



Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado

The autonomous management of medication: territorial strategy of co-management in the care

La Gestión Autónoma de la Medicación: estrategia territorial de cogestión en el cuidado

Elisa Zaneratto Rosa

Maria Cristina Gonçalves Vicentin

Camila Aleixo de Campos Avarca

Deborah Sereno

Pontifícia Universidade Católica - SP (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

A estratégia Gestão Autônoma da Medicação -Brasil tem experimentado diferentes modos de ampliação, tanto em relação aos contextos regionais quanto às modalidades de serviços (como Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas). Neste texto apresentaremos a experiência de uma equipe que articula pesquisa, ensino e extensão num território sanitário do município de São Paulo, tendo como eixo de intervenção o cuidado em saúde mental e a GAM como estratégia. O Coletivo GAM, que reúne todas as equipes do território, tem evidenciado os principais efeitos da estratégia em sua força alterativa e formativa: sua dimensão crítica à medicalização; sua inclinação radical à Reforma em Saúde Mental e sua força política em relação às grupalidades e aos coletivos que aciona. Neste percurso, afirma-se como estratégia territorial e cogestionária de formação e cuidado em saúde mental, que põe no centro de sua experiência a participação do usuário.

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

Abstract

The strategy Autonomous Management of Medication has experienced different means of expansion, whether in relation to its regional contexts or modes of services (such as the Basic Health Units and Centers of Psychosocial Care - Alcohol and other drugs). In this text we introduce the experience of a team that articulates research, education and extension in a sanitary territory in the city of São Paulo, having as an intervention axis the mental health care and AMM as a strategy. The Collective AMM, which groups together all the AMM teams in the territory, has evidenced the key effects of the strategy in its modifying and formative strength: its critical dimension related to medicalization; its radical inclination related to the Mental Health Reform and its political strength related to the groupings and

collectives activated. In this venture, it is affirmed a territorial strategy co-managed in the development and care of mental health, which places in the core of its experience the participation of the user.

Keywords: Autonomous Management of Medication; Mental Health; Co-management; Grouping.

Resumen

La estrategia Gestión Autónoma de la Medicación (GAM) viene experimentando diferentes modos de ampliación, tanto en relación a los contextos regionales como en las diferentes modalidades de servicios (como Unidades Básicas de Salud y Centros de Atención Psicosocial Alcohol y otras drogas). En este texto presentaremos la experiencia de un equipo que articula investigación, enseñanza y extensión en un territorio sanitario del municipio de São Paulo, teniendo como eje de intervención el cuidado en salud mental y la GAM como estrategia. El Colectivo GAM, que reúne a todos los equipos del territorio, evidenció los principales efectos de la estrategia en su fuerza alterativa y formativa: su dimensión crítica a la medicalización; su inclinación radical a la Reforma en Salud Mental y su fuerza política en las grupalidades y los colectivos que acciona. En este recorrido, se afirma como estrategia territorial y co-gestionaria de formación y cuidado en salud mental, que pone en el centro de su experiencia la participación del usuario.

Palabras-clave: Gestión Autónoma de la Medicación; Salud Mental; Cogestión; Grupalidad

Introdução

A experiência GAM-Brasil (Onocko-Campos, Palombini, Silva, Passos, Leal, Serpa Júnior, Marques, Gonçalves, Santos, Surjurs, Arantes, Otanari & Stefanello, 2012, Onocko-Campos, Passos, Palombini, Santos, Stefanello, Andrade & Borges, 2013, Passos, Onocko-Campos, Rodrigues, Melo, Maggi, Marques, Zanchet, Cervo & Emerich, 2013) tem protagonizado diferentes modos de ampliação, seja em direção aos novos contextos regionais e à articulação internacional provocada pelo Observatório Internacional de práticas da Gestão Autônoma da Medicação (Surjus,

2017), seja em direção a outras modalidades de serviços de saúde, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS-AD), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ensaiando, inclusive, sua abertura a outros contextos na interface com a saúde (como os serviços da assistência).

Referimo-nos, aqui, ao duplo sentido da noção de experiência, tal como indicado por Michel Foucault (2010). Sob essa perspectiva, o primeiro sentido refere-se às condições históricas das experiências pessoais ou coletivas em uma conjuntura dada – no caso, as trajetórias de 10 anos da GAM no Brasil; por sua vez, o

segundo, concerne à experiência por meio da qual se permite “fugir das condições de possibilidade de uma época”, o que traz a “virtualidade de um deslocamento”, de uma “transformação de si” (Laval, 2018, p. 109) – neste caso, a GAM pode ser tomada como experiência de transposição de um limite, como experiência-movimento que confronta certas normatividades, uma “experiência de liberdade dentro da ordem existente” (Laval, 2018, p. 103), uma experiência “da qual saímos transformados” (Foucault, 2010, p. 289).

