e a variação intensa do modo de sentir.

#### **4.1 AS MÃOS DE OURO: A GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA MICROPOLÍTICA EM UM GRUPO DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA (ARTIGO 3)**

Este estudo se configura pela tematicada experiência de práticas com multiprofissionais e com mulheres usuárias do serviço de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). A fim de que novas reflexões sejam despertadas acerca da temática da

produção de autonomia e protagonismo dos usuários pela Gestão Autônoma da Medicação (GAM), bem como o processo da desinstitucionalização podem ser contextualizados no âmbito de acesso às bases territoriais e comunitárias por meio da experiência de uma unidade de atenção básica da região central do Rio Grande do Sul.

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) a linha de cuidado em saúde mental vem investindo em recursos humanos e políticas constituindo novas práticas de atenção em saúde. Entretanto, mesmo que os dispositivos substitutivos ao manicômio, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) busquem implementar um novo modelo assistencial, ainda reproduzem práticas hegemônicas do paradigma que tentam superar, visto que ainda há resquícios da lógica manicomial, em que há predomínio de uma relação marcada pela dominação do profissional da saúde sobre o paciente, com a conseqüente infantilização do segundo diante de seu processo de tratamento (YASUI e COSTA-ROSA, 2008).

Um dos novos desafios enfrentados atualmente na saúde mental envolve os impasses da desinstitucionalização nos serviços substitutivos, pois alguns técnicos que possuem os meios de regulação e funcionamento dos serviços, produzem desarticulação e enfraquecimento dos usuários, com pouca ou nenhuma possibilidade de gestão das atividades oferecidas, não atuando como sujeitos ativos nos processos decisórios, mas sendo expectadores passivos do processo de gestão dos serviços e de suas próprias vidas. Segundo Bongiovanni e Silva (2019), é necessário um olhar para os efeitos produzidos na desinstitucionalização, pois há uma produção de processo de cronificação dos usuários nos serviços dos CAPS, sendo muitas vezes o único local de convivência destes que poderiam ampliar sua circulação pela cidade. Por isso, o CAPS é um importante componente da RPB, principalmente pela sua potência de oferta de um cuidado em liberdade.

Segundo Bezerra Jr. (2007), a RPB, no plano sociocultural, tem o desafio de fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapasse as fronteiras do discurso técnico, e do saber psiquiátrico em especial, insistindo na dimensão existencial e humana que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médico-psicológicos, trazendo para o debate público do tema atores de diversos segmentos sociais. As novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis destinados aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito e a relação de cooperação de serviços de saúde mental com a atenção

básica formam uma reunião de diferentes saberes que é altamente desejável, dada a complexidade dos fenômenos sociais de nosso tempo.

Para isso, quando se pensa na proposta do processo de desinstitucionalização, foca-se na construção de espaços e dispositivos de cuidado horizontalizados e promotores de maiores graus de autonomia. Assim, a ideia de território torna-se um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc. “O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (BRASIL, 2005, p.13). Dessa forma, a atenção básica em saúde se constitui na grande base ordenadora do cuidado no SUS, se fazendo presente de forma bastante capilarizada em todo o território nacional.

Dado que é no território que há muitas possibilidades de pensar saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente essencial e estratégico na formação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Visto que as unidades de saúde são loci privilegiados para a prática da integralidade em saúde mental. Assim, o essencial da experiência relatada neste estudo é a valorização de um aspecto cuja importância deve ser reconhecida: a produção de cuidado, autonomia e protagonismo para com os profissionais, usuários e equipes de saúde na transformação de suas experiências em fonte preciosa de informação para a formulação de propostas de atenção no campo da saúde e saúde mental.

A estratégia GAM<sup>3</sup> (CAMPOS et al., 2012) vêm fomentando essa discussão da formação de grupidades. Porém, as principais experiências com o uso da estratégia GAM na realidade brasileira deram-se, inicialmente nos CAPS, nas modalidades tipo I, II e III. É pequeno o número de práticas com a estratégia GAM desenvolvida no campo da APS. Não encontramos na literatura descritas muitas experiências no contexto da ESF, no momento existentes as experiências de São Paulo e do Rio Grande do Norte (ainda não publicado), logo isso indica uma carência de referenciais e a necessidade de experiências nesses contextos (Borges, 2014).

Assim, justifica-se este estudo pois, pelos movimentos da estratégia GAM, há uma tentativa no campo da saúde mental de atuar dentro de uma lógica antimanicomial, consoante com a produção de um sujeito mais autônomo e corresponsável por seu tratamento

---

<sup>3</sup>Para mais informações acesse o Observatório GAM: <<https://observatoriogam.org/>>

medicamentoso, além de defender seus direitos enquanto usuário. Este tema vem sendo trabalhado, porém ainda timidamente no que tange à produção de materiais relevantes para profissionais e usuários do serviço da rede de saúde em atenção básica. Pesquisas como as que estão sendo realizadas a partir desse estudo com grupos GAM, deixam em aberto um caminho para a necessidade de novos estudos e contextos de saúde, o que corrobora para o advento desta pesquisa (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012; MARQUES et al., 2013; CAMPOS et al., 2012; ZAMBILLO, 2015).

Muitos estudos constam uma assimetria presente nas relações entre trabalhadores e usuários, indicando processos que ainda constroem o protagonismo e favorecem a manutenção da histórica passividade dos usuários de saúde mental (VASCONCELOS, 2013; COSTA; PAULON, 2010; MIELKE; KANTORSKI; OLSCHOWSKY; JARDIM, 2011). Segundo Gonçalves e Campos (2017), a disputa de interesses, hierarquização nas relações de poder, enrijecimento nos modos de conduzir processos participativos podem reduzir ou inviabilizar as possibilidades de protagonismo na saúde mental, e favorecendo a manutenção do modelo manicomial.

Do mesmo modo, a Organização Mundial de Saúde/OMS (2012) tem recomendado a criação e construção de grupos de defesa dos usuários, com objetivo de fortalecer o protagonismo desses coletivos na construção das políticas de saúde mental no planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação dos serviços. Segundo Almeida, Dimenstein e Severo (2010), alguns movimentos reformistas no campo da saúde mental vêm buscando fortalecer a constituição de usuário críticos com relação ao seu sofrimento mental e o incremento de seu poder de contratualidade na sociedade por meio de propostas de reabilitação psicossocial que passam pela produção de autonomia e do exercício de cidadania.

Desse modo, a estratégia da GAM vem construindo no Brasil, ao longo dos anos, um percurso de cogestão e relações de parcerias e articulações entre serviços de saúde, profissionais, territórios e usuários. Na GAM, os saberes dos usuários, seus desejos, vontades e opiniões ganham relevância e igualdade de importância com o saber médico. É uma aposta em uma prática de atenção em saúde mental que reconhece que o tratamento só pode ser conduzido com a inclusão do usuário no processo decisório das terapêuticas a serem realizadas, bem como o fortalecimento das grupalidades e coletivos de usuários, familiares e profissionais (CAMPOS et al., 2012). Assim, a GAM é um instrumento de resistência às condições de possibilidades históricas da existência da loucura em nossa sociedade, pois ela

reposiciona a figura do usuário frente às relações de saber e poder que margeiam sua anormalidade (COUGO; AZAMBUJA, 2018).

