



Uma experiência alagoana de formação em saúde com a gestão autônoma da medicação

An alagoan experience of health training with autonomous medication management

Una experiencia alagoana de formación en salud con la gestionautonoma de la medicacion

Marília Silveira

Maysa Lanne Vieira Damasceno

Mirella Cordeiro Moreira da Costa

Jorgina Sales Jorge

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil

Resumo

Este artigo trata de uma experiência de pesquisa com a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no nordeste brasileiro, precisamente na cidade de Maceió/Alagoas. Um dos desdobramentos da chegada da GAM neste campo foi a construção de uma disciplina eletiva ofertada aos cursos de graduação em saúde numa universidade pública, sobre a GAM como estratégia formativa e sensibilizadora da rede. Utilizamos os princípios da GAM para dirigir a experiência na sala de aula e nas práticas em dois Centros de Atenção Psicossocial. A partir dessa experiência analisamos os efeitos de utilizar a estratégia GAM como estratégia de formação na universidade e na rede de saúde mental.

Palavras-chave: Gestão Autônoma da Medicação; Formação; Saúde Mental.

Abstract

This article is about a research experience with Autonomous Medication Management (GAM) in northeast Brazil, on the city of Maceió/Alagoas. The consequence of arrival GAM in this field was the construction of a discipline about the GAM as a formative strategy and sensitizing the public health network. We use GAM principles to direct classroom experience offered to ungraduated health courses in a public university with a practice in two Psychosocial Care Centers. From this experience, we analyze the effects of using the GAM strategy as a training strategy in the university also in the mental health network.

Key words: Autonomous Medication Management; Training; Mental Health.

Resumen

Este artículo trata de una experiencia de investigación con la Gestión Autónoma de la Medicación (GAM) al nordeste brasileño, en la ciudad de Maceió / Alagoas. El desarrollo de la GAM en este campo se dio a partir de la construcción de una disciplina sobre la GAM como estrategia formativa y sensibilizadora de la red. Utilizamos los principios de la GAM para dirigir la experiencia en la clase (ofrecidas en cursos de grado en salud en una universidad pública) y en las prácticas hechas en dos Centros de Atención Psicosocial de la ciudad. A partir de esa experiencia, analizamos los efectos de utilizar la estrategia GAM como estrategia de formación en la universidad y en la red de salud mental.

Palabras clave: Gestión Autónoma de la Medicación; Formación; Salud Mental.

Introdução

Este artigo nasceu da experiência de pesquisa intitulada “Tecendo redes com a Gestão Autônoma da Medicação: políticas e práticas de cuidado em Saúde Mental”¹, primeira pesquisa relacionada à Gestão Autônoma da Medicação (Campos, et al., 2012) realizada no estado de Alagoas, por ocasião do estágio pós-doutoral da primeira autora.

A estratégia da Gestão Autônoma da Medicação é um conjunto: uma metodologia e uma ferramenta. A ferramenta consiste em um, um material escrito, encadernado, o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM)² que é composto por seis passos, cada passo apresenta um tema específico que vai desde a apresentação pessoal até informações sobre os medicamentos psiquiátricos mais comumente prescritos em psiquiatria. As questões que compõem

os seis passos são simples, podem até parecer óbvias, mas justificam-se por um certo tipo de cuidado e interesse pela experiência de quem usa o medicamento e recebeu um diagnóstico em saúde mental. O cuidado com a experiência e o interesse por ela não são elementos óbvios no cotidiano dos serviços públicos de atenção em saúde mental. Os passos ajudam na produção da experiência grupal, também orientada pelo segundo elemento da estratégia, a sua metodologia. Há também um “Guia do Moderador”³, guia que orienta e auxilia no manejo do grupo, que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, por usuários e familiares envolvidos nos temas da saúde mental. Consideramos que o processo de participação nos grupos é um processo formativo e esta participação habilita para condução de novos grupos. As pistas encontradas no Guia do Moderador para o manejo não pretendem ser prescrições, mas

sim um conjunto de elementos e relatos de experiências cuja função é auxiliar o coordenador do grupo com suas possíveis questões ao longo do processo. Definimos a GAM como um processo de aprendizagem, de questionamento respeitoso sobre as necessidades e vontades das pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos⁴.

No ano de 2017, como parte das atividades de pós-doutorado da primeira autora propusemos na Universidade Federal de Alagoas - UFAL a primeira experiência brasileira de formação da GAM no âmbito da graduação. Na conexão entre o Instituto de Psicologia e a Escola de Enfermagem oferecemos uma disciplina eletiva sobre a GAM aberta aos cursos de Psicologia, Enfermagem, Farmácia, Medicina e Serviço Social da UFAL, sendo também ofertada como atividade eletiva à residência de Enfermagem em Saúde Mental da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. A disciplina foi ofertada pela Escola de Enfermagem e contou com a colaboração de quatro professoras do núcleo de Saúde Mental da Enfermagem e uma da Psicologia.

O desafio ao iniciar um novo campo de trabalho era apresentar a proposta a uma região que desconhecia a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e

tornar as pessoas sensíveis às temáticas e, principalmente, afirmar nosso particular interesse nas experiências, algo trazido na bagagem dos trabalhos anteriores (Silveira & Moraes, 2018; Silveira, Palombini, & Mores, 2014). Um dos caminhos possíveis (dentre os muitos desencontros ocorridos que não cabem neste artigo) foi fazer uma aposta formativa, a partir de uma disciplina eletiva, ofertada aos cursos da saúde, de modo a colocar em jogo os princípios da GAM e, ao mesmo tempo, como uma estratégia para formar interlocutores(as) interessados(as) na proposta na região. Assim, pudemos partir de uma pergunta que era também uma aposta: quais os efeitos da utilização da GAM como estratégia de formação?

Uma aula para ser afetado(a)

Um campo de pesquisa para produzir efeitos precisa ser cultivado. No caso da GAM, a proposta metodológica da disciplina foi organizada a partir de uma diretriz que tomamos emprestada da antropóloga francesa Jeanne Favret-Saada (2005), a do ser afetado(a). A autora observa que todo trabalho de campo guarda uma dimensão afetiva, singular, no corpo do(a) pesquisador(a), dimensão essa que costumemente nos desvencilhamos, como se a aproximação afetiva tornasse nosso objeto de investigação impuro.

Saada (2005) propõe levar em conta a dimensão do afeto, do quanto o pesquisador, ao se permitir afetar, recoloca suas conexões e sua inserção no campo de pesquisa.

Desse modo, os textos escolhidos para a disciplina (muitos deles narrativas dos processos de pesquisa anteriores da GAM) foram fundamentais para possibilitar o encontro das(os) estudantes com as experiências e facilitar a construção coletiva. Apoiamo-nos também em estratégias e técnicas usadas em sala de aula para mediar o encontro das e dos estudantes com os textos. Para cada aula uma atividade prática foi pensada de modo a disparar a discussão e depois relacioná-la ao texto previsto. Textos lidos em aula, recortados e convites para encenar, técnicas e dispositivos de grupo, músicas, jogos e brincadeiras marcaram cada uma das aulas, com a intenção de que cada conceito apresentado pudesse ser efetivamente experimentado em sala de aula.

Para a discussão sobre a experiência, por exemplo, um convite para encenar um trecho de um texto técnico, “Notas sobre a experiência e o saber de experiência” (Bondía, 2002). Para a discussão de rede, um rolo de barbante para nos conectar e uma pergunta do Guia GAM: “o que eu preciso para viver?”. Para discussão da cogestão, um convite à turma

para decidir junto com as professoras a melhor forma de avaliação, que guardasse a dimensão afetiva e processual da disciplina. Um convite a escrever cartas e contar histórias foi uma das tarefas, depois lidas em aula para partilhar o que vínhamos aprendendo juntas/os, estudantes e professoras.

Buscamos de modo criativo e divertido fomentar um ambiente acolhedor para a emergência das histórias e experiências das/os estudantes, a fim de operar na turma um processo grupal tal qual se espera com um grupo GAM. Fomentamos a presença de diferentes cursos e períodos, além da presença de quatro residentes, já inseridas nos serviços de saúde mental de Maceió, pois apostamos nessa diversidade como possibilitadora de encontros com as diferentes experiências. Pensar a formação a partir da experiência fazemos com base nas heranças da pedagogia libertária de Paulo Freire (1996), mas também no encontro com as experiências da educação popular, que afirmam possibilidades de aprender pela via do afeto e das vivências dos estudantes (Rios, Caputo, 2019 & Vasconcelos, Prado & Cruz, 2017).

A disciplina foi ofertada por dois semestres consecutivos, havendo uma alteração na segunda edição, que contou com seis aulas práticas em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de

Maceió: um CAPS II e o CAPS infantojuvenil. Na primeira edição foram 20 estudantes matriculadas(os), contando com três residentes multiprofissionais, na segunda turma foram 15 estudantes e três profissionais da rede de saúde mental do município. Ambas ofertas contaram com 45 horas/aula. Partilharam a docência da disciplina uma professora da psicologia e três da enfermagem.