A estratégia GAM no cenário da Atenção Básica funciona como um dispositivo dentro da desinstitucionalização, pois a ênfase das ações em saúde mental no território constitui-se na própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria. Visto que os serviços como CAPS devem constituir como lugar de passagem, assim ações precisam estar onde as pessoas estão, inverte-se aqui o paradigma asilar, o sujeito não é mais especificidade individual, mas o conjunto de vínculos e de relações compartilhadas (HIRDES, 2009). A acessibilidade geográfica traduz-se pela facilidade de ser atendido, a acessibilidade política traduz-se pela capacidade de planejar e decidir de modo participativo. Desse modo, a parceria entre ESF e saúde mental não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados da psiquiatria, mas exige dos profissionais um trabalho de capacitação continuada, logo a estratégia da GAM surge como uma ferramenta que tende a cooperar nessas novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento que propiciam um melhor cuidado (SAMPAIO E BARROSO, 2001).

Por conseguinte, este estudo tem como objetivo geral: compreender como a promoção de autonomia na GAM produz efeitos de desinstitucionalização em um grupo de profissionais e usuárias da saúde mental em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. E tem seus objetivos específicos: descrever a trajetória de um grupo GAM de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção básica; problematizar as práticas de negociação de autonomia produzidas pelas usuárias que participam do grupo GAM; investigar como se constrói as relações micropolíticas no cotidiano do grupo.

### **Apontamentos metodológicos**

A metodologia utilizada neste estudo foi a pesquisa-intervenção participante, que constitui em uma investigação participativa que busca a interferência coletiva na produção de micropolíticas de transformação social. Dessa maneira, por uma construção coletiva e por uma pesquisa que trabalha com os outros e não sobre os outros, é imprópria a alusão acerca de uma possível neutralidade que norteia práticas de pesquisa (AGUIAR e ROCHA, 2007).

Segundo Rocha e Aguiar (2003), pesquisa-intervenção é uma tendência nas pesquisas participativas que vem assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico e micropolítico na experiência social. Para Rodrigues e Souza (1987), a pesquisa-intervenção é um dispositivo de intervenção no qual se afirma o ato político que toda investigação constitui.

“Isso porque, na pesquisa-intervenção, acentua-se todo o tempo o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos, que é negado implícita ou explicitamente nas versões positivistas ‘tecnológicas’ de pesquisa” (RODRIGUES; SOUZA, 1987, p. 31).

A partir dessa definição de pesquisa-intervenção participante apresento o cenário onde essa pesquisa aconteceu. Ela se desenvolveu por meio da articulação de multiprofissionais de um CAPS II e de uma ESF da região central de uma cidade do Rio Grande do Sulque, através da continuidade do processo de desinstitucionalização, perceberam que o espaço de circulação dos usuários estava restrito a uma instituição, nesse caso o CAPS II.

A importância do CAPS está em sua potência de oferta de cuidado em liberdade, mas é necessário olhar para sua fragilidade em conseguir fomentar uma transformação social. Desse modo, ao pensar na estratégia GAM, o interesse desse CAPS II foi justamente promover a articulação, circulação e inserção de usuários em seu território, logo, o usuário poderia escolher passar um dia no território e não precisaria ir até o CAPS para ter socialização. Assim, por uma ação integral de saúde entre profissionais foi possível a criação de um grupo GAM em uma ESF na região sul da cidade, localidade próxima também ao CAPS II da cidade.

O grupo contou inicialmente com 12 participantes usuárias da rede de saúde, sendo todas mulheres, na faixa etária entre 24 e 70 anos, juntamente com duas profissionais da residência multiprofissional (uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional), duas Agentes Comunitárias de Saúde e duas psicólogas (sendo uma delas a pesquisadora). É importante salientar que a proposta inicial era um grupo aberto, porém, conforme os encontros foram acontecendo o número de participantes se somou as mulheres, e poucos participantes homens estiveram nos primeiros encontros e não mantiveram participação.

O período de duração que compreende esta pesquisa foi de Maio de 2018 a Julho de 2019. O grupo GAM aconteceu semanalmente todas às Segundas-Feiras pela manhã, com duração média de uma hora e meia. O local dos encontros foi em um salão de uma igreja da comunidade que emprestou espaço para realização dos encontros que aconteciam próximo ao local de moradia das participantes e da unidade da ESF da região sul.

Para análise dos dados nos inspiramos no pensamento de Michel Foucault (1987), mais precisamente na noção de resistência. Consideramos aqui que não há poder sem resistência, e que como relação de forças, o poder é como algo difuso que produz afetos, ações, indivíduos dóceis, gerindo igualmente a vida da população e está em toda parte,

empenhando em produzir indivíduos sujeitados às estratégias que permeiam todo o campo social. Não esquecendo que o binômio saber-poder captura a vida em dispositivos construídos pelas práticas sociais, o sujeito resultante de tais práticas será sempre compreendido como sujeitado.

Desse modo, pelos saberes, se encontram nas formações históricas constituídas por práticas formais de enunciados e visibilidades (FOUCAULT, 2005), o sujeito é visto como sujeitado à ordem do discurso. Pelo campo das relações de forças a sujeição se redobra, visto que o poder atua por estímulo, incitando forças, extraindo dos corpos ações úteis para o funcionamento do campo social. Assim, a resistência aparece para Foucault como um terceiro poder da força. Resistir é a capacidade que a força tem de entrar em relações não calculadas pelas estratégias que vigoram no campo político. Segundo Maciel Jr (2013), a capacidade que a vida tem de resistir a um poder que quer geri-la é inseparável da possibilidade de composição e de mudança que ela pode alcançar.

Nesta esteira, a proposta de articular um grupo GAM no contexto de uma ESF na atenção básica com mulheres, a pesquisa criou contornos próprios onde a continuidade dos processos de desinstitucionalização puderam ser contemplados. O desafio que temos hoje em produzir práticas onde o tempo de permanência dos usuários no CAPS não seja de uma longa trajetória diária, mas sim que seja distribuído com a exploração do seu território se torna uma tarefa fundamental para que possamos construir recursos de bases territoriais e comunitárias com espaços de integralidade de saúde e saúde mental.

Para a produção de dados foi utilizado o instrumento de Diário de Campo, cuja finalidade se mostra não apenas o registro das estratégias metodológicas empregadas na condução do processo de pesquisar em saúde, mas também se constitui em um modo de compreender os sujeitos em suas múltiplas dimensões (ARAÚJO et al., 2013). Portanto, seu uso funciona como uma prática investigativa, tornando-se um retrato que expressa os caminhos percorridos na pesquisa desde o desenho inicial até a finalização. O uso do Diário de Campo nessa pesquisa foi construído semanalmente e após cada encontro se produzia um relato do que havia sido feito no grupo e dos sentimentos da pesquisadora diante das situações apresentadas naquela semana.

Os fios narrativos que tomarei ao longo do texto seguem a lógica própria àquilo que, de certo modo, tocou e impregnou a memória afetiva pela experiência de participar de um grupo GAM de mulheres, através das fotografias distribuídas durante o relato será possível

visualizar e sentir um pouco do processo de construção da nossa história. Para fluidez da narrativa procuro fazer um relato mais descritivo, que conterà muitos movimentos, os quais vou reunir e sinalizar ao final como uma síntese de vetores de resistência grupal resgatando Foucault e elencando discursos e práticas que identifiquei como forças de resistência.

Dessa maneira, foram tecidos em movimentos espirais, pois seguem outra lógica que não o desenrolar cronológico-linear dos acontecimentos, mas sim as próprias tópicos que o guia GAM traz, não lemos o guia de pontaaponta. Sentimos que cada etapa do guia nos tornava sujeitos de resistência à medida que a cidade não é mais vista como espaço promovedor de encontros, deseja-se agora uma circulação fluída com menos paradas, nós mantínhamos encontros semanalmente para discutir e viver saúde. Dessa maneira, o esforço de rememorar as experiências de cuidado e adoecimento são reportadas em conexão a muitos outros conhecimentos da vida cotidiana, em um processo integrativo.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria - RS sob o parecer CEP nº 3.326.295, CAAE nº 12535019.0.0000.5346. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido garantidos aos participantes o anonimato e a confidencialidade das informações.

### **De onde começamos**

A proposta de montar um grupo GAM iniciou em uma ESF na atenção básica, por meio de uma articulação de profissionais de um CAPS II situado próximo ao território de atuação da ESF, e do desejo das agentes comunitárias de saúde desse território em trabalharem com a estratégia da GAM, visto que haviam participado das atividades que a universidade federal ofertou para os serviços conhecerem a GAM, que na época em parceria com a secretária de saúde do estado fazia-se uma tentativa de inserir a GAM nos serviços de saúde através de qualificações realizadas em parceria com as universidades federais.

Uma das agentes comunitárias tinha um desejo de formar um grupo de artesanato em sua micro área para a produção de geração de renda, mas não tinha recebido apoio para isso, sua micro área, assim como muitas outras que existem, haviam mulheres com o perfil de domésticas, mas que de alguma forma ajudavam no completo da renda de seus maridos ou familiares. Assim, pelos encontros de qualificação da GAM, surgiu uma maneira de pensar a formação de grupos com bases comunitárias e territoriais. Vale mencionar que a postura e a disposição dessa agente foi de grande ajuda quando iniciamos o grupo no território. Outro

facilitador foi uma estagiária de psicologia (atualmente psicóloga), que estava atuando no CAPS II, sendo agente comunitária nesse território e propiciando vínculos entre CAPS e ESF.

Os profissionais de ambos os serviços pretendiam vincular os usuários do CAPS II ao território, em uma tentativa de dar continuidade aos processos de desinstitucionalização, posto que a RAPS preconiza a necessidade de ampliação e de articulação dos pontos de atenção à saúde. Assim, criou-se a possibilidade para os usuários que frequentam o CAPS passarem a participar em um dia da semana no grupo GAM em seu território. Desse modo, com a articulação, encaminhamentos e combinações feitas entre os dois serviços em um trabalho de cogestão com os profissionais, deu-se início ao grupo.

O grupo iniciou no dia 21 de Maio de 2018 e contou inicialmente com a participação de oito mulheres da comunidade, mais uma ACS, duas psicólogas e duas profissionais da residência multiprofissional. Com relação a como foi feito o convite para participar do grupo, os profissionais do CAPS mapearam usuários que moravam na região sul daquela ESF e realizaram o convite, bem como a agente comunitária responsável por aquela microárea da ESF convidou moradores que poderiam ter interesse na proposta da GAM. Alguns cartazes de divulgação circularam pelo CAPS também.

Nos primeiros encontros foram feitas as contratações do grupo, como dia e hora em que iria acontecer os encontros e o tempo de duração do grupo. Combinou-se de se realizar os encontros todas às Segundas-Feiras de manhã, com duração de uma hora e meia, com relação a quantas semanas permaneceria o grupo pensamos em finalizá-lo quando abordássemos todos tópicos do guia GAM, mas sem estipular data de término, o que deixou mais confortável as participantes, que tinham interesse em ir com calma na leitura e acompanhamento do guia impresso.

Após a apresentação da proposta da GAM ao grupo, e dos princípios do guia GAM, foi distribuído um guia impresso para cada participante, nesse primeiro momento ficou delimitado uma psicóloga como moderadora do grupo e a pesquisadora como apoiadora, mas ficamos de circular essas posições entre todas participantes do grupo à medida que fossem ficando mais à vontade com a participação no grupo. Segundo Campos et al. (2014), os moderadores dos grupos GAM precisam acolher as experiências mais diversas do grupo, por mais difíceis, diferentes e intensas que sejam, da mesma maneira, a função de moderador sendo circular possibilita as atribuições e experiência a cada participante, podendo ser novas e mais afinadas com sua própria situação de vida.

O grupo teve uma particularidade inicial e que foi mantida: todas participantes serem mulheres, totalizando doze participantes. Refletimos que o fator de horário do grupo ser de

manhã contribui para esse dado, pois o grupo compreendia um horário em que, na maior parte, somente mulheres autônomas ou ociosas poderiam participar. Conseqüentemente com muitas mulheres foi se tecendo discussões com temáticas voltadas para o feminino, cuidado pessoal e o quanto cada uma conhecia de si mesma e das demais participantes, visto que todas eram vizinhas na comunidade, e muitas relataram que foram se reconhecer no grupo.

As participantes perceberam afinidades, como, por exemplo, que umas eram domésticas e outras tinham emprego como autônomas, isso implicou em uma discussão sobre o que gostavam de fazer e se as tarefas elencadas por elas como a vida familiar e organização da casa as agradava, pois muitas contaram sentir prazer em ter o título de “esposa do fulano”, “cuidadora da mãe”, já outras questionaram se o lugar da mulher não seria de ocupar espaços e ser independentes de títulos ou rotulações. Uma participante relatou: “eu passo o dia cuidando da casa e da mãe, ela não deixa eu sair de casa. Pra vir no grupo foi uma briga ela deixar, mas eu gosto de cuidar dela, porque ela só tem eu” (DIÁRIO DE CAMPO/JUNHO, 2018). Outra disse: “eu faço meu artesanato e trabalho com faxina, tenho meu marido, mas ele não manda em mim, eu vou onde eu quero”(DIÁRIO DE CAMPO/JUNHO, 2018).

Juntamente com a apresentação inicial das participantes, através da história inicial que o guia GAM do usuário traz, muitas relataram que faziam uso de medicação para hipertensão, depressão e/ou bipolaridade. Pode-se perceber nesse processo de apresentação que durou alguns encontros que todas participantes estavam focadas no autocuidado, através do pensamento crítico que a GAM promove. Uma participante contou ao grupo:“eu parei de tomar a medicação da pressão e me senti melhor, mas logo começou as dores no corpo, uns sintomas físicos na minha pele, então eu voltei no médico e regularizei minha medicação” (DIÁRIO DE CAMPO/MAIO, 2018). Outra disse:

Eu perdi uma pessoa muito importante na minha família, por isso comecei a tomar remédio controlado, minha nora que me ajuda a me cuidar”, e ainda outra:“eu tomo remédio para a cabeça porque eu não durmo direito e escuto vozes, às vezes eu desmaio de tanto remédio que eu tomo.(DIÁRIO DE CAMPO/ MAIO, 2018).

O território é um espaço rico e potente, em poucos encontros já percebíamos a troca de experiências, onde tínhamos participantes que faziam uso de psicofármacos, outras que estavam querendo aprender a lidar com pessoas que fazem uso de medicação ou somente se conhecer e reconhecer melhor enquanto sujeitos pertencentes a um espaço social. Para Brasil (2013) o cuidado em saúde mental na atenção básica é estratégico, pois o acesso das equipes aos usuários é facilitado.

### **Parte um: nossa qualidade de vida através da GAM**

Ao longo dos encontros o número de participantes foi aumentando e logo o grupo fortaleceu um empenho coletivo de descobrir novos interesses, o local disponível a nós começou a promover um espaço de saúde e ampliação de autonomia, para além da leitura do guia GAM e das temáticas de saúde mental. Começamos a circular a função moderador, cada semana uma das participantes ficava responsável de conduzir o grupo, pegar a chave para abrir a sala e organizar o assunto do dia.