A disciplina se organizou a partir da pergunta de uma das professoras da Enfermagem, quando numa reunião falávamos da GAM e das possibilidades de inserção da proposta: “e se a gente fizesse uma disciplina pra estudar e conhecer a GAM?”, assim a pesquisa se articulava com o ensino e futuramente com a extensão (voltaremos a isso nas considerações finais). Propor a disciplina foi o modo que encontramos de partilhar a expertise da GAM na universidade, como uma prévia dessa distribuição posterior para a rede de saúde.

Desse modo construímos a seguinte proposta:

Ementa

Ementa: Estudo da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM como ferramenta para a linha de cuidado em saúde mental. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma proposta de abrir

espaço para falar, nos serviços de saúde, sobre as prescrições que recebemos e o que fazemos com elas. A GAM considera que o sujeito que faz uso do medicamento é um expert, ou seja, um sujeito que conhece sobre si mesmo, acima de tudo, afinal é no corpo dele que os sintomas de uma doença e os efeitos dos medicamentos (e de outras tantas prescrições) aparecem. É ele quem pode nos dizer o que se passa. A GAM é, portanto, um espaço de encontro de pessoas que sabem coisas diferentes. A GAM é um instrumento voltado a pessoas com transtornos mentais graves interessadas em repensar sua relação com a medicação de forma a aumentar seu poder de negociação nas decisões acerca do seu tratamento. É composta de um Guia com seis passos que trabalham a experiência cotidiana de quem usa medicamentos e tem um diagnóstico. Os passos colocam em discussão rede de apoio, cidadania, direitos dos usuários, informações sobre os medicamentos e um último passo que visa retomar o processo e pensar os caminhos a seguir. Junto com o Guia, a GAM opera uma metodologia participativa que considera os usuários parceiros na hora de conduzir o grupo e, por consequência, o próprio tratamento.

Organizamos as aulas em três eixos de aprendizagem, com os seguintes objetivos:

EIXO 1 – Gestão Autônoma da Medicação (GAM) história e conceitos básicos

- (a) Construir a caixa de ferramentas da GAM, a história da estratégia no Canadá e sua chegada e transformação à realidade brasileira.
- (b) discutir os conceitos envolvidos na GAM (autonomia, cogestão, cuidado alinhados às diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica) para sustentar o cuidado em liberdade.

EIXO 2 – Manejo de grupo

- (a) Conhecer e construir os elementos para leitura dos processos grupais,
- (b) Discutir o manejo cogestivo na GAM.
- (c) Escuta e acolhimento da experiência do uso de medicamentos

EIXO 3 – Cidadania e direitos

- (a) Compreender e discutir os direitos das pessoas diagnosticadas no âmbito do cuidado em Saúde Mental e sua inserção na cidade.

Efeitos de afetar e ser afetado

As duas edições da disciplina promoveram convites para a construção

dos conceitos ao longo de um processo de aprendizagem significativa. Ao contrário do que geralmente se oferta na universidade, os conceitos não foram apresentados prontos. Isso porque os consideramos vivos, mutantes e, portanto, passíveis de se modificar nas e pelas práticas (inclusive durante a disciplina). Assim pudemos colher nos escritos das e dos estudantes ao final de cada disciplina os efeitos produzidos na formação delas(es).

Nas avaliações ao longo do período, a turma nos trouxe um feedback positivo, surpreendendo-se com o tipo de discussão proposta e com o movimento e dinâmica das aulas. Todas/os as/os participantes em algum momento dos encontros mostraram-se muito à vontade para falar de si e da sua relação com a formação e a vida. Sentiram-se acolhidos em suas fragilidades e incertezas e isso possibilitou um espaço aberto para a fala e sobretudo para a escuta do outro. Costuramos aqui pequenos trechos desses escritos na tentativa de fazerem-se ouvir as diferentes vozes e visibilizar o chão de experiências que se teceu nesses encontros.

Encontramos um estudante de enfermagem, filho de mãe sertaneja, dessas que cuida da saúde com plantas, xaropes e lambedores, ele nos contou que ao aprender os medicamentos para as dores dela na faculdade, foi logo levar sua