Buscamos, enquanto moderadoras, no primeiro momento incentivar a construção de uma rede de apoio a partir daqueles encontros, pois algumas participantes apontaram o fato de não conhecer bem a comunidade e menos ainda o centro da cidade, assim o espaço geográfico da rede era uma questão a ser trabalhada no grupo. Foram levantados vários espaços que o grupo gostaria de conhecer. De início, perambular pela comunidade parecia ser uma boa alternativa, afinal algumas mulheres não conheciam bem o território, e o conceito de perambular- andar sem rumo - parecia fundamental para percorremos os limites de nossas bordas físicas e mentais.

Assim, delimitamos que na outra semana iríamos a uma praça próximo do local onde fazíamos o grupo, combinamos a saída da frente da igreja, que cedeu espaço do salão para nossos encontros. No dia da atividade todas estavam bem animadas para nosso passeio, o grupo nesse dia se articulou em levar lanches para todas compartilharem, como uma forma de manutenção de cuidado com o coletivo, visto que já haviam pensado na ideia de um piquenique na praça. O guia GAM, a partir desse momento, teve a função no grupo como um material que nos dava pistas de como nos mantermos reunidas e promover saúde. Nossa rede passou a ser construída nos princípios básicos de autonomia e cogestão, onde estávamos atentas e dependentes do cuidado de umas às outras durante os encontros.

Uma forma de como o perambular no território influenciou nosso processo de pensar no cuidado coletivo, foi quando visitamos uma área para atividade física em uma pracinha, esse espaço físico despertou a discussão do cuidado de si, pensar na qualidade de vida de cada uma, quanto à prática de atividades físicas e alimentação. Utilizamos do espaço em alguns encontros para atividade física e foi surpreendente que atrelar atividade física pudesse gerar tantos assuntos sobre saúde mental. Muitas participantes comentaram de seus hábitos alimentares e da dificuldade de cuidado pessoal, em detrimento do cuidado da família, trocamos dicas de como manter um corpo e mente saudáveis e da importância de ocupar

aquele espaço da cidade, tão próximo de suas residências. Depois de algum tempo de grupo algumas participantes montaram um grupo de caminhada independente, com local e horário de saída todas às Quintas-Feiras, sendo que quem quisesse, da comunidade, poderia acompanhar essa atividade.

Durante a leitura do terceiro passo do guia: “ampliando sua autonomia”, um momento de olhar melhor para si mesmo e ao seu redor, o grupo decidiu que precisaria expressar suas vontades e expuseram que todas gostariam de fazer passeios para além do território, conhecer espaços mais centrais da cidade, pois muitas das participantes relataram: “eu vou ao centro só para pagar contas e mercado”, “eu nunca visitei um museu”, e “eu nunca fui passear no shopping” (DIÁRIO DE CAMPO/AGOSTO, 2018). Para Guattari (1990) há territórios existenciais, podemos pensar como território-vivo, em que as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares tomam uma conotação também subjetiva. O interesse dessas mulheres era explorar, além da sua comunidade, novas bases de territórios existenciais, nesse caso num contexto grupal, onde pudessem ter a representação de espaços e processos de circulação de subjetividades.

Na qualidade das profissionais, se refletiu esse pedido como uma possibilidade, e assim era viável solicitar ao serviço de transporte da prefeitura do município para a realização dessas atividades, desde que um cronograma e objetivos fossem traçados. Quando levada a proposta ao grupo, tanto moderadoras como apoiadoras e participantes, questionaram a proposta, dado além de ser o caminho mais fácil seria também o mais demorado, pois precisaríamos aguardar uma aprovação da prefeitura para liberar o acesso ao transporte.

Uma vez que não íamos utilizar dessa estratégia pensamos em grupo a melhor solução, umas das participantes sugeriu que cada uma pagasse o seu transporte, outra comenta não ter dinheiro para participar e prefere não sair. Logo percebemos que havia uma tensão na tomada de decisão dos rumos do grupo, então refletimos e algumas participantes lembraram que ali no bairro é costumeiro, quando alguém precisa juntar um dinheiro mais rápido, fazem rifas.

Tem-se a ideia de como obter dinheiro, mas a discussão era o que rifar? Todas participantes concluíram que sabiam fazer alguma coisa relacionada ao artesanato e trabalho manual e muitas trabalhavam diretamente com isso. Para tanto, a proposta para execução dos passeios foi: montar uma rifa e vender números para a própria comunidade, com o dinheiro arrecadado pagaríamos nossas passagens e talvez uma van para nos transportar para lugares não tão centrais.

A ampliação de autonomia foi posta em prática de uma maneira coletiva e compartilhada, foi questionado se todas conseguiriam vender a rifa e claro houve situações

em que houve dificuldade nas vendas, mas situações de dificuldades que o próprio grupo conseguiu contornar e resolver. Mais uma vez trago que o guia GAM, serviu justamente como um norteador de reflexão, pois, “se queremos produzir autonomia, temos que trabalhar juntas para isso”, fala de uma participante. Então, a GAM, deixou de ser um guia impresso e passou a se tornar estratégia e possibilidade de aplicar autonomia, construída na relação com o outro, pois esses “espaços grupais funcionam como um exercício compartilhamento de diferentes pontos de vista, numa experiência de cogestão e autonomia, em que percebemos a capacidade de criar e manter laços entre pessoas” (CAMPOS et al., 2012, p.11).

Dessa forma, em alguns encontros já havíamos discutido na prática a parte um do guia GAM, nomeada: Sua qualidade de vida, quando chegamos em seu quarto passo: “conversando sobre os medicamentos psiquiátricos”, muitas relataram não fazer uso de tal medicação, mas que tomavam remédios para hipertensão, portanto, a discussão foi importante para fortalecer o grupo em seus conhecimentos. Destaco um episódio significativo do grupo relacionado ao quarto passo do guia: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos.

Uma das participantes que também era frequentadora do CAPS, conta-nos sobre sua experiência com psicofármacos, relatou que sentia mais os efeitos na pele e no corpo do que conhecia de fato o que estava tomando. Segundo ela, tentar conversar com a psiquiatra em suas consultas era uma tarefa difícil, pois sua cuidadora que acompanhava conversava mais com sua médica do que com ela que era a mais interessada na discussão. O grupo acolheu a demanda no dia e considerou estratégias para auxiliar essa participante, pois o guia trazia que o usuário deve exercitar a sua curiosidade e pesquisar sobre os seus medicamentos (CAMPOS et al., 2012). Quando perguntada qual seu desejo diante dessa situação, ela fala que gostaria de ter uma conversa individual com sua psiquiatra, para ser capaz de perguntar sobre assuntos do seu interesse, mas que tinha vergonha de perguntar na frente da cuidadora, como, se ela podia retomar seus estudos na escola, se poderia tomar pílula anticoncepcional e os efeitos indesejados que as medicações estavam lhe causando.

Assim, tentamos, enquanto equipe profissional conversar no CAPS com a psiquiatra responsável pelas consultas da participante, conseguimos solicitar esse pedido à psiquiatra, que assegurou esse direito à usuária. Na semana seguinte já havia uma consulta com a psiquiatra e a participante conseguiu ser ouvida em um atendimento e escuta individual, sua cuidadora ficou apreensiva, mas conseguiu aceitar a vontade da participante. Na outra semana, a participante chegou no grupo nos contando alegremente de sua conquista e do quanto havia sido produtivo aquele momento de escuta da psiquiatra, foi nesse encontro que ela relatou à médica que não estava gostando da medicação indicada, que ficava com muito

sono e não estava conseguindo ter uma rotina de vida e que até as idas no grupo estavam ficando difíceis, visto que o grupo acontece de manhã e para ela acordar cedo precisava de dois despertadores. No guia GAM do usuário é citado que: “a escolha de um medicamento é feita a partir dos sintomas que você apresenta e não necessariamente a partir de um determinado diagnóstico” (CAMPOS et al., 2012, p. 63). O que podemos constatar desse relato foi a importância de o grupo acolher o relato de uma participante que faz uso de medicação psiquiátrica e ao mesmo tempo buscar uma estratégia para resolução desse problema. O grupo se articulou, mas a equipe profissional teve um papel importante no desfecho dessa narrativa, pois foi a conexão dos serviços entre CAPS e ESF, a disposição da psiquiatra que também pode contribuir para que o protagonismo dessa participante se tornasse visível.

### **Parte dois: um caminho que construímos das nossas mudanças**

Mais uma memória que resgato foi em um dos encontros em que as participantes começaram a avançar nas propostas de melhorias do grupo. O interesse era uma identidade do grupo, todas queriam uma camiseta com a palavra GAM estampada, para que quando fossemos a passeios pudéssemos divulgar nosso grupo e chamar novas participantes. Tínhamos recursos limitados, apesar de um caixa com dinheiro em reserva, não havia uma quantia necessária para enviar um modelo de camiseta para a gráfica.

O grupo ficou por semanas elaborando estratégias de como resolver esse problema, passados alguns encontros, veio a ideia de criarmos nossas camisetas. Poderíamos utilizar alguma camiseta que já tivéssemos sem estampa e pintá-las com a marca GAM intitulada por elas. A partir dessa ideia surgiram outras propostas como recorte das letras em retalhos de tecido, uma das participantes ofereceu para costurar a marca nas camisetas de quem se interessasse, assim o processo de customização mobilizou o grupo inteiro. O resultado foi a criação de camisetas de todos modelos possíveis e diferentes umas das outras, essa ideia motivou o grupo a pensar que o artesanato poderia ser uma das atividades para o ano seguinte, pois as participantes decidiram manter os encontros após as datas festivas de fim de ano.

A produção das camisetas teve um retorno positivo quando fomos em um passeio ao planetário da universidade federal da cidade em integração com um outro grupo da ESF de diabéticos e hipertensos, durante o passeio todos nos perguntavam o que significa GAM nas camisetas e as participantes davam seu depoimento do que o grupo significava para cada uma delas: “A GAM é um grupo, onde a gente vai pra conversar e se ajudar quando precisa”, “é

um grupo onde eu fiz amigas” “a gente vai lá pra contar como tá se sentindo e ouvir e ajudar as colegas” (DIÁRIO DE CAMPO/NOVEMBRO, 2018).

Iniciando o ano de 2019, continuamos o grupo, enfatizamos que como aquele espaço estava se tornando permanente para as participantes e elas nos devolveram que era importante mantê-lo, com dia e hora marcados, para que elas pudessem continuar a se encontrar. Descobrimos que algumas já estavam saindo juntas para ir a festas, igreja e lanchar juntas, e o quanto no início do grupo não imaginavam que isso aconteceria. Por conseguinte, elas gostariam que mais mulheres da comunidade pudessem sentir e viver as experiências que elas estavam tendo e pediram para abrirmos o grupo para novas participantes, porém, agora o grupo decidiu um critério que, para participar do grupo fossem só mulheres, quando perguntamos o porquê, o relato foi de que se sentiam mais à vontade para conversar sobre diversos assuntos e que se houvesse homens no grupo esse vínculo talvez ficasse fragilizado.

Nosso caixa financeiro ainda tinha recursos para planejarmos novas atividades e os rumos que o grupo tomaria naquele ano. O artesanato veio como uma sugestão unânime das participantes, a leitura do guia GAM havia encerrado a parte um e a parte dois, em formato de revisão dos passos anteriores e planejamento de nossas ações, já tinha sido lida pelas participantes no período de recesso do grupo. Combinamos de manter o grupo, colocando em prática os princípios GAM de autonomia e cogestão, apresentando para as novas participantes esses princípios e a proposta do grupo, que era desenvolver uma prática de cuidado de si e através da cooperação umas das outras buscar uma prevenção e promoção em saúde e saúde mental.

O tricô foi a primeira técnica manual que o grupo optou em trabalhar e ensinar quem não sabia, inclusive a pesquisadora que aqui escreve. Logo as participantes que sabiam tricotar foram ensinando as outras, que aprenderam rápido a técnica, nessa iniciativa possibilitou a criação de um projeto no grupo GAM denominado pelas participantes de “Tricotando Afetos”, que consistia em confeccionar mantas para recém-nascidos da comunidade nos próximos meses que se seguiriam com a chegada do inverno.

Além disso, haveria uma doação dessas mantas para futuras mães da comunidade, para termos um número exato de nascimentos, as ACS da ESF fizeram o mapeamento dessas mães no território, que facilitou nossa busca. Quanto ao material para confecção das mantas, as residentes sugeriram solicitar apoio da ESF e junto à comunidade, incentivar a doação de lãs e material para costura para auxiliar da produção dos kits para bebês.

O grupo tinha uma tarefa e prazos a cumprir, conseguimos um total oito gestantes que se interessaram pela nossa proposta. Ao longo dos cinco meses que se seguiram, novas

integrantes foram fazendo parte do grupo que aumentou de doze participantes, inicialmente, para vinte componentes do grupo. Além das mantas, muitas participantes aprenderam a confeccionar toucas, meias e luvas para bebês.

Ao final do mês de maio tínhamos muitas peças finalizadas. Realizamos um chá da tarde e convidamos as mães gestantes e os pais para participarem do grupo e entregar os kits de bebês a eles, foi um momento emocionante para o grupo, tanto de valorização do trabalho das participantes, como o resultado do esforço coletivo de profissionais da residência, ACS e equipe da ESF. Tanto na saúde mental como na atenção básica, percebemos que saúde e cidadania são indissociáveis e que a unidade de saúde é uma excelente rede comunitária de assistência à saúde mental, que com o advento da estratégia GAM potencializa caminhos para novas relações e dinâmicas sociais no território.

Contudo, nem todas as participantes conseguiram desenvolver a prática do tricô, inclusive a pesquisadora que aqui escreve. Desse modo, refletimos em outras estratégias de trabalhos manuais possíveis a todas. Algumas levaram retalhos de tecidos e começaram a montar tapetes, outras tinham interesse em melhorar a técnica de bordado no crochê, e outras tinha interesse em pinturas. Nos dividimos em blocos de trabalho e interesse, e sem percebermos o fluxo de produção aumentou, tínhamos muitos materiais que poderiam ser vendidos, o grupo se mostrou apreensivo com a ideia de vender seus produtos com receio de uma resposta negativa. Assim, pensamos que cada participante podia dividir sua produção pessoal entre o que gostaria de vender e arrecadar o dinheiro para si e o que seria vendido e o dinheiro seria para o caixa do grupo.

A importância desse passo refletiu justamente no sentimento cogestivoem que se construiu ao longo de quase um ano de grupo. Vale ressaltar que quando o grupo fechou um ano de existência, em Maio de 2019, realizamos uma comemoração coletiva que serviu de espaço de convite para novas participantes e demonstração do nosso trabalho já realizado, denominamos uma tarde de beleza com direito a painel para fotografias de registro daquele momento e maquiadoras para realçar a beleza das participantes.