ciência para mãe. Recitou um por um dos medicamentos possíveis, sem errar o nome, orgulhoso de saber decorado. Ela assentiu experimentar os remédios “prescritos” pelo filho douto, mas disse que voltaria aos seus remédios naturais se não funcionasse ou não gostasse dos efeitos. Finda a experiência, três semanas depois, a mãe anunciou que voltaria às suas plantas. Indignado, o filho douto lhe perguntou, “mas por que isso?”. E ela respondeu: “os remédios funcionaram eficazmente por pouco tempo, com as plantas eu sinto menos dor por mais tempo e assim posso fazer melhor as minhas coisas”. Ao ler o texto proposto sobre a experiência e o saber da experiência, o filho revoltou a memória dessa história e conseguiu, então, ler a dimensão da experiência da mãe, que ficara apagada pelo que ele pensava ser apenas a “matutice” dela. A mãe matuta, descobriu ele, utilizava o saber ancestral das suas ervas e fazia ela mesma as próprias experiências. Experimentar, nos disse Jorge Larrosa Bondía (2002) naquele texto, é correr o risco de se transformar no percurso. Nesta cena, em dois tempos, mãe e filho correm o risco de experimentar, se afetar e necessariamente se transformar pelas experiências. O estudante falou também dos encontros com os textos que o deixaram fascinado, ler a experiência de uma pesquisadora cheia de medos e

incertezas, atravessar em direção a outro continente junto com um grupo de usuários de saúde mental para viver um intercâmbio. Era a dissertação-viagem de Marciana Zambillo (2016) que intrigou a turma inteira com suas histórias alucinantes e vertiginosas. Ninguém sai ileso das experiências, mas isso não é necessariamente ruim, tampouco confortável. Há que se encontrar o encanto de deixar-se afetar pelo que se aprende, pelo que se vive.

A cogestão, conceito caro ao campo da saúde coletiva e a GAM, foi vivenciado na aula em textos, mas também na definição das avaliações. Na primeira edição da disciplina, fizemos a proposta da escrita de cartas, que pudessem nos dar notícias dos processos pelos quais as/os estudantes passavam. Diante do inusitado pedido, a turma reivindicou um treino. Assim, na aula seguinte à proposta, ensaiamos cartas (professoras e alunas/os) que foram lidas em voz alta na sala. Esse primeiro exercício possibilitou incorporar a dimensão afetiva na escuta e na escrita. Vale ressaltar que em ambas as edições, tendo sido a disciplina ofertada pela Escola de Enfermagem, atenderam a ela muito mais estudantes desse curso, que dos demais. Para essas estudantes (em sua maioria mulheres) o conceito de cogestão era particularmente emblemático, pois até ali no curso haviam sido insistentemente

atentadas aos protocolos de trabalho da enfermagem, às regras, ao gerenciamento e à hierarquia própria dos modelos modernos de cuidado em saúde. Ler os textos e pensar na inclusão da palavra e do desejo do/a usuário/a no processo de cuidado era literalmente abraçar o caos.

A experiência no CAPS II

Abraçar o caos, é, no entanto, mais ou menos o que fazemos cotidianamente para existir, já que algo sempre escapa (todos os dias, insistentemente) ao nosso controle e às nossas programações. Efeito disso foi, de fato, o que vivemos no primeiro dia de prática na segunda edição da disciplina. Quando chegamos num serviço que não tinha uma sala reservada para o nosso trabalho, enquanto acontecia uma oficina de zumba de um lado e uma ginca com microfone e som alto no pátio do serviço vizinho. Repare que essa nem foi a nossa maior surpresa que ficou mesmo pela chegada dos integrantes do grupo, em processo de desinstitucionalização, ainda muito marcados pelo cotidiano do hospital psiquiátrico. Homens jovens e velhos, que não falavam ou falavam, mas não compreendíamos palavra, que pediam cigarro e um deles que caminhava agachado como uma gárgula pelo serviço. Em cinco minutos de contato todo o nosso

planejamento de sentar em roda e conversar sobre as experiências ruiu. Nós poderíamos ter desistido ali, mas decidimos nos sentar, do jeito que deu, e abraçar o caos. Desmontamos uma por uma das ideias prontas que tínhamos levado para o grupo. Logo a nossa gárgula sorridente nos disse muito precisamente que queria ouvir Adelino Nascimento, quando questionado por um dos estudantes sobre o que gostava de ouvir. A caixinha de *bluetooth* foi nosso intercessor na relação com este usuário e também com os demais. Com ela pudemos conhecer a discografia completa do cantor brega alagoano, e perceber como este usuário, que quando conversávamos não conseguíamos entender palavra, articulava de forma límpida as letras de todas as músicas de Adelino Nascimento. Havíamos aprendido com o filósofo francês Gilles Deleuze (2008) que os nossos intercessores⁵, era preciso fabricá-los. Algo que experimentamos intensamente neste grupo. O chá, o piloto, a cartolina, a parada para hora do lanche, a miçanga com a qual fizemos pulseiras no primeiro dia e que, na semana seguinte, permaneciam nos braços de todos eles, se fizeram atores no processo. O piloto na mão de Davi⁶, um dos usuários, nos permitiu descobrir que ele sabia escrever, algo que nem a equipe que o cuidava no Residencial Terapêutico⁷ sabia. Fez nosso