Após esse passo o grupo já estava atuando como gerador de renda para as participantes. Em seguida estávamos sendo convidadas para feiras na cidade, com destaque para duas feiras: a primeira, uma feira de saúde em parceria com a ESF e outro grupo de geração de renda da comunidade, que aconteceu na rua onde fica localizada a ESF, com divulgação através da rádio comunitária das bancas que teriam na feira. E a segunda feira de saúde mental, que aconteceu em um centro de uma cooperativa da cidade, em quereuniram-se

todos os serviços de saúde e saúde mental em bancas para divulgação de trabalhos e dos grupos.

O grupo retomou a discussão de identidade do coletivo, nosso nome - grupo GAM- já não fazia mais sentido, pois durante as feiras as participantes perceberam que vários grupos tinham um nome próprio. Então, após uma discussão de possíveis nomes, reunimos o que cada uma achava que a GAM representava para elas e o nome do grupo surge como: “Grupo GAM de Apoio a Mudanças - Mãos de Ouro”. Nesse dia tiramos várias fotos para montar uma imagem que representasse o grupo, uma borboleta de tricô trazida por uma participante foi colocada em nossas mãos e após verem as fotos, todas decidiram a borboleta como símbolo do grupo, o sentimento do grupo era de que “essa foto representa bem, nossa saída de um casulo, porque deixamos de ser lagartas e renascemos como belas borboletas artesãs”, fala de uma participante.

A partir do relato descritivo dessa experiência de um grupo GAM na atenção básica, elenco alguns vetores de resistência que identifico como forças ou movimentos que se apresentaram durante a leitura da narrativa. Mas para tal retomada, trago como Foucault trabalha a ideia de resistência. Um de seus comentadores, Castro (2009), traz que se não houvesse resistência, não haveria poder. Ora pois a resistência é contemporânea e integrável às estratégias de poder. As possibilidades reais de resistência começam quando deixamos de nos perguntar se o poder é bom ou mau, legítimo ou ilegítimo e o interrogamos ao nível de suas condições de existência.

Assim, um dos primeiros vetores de resistência que chamo atenção nesta experiência foi a iniciativa da articulação das instituições CAPS II e ESF na melhoria dos atendimentos e cuidados com alguns usuários dos dois serviços e principalmente do olhar mais atento que ACS e equipes deram a esse contexto com bases comunitárias e territoriais. O segundo vetor considerado é a circulação da função de moderadora entre todas participantes do grupo, como uma forma de estimular uma gestão diferenciada e coletiva do cuidado contribuindo para o grupo desenvolver outras atribuições. A possibilidade de resistência, para Foucault, não é essencialmente da ordem da denúncia moral ou da reivindicação de um direito determinado, mas da ordem estratégica e da luta, desse modo, as relações de poder suscitam a possibilidade de resistência (CASTRO, 2009).

Para Revel (2005), a maneira pela qual o indivíduo singular ou coletivo, conseguiu, de maneira voluntária, “escapar” dos dispositivos de identificação, de classificação e de normalização do discurso, isso seria resistência. Nosso terceiro vetor traz o próprio território,

como um ator silencioso auxiliou nosso grupo em uma relação social mais dinâmica de pertencimento e de território-vivo, “escapamos”, enquanto profissionais de um espaço fechado e institucional e construímos no território um lugar estratégico de acesso facilitado à equipe e a usuários da rede de atenção básica.

Continuando com o quarto vetor, elenco o levantamento de novos locais que o grupo gostaria de conhecer em complemento ao território. Agora era hora de sair e buscar novos espaços, o exercício de montar uma rifa na falta de dinheiro para organizar passeios a locais mais distantes demonstra o quanto a vontade de “escapar” do óbvio, do mais fácil, pode ser evidenciada.

Tanto a resistência funda as relações de poder, quanto ela é, às vezes, o resultado dessas relações; na medida em que as relações de poder estão em todo lugar, a resistência é a possibilidade de criar espaços de lutas e de agenciar possibilidades de transformação em toda parte (REVEL, 2005). Nosso quinto vetor diz muito disso, pois o uso do guia GAM impresso teve a função inicial no grupo de um norteador com pistas de como manter os encontros e promover espaços de saúde. Após construirmos uma rede de apoio e cuidado entre nós, passamos a utilizar somente os princípios básicos do guia, autonomia e cogestão, pois a leitura já havia findado, então criamos novos agenciamos e vínculos de poder e resistência no território. Para Foucault a análise dos vínculos entre as relações de poder e os focos de resistência é em termos de estratégia e de tática: cada movimento de um serve de ponto de apoio para um contraofensiva do outro (REVEL, 2005).

Os próximos dois vetores considero importantíssimos para leitura do pensamento de Foucault a respeito dessa articulação de resistência e poder. Trata-se do relato de uma das participantes com sua psiquiatra, e seu desejo que seu atendimento fosse de forma individual, pelo menos uma vez, sem sua cuidadora junto, como direito dela, após acompanhar nossos encontros se sentiu à vontade de pedir ajuda no grupo. Outro vetor, foi a criação da identidade do grupo tanto pela customização de camisetas, como na delimitação de um grupo só para mulheres, bem como a escolha do nome do grupo para “Mãos de Ouro”. Todos esses movimentos e práticas trazem à tona que poder e resistência tem uma existência inventiva e abrem caminhos estratégicos para novas relações de poder, pois o que vemos aqui são mulheres que estavam participando de um grupo e que conseguiram lutar para lidar com certos efeitos de poder que haviam naquele território, a exemplo, da ocupação do tempo, fortalecimento da renda familiar, cuidado com a saúde e autonomia em gestar suas vidas.

Sobre três pontos de resistência, Foucault insiste que: - a resistência é coextensiva e absolutamente contemporânea em relação ao poder; - a resistência apresenta as mesmas características que o poder, “tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele [...] como ele, ela se organiza, se consolida [...] como ele, ela vem de ‘baixo’ e se distribui estrategicamente” (FOUCAULT, 1999, p. 241), assim a resistência se assemelha ao poder por assumir as suas características; - as resistências podem fundar novas relações de poder, tanto quanto novas relações de poder podem, inversamente, suscitar a invenção de novas formas de resistência. Para Foucault essa reciprocidade não é redutível a um modelo simplista, então não é contra o poder que nascem as lutas, mas contra certos efeitos de poder, contra certos estados de dominação, num espaço que foi, paradoxalmente, aberto pelas relações de poder. Inversamente: se não houvesse resistência, não haveria efeitos de poder, mas simplesmente problemas de obediência.

Para concluir trago o último vetor de resistência, que acredito que foi fundamental para o fortalecimento não só grupal, mas da comunidade, que foi a criação do projeto Tricotando Afetos no ano de 2019, tal ação teve efeito de mobilidade das ideias estendidas a outros membros da comunidade pelo grupo GAM. Bem como a própria iniciativa de pensar na geração de renda das participantes que agora vem se articulando na proposta de uma pequena cooperativa de artesãs. Com esse último vetor a representatividade da experiência do projeto tricotando afetos proporcionou a estas mulheres o início de uma produção do protagonismo feminino na saúde mental e na RPB que repercutem como reposicionamentos sobre o seu lugar social.

### **Algumas considerações**

Nossa intenção, ao chegar em algumas considerações, foi pensar a partir da estratégia da GAM na aproximação dos princípios de autonomia e protagonismo dos usuários através de um grupo de mulheres que se formou de um processo de articulação de dois serviços de saúde: CAPS II e ESF. Nossos objetivos buscaram se alinhar com uma proposta da GAM ser uma possível produtora de efeitos de desinstitucionalização em um grupo de profissionais e usuárias da saúde mental, podendo ser notado através do relato das experiências do grupo referentes a sua circulação em percorrer a cidade.