gárgula lembrar da vida no hospital e querer voltar e nos assustar com o princípio de uma crise no meio do grupo. A conversa sobre as redes e as histórias de cada um foi dos momentos mais tensos, produziu incômodos e cada um respondeu do seu jeito. O R1⁸ se entristeceu com a história de sua solidão e as marcas no corpo da exclusão pelo preconceito. Contou sobre um incidente na escola, quando agrediu um colega e foi expulso da escola, sobre a cicatriz que carregava na testa, de uma cirurgia no cérebro. Davi ficou feliz de escrever. Outros evocaram os nomes de todos os familiares, falaram coisas que seguíamos sem compreender. Pediram café. Balançaram o corpo ritmado pedindo pra voltar para o hospital. Nosso Gárgula recusou todas as nossas ofertas, “não quero desenhar”, “não quero ouvir Adelino”, “quero voltar pra Ulisses⁹”. A frase proferida com firmeza fez tremer todos nós. Trememos as pernas e os olhos das estudantes voltaram-se para a professora: “e agora?”. No entanto, foi uma das estudantes que conseguiu fazer o convite certo para o manejo da crise, ao perguntar se ele queria dar uma volta. Ele disse que sim, engatou o braço no dela e foram caminhar pelo serviço. Fez umas capoeiras no pátio interno, sentou pra conversar com outro grupo, tomou água, pediu comida e pronto, dissipou o nervosismo e a lembrança dura. E nós?

Bem, nós abraçamos o caos. Uma conversa longa no final do grupo com as estudantes e um cansaço, umas de nós fomos para casa, outras para praia e uma fome roendo todo mundo. Oxente! Como cansa!

A experiência no CAPS infantil

A experiência no CAPS infantil (CAPSi) foi também marcada por surpresas, como descobrir que as mães das crianças convidadas a formar o grupo sabiam sobre seus direitos, conheciam os efeitos dos medicamentos usados pelas crianças e precisavam de muita escuta. No primeiro encontro uma das estudantes relatou que o jogo inicial de apresentação proposto ao grupo, de cada sentarem em duplas pra se conhecer e uma apresentar a outra, foi tomado por uma das mães de tal modo que o tempo todo ela falou e nada pode ouvir da sua dupla para lhe apresentar. Dúvidas sobre “quanto tempo meu filho precisa tomar essa medicação?”, “isso pode prejudicar seu desenvolvimento?”, “como saber se o que ele sente é efeito do remédio ou da doença?” aproximaram as mães das questões que qualquer usuário de medicações se coloca, mas acrescenta muitas preocupações em torno dos efeitos de longo prazo, além da dimensão do preconceito vivenciado na escola, especialmente quando a crianças precisa

tomar o medicamento durante a aula. Quando discutiram sobre as medicações as alunas saíram com a sensação de quem tinham sufocado as mãos de tanta informação, então resolveram voltar noutra semana para tentar dissolver o sufoco com outras atividades e escutá-las um pouco mais. Neste serviço a farmacêutica se ofereceu para participar dos encontros e auxiliou na construção de materiais acessíveis sobre as medicações para as mães, que estão até hoje colados na parede do serviço.

Formar, cuidar e produzir sentidos

Essa iniciativa teve por objetivo não propor uma aula na qual se absorveria conhecimento, mas sim produzir efetivamente um convite a uma experiência e, uma vez imersos nessa experiência, as/os estudantes saíssem transformados(as) dela. Consideramos que o coletivo produzido na sala de aula e nos serviços funcionavam como grupos. Para a leitura desses processos grupais, enquanto afirmações de um simulacro (Barros, 2007) social, era necessário perceber as todas as forças comuns nos gestos, nas falas, na interação dos estudantes e usuários e professoras, de modo a acompanhar as forças que faziam movimentar esse plano de subjetivação (Passos & Barros, 2000). Um processo que contemplou o ensino

como produção de subjetividades promovendo deslocamentos nos discursos e práticas de estudantes, residentes e professoras a partir de um significativo e afetivo processo de aprendizagem.

Para uma de nós, das autoras que ainda cursam a graduação, com as disciplinas, com as/os colegas de turma, professoras/os e usuários/as foi a possibilidade de encontro com uma psicologia e uma forma de fazer saúde que, ao mesmo tempo que provoca inquietações, acalma as inseguranças por não corresponder as teorias e protocolos que supõem objetividade, neutralidade ou, em palavras mais francas, distanciamentos. “Produzir saúde é produzir vida” disse alguma das professoras no final do primeiro encontro no CAPS II e experimentar o grupo foi um tomar-se conta que o vínculo construído serve a todos/as nós. A qualidade do encontro com o outro é importante não só para o usuário, para que consigamos conquistá-lo, mas também para quem é estudante ou profissional. É preciso que nós estejamos, primeiro, disponíveis para esse encontro com o outro, e então, que sejamos também “fisgadas/os” pelo vínculo para que voltemos nas próximas vezes mais disponíveis ainda para os acontecimentos, porque voltaremos sempre de uma forma ou de outra obrigadas/os por vínculo de estudo, de estágio ou de emprego, mas a

diferença vai ocorrer mesmo quando essa volta for com vontade e disponibilidade para se afetar. Como afetar-se nem sempre é fácil, a dimensão do autocuidado e cuidado com as/os colegas que dividiam a experiência também marcou fortemente nossos encontros.

Os medos, os riscos e os efeitos na rede

O contexto da Saúde Mental em Maceió, como costuma ser em qualquer capital, é bastante fragmentado. Entretanto, o maior peso analisador da cidade são os quatro hospitais psiquiátricos em funcionamento, que travam uma disputa quase impossível de modelo na rede. Por onde quer que andemos ouvimos a referência ao manicômio como único ou principal espaço de cuidado na crise, inclusive pela voz do usuário em processo de desinstitucionalização. Essa lógica manicomial se estende pela rede, nos discursos de impossibilidade de cuidar e manejar crises em liberdade e no território. A relação entre trabalhadores e gestores é tensa e igualmente fragmentada de modo que a saída que nos pareceu possível era atuar nas frestas. Uma destas frestas, nesse contexto, gerada na universidade e na relação universidade e serviço. O fato das práticas terem sido realizadas com professoras e alunas permitiu alguns deslocamentos, especialmente no CAPS II,

em que o grupo previsto para participar era o grupo que estava há poucos meses morando no Residencial Terapêutico, e era ainda uma incógnita, para a maior parte dos trabalhadores, como seria possível acolhe-los no CAPS¹⁰. Em alguns dos encontros exercitamos uma parceria com as trabalhadoras e terminamos o grupo caminhando com os usuários na rua até a sua residência. O pequeno percurso de três quadras e meia permitiu outros avanços na escuta das trabalhadoras, dos medos, dos não saberes, mas também de nos verem trabalhando com eles, criando formas de fazer laço, partilhando dificuldades e possibilidades. Mesmo diante das resistências iniciais, a equipe já conseguia avaliar diferenças na participação e integração desses usuários ao serviço, desmistificando a ideia do isolamento social como única alternativa de “cuidado”. Estar junto, caminhar, escutar, foi nesse trajeto que encontramos elementos tanto para estabelecer relações com o grupo de usuários, quanto com algumas trabalhadoras do CAPS, bem como sentir na pele estar na rua com um usuário caminhando agachado, parando o trânsito a cada esquina, mas também rindo, fazendo piada, se recusando a caminhar, mandando chamar o carro e, ao mesmo tempo, sabendo o endereço de sua casa, que a equipe e nós desconhecíamos.

Enquanto organizávamos as possibilidades de serviços como cenários das práticas da GAM, uma trabalhadora da Gerência de Saúde Mental do município fez a pergunta que era (para nós que construímos a GAM) a mais temida: “mas vem cá, pra fazer a GAM tem que cursar a disciplina na universidade?”. Mal tínhamos começado o planejamento e já vinham as primeiras preocupações. Embora o processo de disseminação da GAM tenha sido desde o seu princípio levado a cabo por diferentes universidades, a partir da ferramenta pronta e disponível tínhamos interesse que ela passasse a compor as práticas dos serviços, não necessariamente a partir de chancela da universidade. Desde a experiência de disseminação da estratégia GAM na política pública no sul do país em 2013 (Silveira & Moraes, 2018, Silveira & Cabral, *no prelo*), nossa preocupação girava em torno de como distribuir a expertise da GAM para a rede. A GAM é uma proposta e um dispositivo da saúde coletiva, se há um lugar onde ela deve estar é na rede. Entretanto, fizemos operar uma outra força, a de “institucionalizar” a GAM como disciplina para desinstitucionalizar as práticas na universidade e nos serviços. As cartas das e dos estudantes apontaram para esses efeitos: outros modos de pensar rede, partilhar com os usuários o plano de tratamento, estar junto, ser afetado. No

campo com as equipes pudemos estar mais perto, também encontrar os desafios desse trabalho, ao mesmo tempo ver as potências do serviço (uma aula de zumba que reúne auxiliares, técnicos e usuários, atividades de fotografia e outras disputadíssimas pelas(os) usuárias(os)).