Foram identificadas práticas do grupo GAM que proporcionaram para as participantes como: os momentos de visitar espaços, atualizar a memória e trazer vida a lugares já esquecidos, através da articulação para realização de percorrer e conhecer o território e a

cidade em que vivem. O interesse pela arte de tricotar e a criação de um projeto “tricotando afetos”, onde foram doadas as produções de roupas infantis do grupo a gestantes da comunidade e formação de um núcleo de geração de renda para novas produções de artesanato para exposição e vendas em feiras de economia da cidade. Estas práticas foram articuladas com as concepções e princípios que o guia GAM carrega e que foram aplicadas durante os encontros semanais do grupo ao longo de um ano. É importante deixar ressaltado que o grupo “Mãos de Ouro” continua se vinculando e se encontrando semanalmente nessa comunidade.

Pela trajetória desse grupo GAM, tivemos momentos de problematizar as práticas de negociação de autonomia produzidas pelas usuárias e presenciar a construção de relações micropolíticas no cotidiano do grupo, bem como acompanhar o processo de desinstitucionalização de algumas usuárias do CAPS para a ESF, levando a crer que a estratégia da GAM foi fundamental em uma possível reorganização do serviço e das práticas à assistência centrada no usuário e suas demandas em consonância com os princípios da RPB opondo-se, assim, ao modelo hospitalocêntrico da psiquiatria clássica.

A GAM foi efetiva nessa experiência, e potencializadora em apontar caminhos para a incorporação de novas relações e dinâmicas sociais no território, maior articulação das equipes e estímulo à participação social da comunidade nesse processo, levando em conta a subjetividade do sujeito e do coletivo. Resistimos, pois criamos possibilidades de existência a partir de composições de forças inéditas. Para Foucault (1988) a resistência é uma atividade de força que se subtrai das estratégias efetuadas pelas relações de força do campo do poder, pois resistências são sempre mutáveis. O grupo GAM “Mãos de Ouro” está sempre se refazendo, criando com isso forças do devir, das mudanças que apontam para o novo e engendram possibilidades de vida.

## Referências

AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2007, n. 27, v. 4, pp. 648- 663. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000400007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000400007&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 14 de jan. de 2019.

ALMEIDA, K.S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface Comum Saúde Educ**, 2010, v. 14, pp. 577-89. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-32832010000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832010000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 4 de fev. de 2019.

ARAÚJO, L.F.S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de pesquisa em Saúde**. Vitória, 2013, n.15, v.3, pp.53-61. Disponível em: :<<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326>>. Acesso em: 5 de ago. de 2019.

BEZERRA JR, B. (2007). Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007, v.17, n.2. pp.243-250. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)>. Acesso em: 9 de jan.de2019.

BORGES, L.R. Sobre autonomias dirigidas e vestígios do passado: repercussões da gestão autônoma de medicamentos psicotrópicos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Saúde Coletiva: Universidade Estadual de Campinas, 2014.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica34_saude_mental.pdf)>Acesso em: 13 de ago.de2019.

BRASIL, Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infante-Juvenil--2005-.pdf>>. Acesso em: 9 de set.de2019.

BONGIOVANNI, J.; SILVA, R.A.N. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicologia e sociedade**, 2019, v.31, pp. 1- 14. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-71822019000100204&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-71822019000100204&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de mar.de2019.

CAMPOS, O. R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. **Gestão autônoma da medicação – Guia de Apoio a Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 5 de mar.de2019.

CAMPOS, O. R. T.; PASSOS, E.; LEAL, E.; PALOMBINI, A.; SERPA, O. et. al. **Guia da gestão autônoma da medicação – GAM** DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 5 de mar.de2018.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COSTA, D.F.C.; PAULON, S.M. (2010). Participação e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde Debate*, v.95, pp.572-82. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313045/1/Borges\\_LuanaRibeiro\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313045/1/Borges_LuanaRibeiro_M.pdf)>. Acesso em: 20 de mar.de2019.

COUGO, V. R.; AZAMBUJA, M. A. A estratégia Gestão Autônoma da Medicação e a inserção de (A) normalidade no Discurso da Cidadania. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2018, v.38, n. 4, pp. 622-635.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. Não ao sexo rei. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GONÇALVES, L. L. M.; CAMPOS, R.T.O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017, n. 33,

v.11. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105002&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 28 de mar. de 2019.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 13. ed. Campinas, SP: Papirus, 1990.

MACIEL JR., A. (2013). Resistência e prática de si em Foucault. Artigos Temáticos. **Trivium: estudos interdisciplinares**, 2013, v.1, n.6, pp. 1-8. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-48912014000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912014000100002)>. Acesso em: 10 de abr. de 2019.

MALUF, W. S. (2009). Sofrimento, “saúde mental” e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias do gênero. In C. S. Tornquist(org.). *Leituras de resistência: corpo, violência e poder*(pp. 145-161). Florianópolis: Ed. Mulheres.

MARQUES, C.; PALOMBINI, A. L.; PASSOS, E.; CAMPOS, R. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. **Mnemosine**. Rio de Janeiro. v.9, p.106 - 126, 2013. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41544>>. Acesso em: 10 de jul. de 2019.

MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L.P.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V.M.R. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **TrabEduc Saúde**, 2011, v.9, n.2 pp. 265-76. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1981-77462011000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462011000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 de jun. de 2019.

PASSOS, E.; CARVALHO, S.V.; MAGGI, P.M. (2012). Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del-Rei, 2012, v.7(2).Disponível em: < [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7\\_n2/Sumario\\_7\(2\).pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Sumario_7(2).pdf)>. Acesso em: 10 de fev.de2019.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROCHA, M.; AGUIAR, F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>>. Acesso em: 22 de jan. de 2019.

RODRIGUES, H. B. C.; SOUZA, V. L. B. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: O. SAIDON & V. R. KAMKHAGI (Orgs.). **Análise institucional no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo. 1987.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In Sawaia, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão – Análise psicossocial e ética da desigualdade social**, (pp. 97-114). Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

SOUZA, A. S. A; SAWAIA, B. B. A. Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). **Psicologia Política**.v.16, n. 37, 2016, p. 305-320.

VASCONCELOS, E.M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência Saúde Coletiva**, 2013, v.18, n. 10, pp. 2825-35. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013001000007&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013001000007&script=sci_abstract&tlng=p) Acesso em: 21 de mar.de2019.

World Health Organization. **WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities**. Geneva: World Health Organization, 2012.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia de atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos em saúde mental. **Saúde Debate**, 2008, v.32, pp.27-37. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>>. Acesso em: 20 de fev.de2019.

ZAMBILLO, M. (2015). Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si. **Dissertação de Mestrado**, UFRGS: Porto Alegre, 2015. Disponível em:<<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/134693/000988457.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 de abr. de 2018

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONCLUSÕES AINDA NÃO ACABADAS!**

Para encerrar este ciclo construído coletivamente, elenco alguns pontos altos e relevantes desse processo de pesquisar COM. Primeiramente, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) foi uma estratégia fundamental para que essas experiências acontecessem

e fossem viabilizadas. Essa nova ética de cuidado surge a partir dos movimentos reformistas, que diante do cenário atual são extremamente necessários serem lembrados e firmados, afinal tais leis e movimentos só foram possíveis graças a união e coletivos de sujeitos interessados na mudança de uma configuração política e social de saúde mais justa, dentro do campo da saúde mental isso reflete na forma como vem se construindo o olhar sobre a loucura.