Transformar a GAM numa disciplina eletiva era sim um tiro no escuro. Zero garantias. Correremos o risco. Estamos com receio de repetir. Entretanto, além dos efeitos já citados, meses depois da prática nos CAPS, quando a rede de Saúde Mental passou a ter também uma supervisora externa, outros convites para falar da GAM surgiram e a Gerência de Saúde Mental formalizou uma solicitação de Educação Permanente da GAM na rede. Se há alguma aposta ela reside aí, no movimento que se pode alcançar com as ousadias. Sempre sem garantia, sempre correndo risco. O pedido da Gerência de Saúde Mental é a nossa possibilidade de criar um projeto de extensão que sustente um processo de educação permanente na rede, conectando pesquisa, ensino e extensão.

Durante a conferência municipal de saúde em 2019 também recebemos a notícia de que num dos grupos de trabalho havia aparecido a proposta de tornar a GAM política pública no município, proposta que aparece num GT no qual nenhuma das pessoas que fez a GAM

(professoras, estudantes, trabalhadores(a), residentes, usuários...) estava indicando que, de alguma forma, nosso trabalho teve efeitos na rede.

Quando iniciamos a adaptação da GAM no Brasil em 2009 tínhamos um grande desejo de expandir, mas não tínhamos remota dimensão de como seria essa expansão. Nos parece, entretanto, que algo permanece diante de tantas possíveis institucionalizações (como política pública, como disciplina e como ferramenta para adesão ao tratamento¹¹). Mesmo nas condições mais adversas, a GAM tem, nela mesma, uma força. Uma força que pode ser revolucionária, se tomarmos os mal-entendidos produzidos nos encontros com a estratégia GAM como promissores (Despret, 1999), como possibilidades de levar adiante outras versões sobre como cuidar, e, aqui, especialmente, sobre como ensinar e distribuir a expertise da GAM. A despeito de que seja institucionalizada em qualquer dessas dimensões, a GAM produz deslocamentos importantes nas relações, seja na relação das(os) usuários(as) com sua história e seu tratamento, na relação dos(as) trabalhadores(as) com suas práticas de cuidado, na relação das(os) estudantes com sua formação, das famílias com seus (suas) usuários (as), na relação das(dos) professoras(es) com suas práticas de ensino, de algum modo somos todas(os) afetadas(os) pela experiência, saímos

transformadas(os) dela. A força revolucionária consiste na leitura e na partilha desses processos, na produção de torções a partir dos mal-entendidos. Nas brechas que esses movimentos nos abrem para entrar na rede, entrar nos serviços, nas salas de aula de nossas universidades para afetar e movimentar as práticas de cuidado e de ensino.

Notas

¹ Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL, sob parecer número: 3.317.546, com financiamento de bolsa nos editais PIBIC-2017-2018 e 2018-2019 na Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

² Acesso disponível no link https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf

³ Embora este seja o nome escrito na capa deste Guia, não há consenso em torno do termo que define aquele(a) que coordena um grupo GAM, podendo ser chamado de gerenciador, mediador, monitor... cada grupo utiliza a nomenclatura que lhe faça mais sentido. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf

⁴ Muitas experiências têm sido desenvolvidas no Brasil em torno do Guia GAM e sua metodologia, desde a pesquisa inicial, que de 2009 a 2011 traduziu e adaptou o material canadense para a realidade brasileira. Os desdobramentos dessas experiências, incluída a de que trata o presente trabalho, formam parte desde 2017 do Observatório Internacional das Práticas de Gestão Autônoma de Medicação, que reúne por convênio de cooperação técnica mais de 20 universidades brasileiras e duas estrangeiras

em diferentes projetos em torno das práticas com a GAM. Recuperado de <https://observatoriogam.org>.

⁵ Os intercessores, para Deleuze (1992), podem ser pessoas de fora do campo que trabalhamos, como artistas ou filósofos e suas ideias, mas podem também ser coisas, objetos como foi a caixinha de som nesta cena. No caso de Deleuze o encontro dos intercessores serve para invenção dos conceitos, para nós na saúde, os intercessores, humanos e não humanos nos permitem inventar diferentes dispositivos de cuidado e de relação com os usuários de saúde mental.

⁶ Nome fictício.

⁷ Os Residenciais Terapêuticos são serviços estratégicos para a organização do processo de desinstitucionalização. São casas alugadas pelo poder público municipal e gerenciadas para o acolhimento de pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos, de modo a serem re-inseridas socialmente.