Nesse sentido, a GAM não oferece somente informações técnicas, mas perguntas amplas e abertas que remetem às experiências e aos significados individuais de usar tal ou qual medicamento, além de outros aspectos considerados importantes para avaliar se o tratamento está sendo adequado (CAMPOS et al., 2014). Na dinâmica das relações de poder exige-se que “o outro seja reconhecido e mantido até o final como um sujeito de ação, e também que se abra, frente à relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (FOUCAULT, 2006). Logo, o guia é uma estratégia para ser praticada de forma coletiva, em grupo, de maneira dialogada e compartilhada, onde há uma pluralidade de posições e escolhas ao tratamento medicamentoso, ao acesso a direitos sociais, bem como a necessidade de compartilhar decisões e responsabilidades entre profissionais e usuários (CAMPOS, et al. 2014).

Consideramos a GAM como uma estratégia no sentido de que esta pode ser pensada como um programa, onde há intenções de se produzir algum conhecimento a ser transmitido para alguém. Ou seja, o guia GAM, estimula as pessoas que fazem uso de medicamentos, buscar, com quem prescreve, o acesso à informação e a ajuda necessária ao ajuste, à redução ou à suspensão dos medicamentos. Assim, como forma de acompanhamento desse processo, inclui-se nessa estratégia do guia, ferramentas de auto-observação e identificação das redes de apoio contribuindo para a (re) apropriação do poder decisório por parte dos usuários de psicofármacos. Assim, ao olhar por este prisma, a estratégia GAM implica em práticas em liberdade, pois, para Foucault, toda relação de poder, envolve estratégias de luta, que se limitam mutuamente (FOUCAULT, 2006).

Inspiramos esses três artigos acima pelo pensamento de Michel Foucault, apostando em alguns de seus operadores conceituais ou vetores de análise como: saber, poder, governo e processos de subjetivação. Para Foucault a noção saber-poder funciona como chave de análise das técnicas, procedimentos e tecnologias de sujeição e dominação que constituem o sujeito, com a ideia de governo entende-se como mecanismo de conduta para os homens, nesse

processo Foucault percebe um deslocamento no exercício do poder como sempre ligado à subjetividade e verdade.

Pelas consequências éticas e políticas do último Foucault<sup>4</sup> que se podem situar as possibilidades de autonomia e liberdade dos indivíduos. As lutas de resistência nas relações de poder estão atreladas ao cuidado de si e visam à defesa da liberdade. As lutas em torno do estatuto do indivíduo afirmam o direito à diferença, a não estar enquadrado na norma ou na maioria. Assim, a GAM é instrumento de resistências às condições de possibilidades históricas da existência da loucura na sociedade, ela reposiciona a figura do usuário frente às relações de saber e poder que margeiam sua anormalidade.

Durante os três artigos tratamos da GAM em suas diferentes esferas com fios que acabam se conectando ao final desse processo de análise e conclusão final. O primeiro artigo intentamos por uma pesquisa documental, analisar os guias impressos do usuário e do moderador, e suas ofertas para produção de autonomia e modos de vida para usuários. Temos que os guias são produções técnicas, que se tornaram aceitáveis para saúde mental. Então há uma busca por orientação médica e fabricação de diagnósticos, logo a lógica de tratamento e prescrição cria programas de conduta e incentivos a segui-los. Os guias incentivam um programa que tem proximidade com modos de vida políticos e autônomos como preconiza a RPB.

Já os dois últimos artigos que seguem mostram os efeitos das relações de poder e saber dos participantes dos grupos GAM. O segundo artigo trata desses efeitos de poder pela experiência de um grupo que utilizou o teatro como ferramenta auxiliar para lidar com sua rede. Atrelados à cidadania, os movimentos reformistas de saúde mental questionam a loucura e a diferença, e acabam por dissolver estereótipos e discriminações, assim, nessa experiência, buscamos a construção de sujeitos com maiores graus de autonomia, visibilidades e participação social.

No terceiro artigo contamos a experiência de mulheres de uma ESF na atenção básica implicadas na GAM e a produção dos efeitos de desinstitucionalização. Pela produção de artesanato construímos um fio condutor de possíveis mudanças naquele território. A GAM como estratégia micropolítica produziu alguns vetores de resistência como a criação de uma

---

<sup>4</sup> Para fins didáticos citamos como último Foucault, o terceiro domínio que corresponde ao estudo da ética, onde Foucault problematiza a subjetividade. No primeiro Foucault temos o domínio da arqueologia e a problematização a formação de conhecimento, já o segundo Foucault tem o domínio da genealogia, problematizando o surgimento de algo, relacionando saber e poder.

identidade ao grupo, que sentiu a necessidade de mudar o nome do grupo e criar uma marca para ele, a participação em feiras de saúde e artesanato, bem como a relação de dependências entre as mulheres e a comunidade que se ampliou pela convivência semanal e aplicação dos princípios de cogestão e autonomia.

Traçamos com esses três materiais de pesquisa novas reflexões acerca da estratégia GAM. Como discutimos em nosso grupo de pesquisa regional da GAM/RS o que deixamos como aprendizados e recomendações: aprendemos a trabalhar com a diferença, sustentar nosso espaço de discussão e muitas vezes desabafo. É difícil demarcar durante esse processo as fronteiras entre o universo acadêmico e não acadêmico, as afetações enquanto pesquisadora mobilizaram novos pensamentos.

A potência do pensamento está em justamente podermos compor as estratégias de enfrentamento de assimetrias na pesquisa, desde o momento em que constituímos algo como problema, a partir da desnaturalização e do estranhamento de determinadas práticas. Para Foucault (2006) o pensamento é a liberdade em relação àquilo que se faz, o movimento pelo qual dele nos separamos, constituímos como objeto e pensamos como problema.

Todo este processo de escrever a dissertação e construir coletivamente todas essas histórias possibilitou ver que a pesquisa com Foucault envolve pensar a partir de uma prática de estranhamento e desconhecimento de si, dos saberes e do mundo, no sentido de ela não buscar o encontro com o conhecimento de sua verdadeira natureza e identidade, mas exatamente seu questionamento.

Sendo assim, não terminamos por aqui, ainda terão outras histórias e afetos a serem contados, das recomendações que os grupos trazem são de que a GAM pode funcionar muito mais do que uma nova abordagem em saúde mental, pode ser uma estratégia de encontro, de interesse, de potências e de revoluções micropolíticas. As duas experiências contadas nesta dissertação partiram dos princípios da GAM: autonomia e cogestão, tais conceitos foram apenas o início da criação de uma rede que se mantém pós-pesquisa. O grupo do CAPS ainda se reuni e articula para o ano de 2020 um novo chamamento de novos participantes e a renovação de moderadoras no grupo, sendo dois usuários, bem como busca convidar novos membros da equipe profissional para compor como apoiadores do grupo, além da construção de um grupo próprio de teatro para trabalhar improvisação e técnicas de atuação. Já o grupo da ESF, continua a produção de seus artesanatos e convidando mais mulheres da comunidade para conhecer o espaço, além de que continua com seu caixa financeiro realizando viagens e

passaios, pretendo no ano de 2020 ampliar a produção e articular uma pequena cooperativa de mulheres.

Portanto, finalizo estas últimas palavras que demarcam o fim deste ciclo, mas não essa luta que segue de defender e respeitar o direito à informação, visibilidades e protagonismo dos usuários (as) de saúde mental. Enquanto pesquisadora encerro esta etapa, mas continuo atuando nesses movimentos em que a GAM opera. Novos fios da rede estão se tecendo e outros ainda estão a se construir, que possamos enquanto psicólogos, pesquisadores e cidadãos buscarmos um conhecimento sempre contextual e marcado por uma produção crítica, ética e politicamente situada.