⁸ R1 era um dos usuários do CAPS, a inicial marcava a diferença de outro usuário com o mesmo nome, mas este dizia ter chegado primeiro, então se autodenominava com a primeira letra do nome e o número 1.

⁹ Clínica de Repouso Ulisses Pernambucano é dos quatro hospícios em funcionamento na cidade de Maceió.

¹⁰ Fizemos uma pactuação para a realização do grupo primeiro com o Residencial Terapêutico e depois com o CAPS que acolhia aqueles usuários. De início foi comum a queixa sobre a dificuldade de acolher aqueles usuários no CAPS, em grupo, ouvimos que eles bagunçavam a organização do serviço. Como vimos, de fato, eles demandavam a invenção de práticas para trabalhar juntos, práticas que nós também não tínhamos prontas, mas fomos construindo nos encontros.

¹¹ Essa é uma questão que surgiu no processo de disseminação da GAM no estado do RS (Silveira & Moraes, 2018; Silveira & Cabral, 2019) quando a apresentação da estratégia GAM era entendida por muitos profissionais como “um modo de fazer os usuários tomarem o remédio direitinho”. Questão que apareceu

também na disseminação em outros estados, como no Rio de Janeiro (Guerini, 2015) e tem se apresentado nas interlocuções com o grupo do Rio Grandedo Norte, aqui no nordeste.

Referências

Barros, R. B. (2007). *Grupo: afirmação de um Simulacro*. Porto Alegre: Sulina.

Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20 - 28. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>

Campos, R., Palombini, A., Silva, A., Passos, E., Leal, E., Serpa Júnior, O., & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, volume 16 (43), 967 - 980. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Deleuze, G. (2008). *Conversações*. São Paulo: Editora 34.

Despret, V. (1999). *Ces émotions que nous fabriquent*. Paris: Lês empecheurs de penser en rond.

Favret-Saada, J. (2005). “Ser afetado”. *Cadernos de Campo*, 13, 155 - 161. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263/54376>

Freire P. (1996). *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra.

Freire P. (2014). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.

Passos, E. & Barros, R. B. (2000). A Construção do Plano da Clínica e o

- Conceito de Transdisciplinaridade *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 071 - 079. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Rios, D. R. da Silva, & Caputo, M. C. (2019). Para Além da Formação Tradicional em Saúde: Experiência de Educação Popular em Saúde na Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(3), 184 - 195. Epub. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022019000300184&script=sci_arttext
- Silveira, M. & Cabral, K. V. (2019). A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) na política de saúde mental: um relato da experiência no Rio Grande do Sul In M. M. Belloc, Cabral, K. V., Somoni, A. C. R., P. E. Adamy & S. A. Almeida. *Saúde mental em campo: da Lei da reforma psiquiátrica ao cotidiano do cuidado* (pp. 85 – 108). Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Silveira, M. & Moraes, M. (2018). Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em Saúde Mental. *ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, volume 8(1), 138 - 152. Recuperado de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078>
- Silveira, M., Palombini, A., & Mores, M. (2014). EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa. *Mnemosine*, 10 (1), 2 - 22. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41638>
- Vasconcelos, E. M., Prado E.V. & Cruz P.J.C. (2017). Primeiros delineamentos de uma pedagogia popular para a formação profissional em saúde. In Prado EV, Vasconcelos EM, Tófoli AMMA, Carneiro DGB, Cruz PJSC, Sarmiento DS, Costa LJA, Botelho BO, Alencar YC, Sousa LMP. *Caderno de extensão popular : textos de referência para a extensão universitária*. Projeto de pesquisa e extensão VEPOP-SUS Vivências de extensão em Educação Popular e saúde no SUS (pp. 275 – 331). João Pessoa: Editora do CCTA.
- Zambillo, M. & Palombini, A. (2017). Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 78 - 88. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100009
-

Marília Silveira é doutora em Psicologia, Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFAL, em estágio pós-doutoral na UFAL, bolsista PNPd.

E-mail: mariliasilveira.rs@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6420-6310>

Maysa Lanne Vieira Damasceno é acadêmica do 10º período do Curso de Psicologia da UFAL, foi bolsista PIBIC na pesquisa da qual se origina este artigo.

E-mail: maysa_lanne@hotmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3453-947X>

Mirella Cordeiro Moreira da Costa é psicóloga pela UFAL, foi colaboradora PIBIC na pesquisa da qual se origina este artigo.

E-mail: mirella.cmcosta@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5976-9496>

Jorgina Sales Jorgeé mestre em Enfermagem, professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFAL, enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL.

E-mail: jorgina.jorge@esenfar.ufal.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5887-4446>

Enviado em: 16/06/19 – **Aceito em:** 19/10/20