É na esteira deste duplo sentido da experiência que, neste texto, apresentaremos a trajetória da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a qual articula atividades de pesquisa, ensino e extensão num território sanitário do município de São Paulo tendo, como um dos seus eixos de intervenção, o cuidado em saúde mental e a GAM como uma estratégia de trabalho. Neste contexto, a estratégia GAM tem se mostrado a um só tempo um dispositivo de radicalização da Reforma em Saúde Mental, apontando a possibilidade de transposição de seus limites e também uma estratégia cogestionária de formação e cuidado em saúde mental num território, resultado de um conjunto de condições históricas, que circunscrevem certas modulações singulares.

As informações disponibilizadas pela Prefeitura de São Paulo (2010), com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicam que o território da Freguesia do Ó/Brasilândia, situado na Zona Norte do município de São Paulo, o qual é composto por dois distritos (Freguesia do Ó e Brasilândia) concentra uma população de 407.245 habitantes dos quais a Brasilândia engloba aproximadamente 264.918 habitantes. Também conhecida como *Brasa*, é neste distrito que a maior parte das experiências GAM tem lugar.

Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), elaborado pelo Instituto Sou da Paz em parceria com a Prefeitura de São Paulo, em 2006;- no qual se considera os aspectos associados à privação de renda, como composição familiar, condições de saúde e acesso a cuidados, qualidade e acesso ao sistema educacional, possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequadas, existência de garantias legais em geral, dentre outros -, mais de 65% da população da Brasilândia encontra-se em situação vulnerável. Em relação aos índices de renda na região, mais de 40% dos domicílios possuem renda de até dois salários mínimos (Instituto Sou da Paz, 2006). Ainda de acordo com os dados censitários, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, divulgados pela

Prefeitura de São Paulo (2010) esse distrito concentra o maior número (51%) absoluto de pessoas autodeclaradas pretas ou pardas da cidade de São Paulo. Outro dado que merece nossa atenção concerne ao índice de homicídio juvenil na Brasilândia. O número de mortes por homicídio na faixa etária dos 15 a 29 anos foi de 7,77 por 10 mil habitantes, em 2014, o que situa entre os mais altos na cidade de São Paulo (Rosa, 2016). Assim como, o Índice de Necessidades em Saúde (INS), publicado pela Prefeitura de São Paulo em 2010, vigora entre o mais alto, ocupando o sexto lugar dentre os distritos do município (Silva, 2015a).

Este território, marcado pelos efeitos das desigualdades que estruturam a sociedade brasileira, protagoniza, ao mesmo tempo, uma história de lutas sociais, dentre elas o direito à saúde. A rede de saúde está atravessada, em sua história e em seu fazer cotidiano, por espaços e formas coletivas de organização, participação e resistência. (Haberland, Pavan, Joia, Oliveira, Rocha & Trenche, 2017)

São muitos os esforços e as estratégias para a articulação dessa rede e, ainda, para o avanço na direção de diálogos intersetoriais. Desde 2001, o território constituiu o Fórum de Saúde Mental, como uma estratégia para garantir o cuidado longitudinal das pessoas em

sofrimento mental. Esse dispositivo transformou-se no Fórum de Redes e atualmente se organiza no espaço das microrredes, cuja ação agregadora dos serviços visa a sustentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir dos microterritórios pelos quais se organizam a estratégia do apoio matricial, o cuidado em rede e as ações em cogestão, que é parte da cultura desse território.

A PUC-SP tem uma longa história de articulação de diferentes cursos (Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social e, mais recentemente, Fisioterapia) com a rede pública de saúde deste território, iniciada na década de 1980. Desde 2008, esta parceria se potencializou por meio dos convênios com Ministério da Saúde para o desenvolvimento do *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (Pró-Saúde), e depois, em 2012, com o *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde* (Pró-PET-Saúde), que teve como eixo norteador o cuidado em saúde mental e a relação com a Atenção Básica, mais especificamente a intervenção nos processos de medicalização/desmedicalização, na qual se situa a implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

A experiência GAM na *Brasa*, iniciada em 2016, vem sendo acompanhada por três estratégias distintas:

a de ensino (na forma de estágios de núcleos de formação do curso de Psicologia), de pesquisa (na forma de pesquisas de Iniciação Científica e de Doutorado) e de extensão (na forma do apoio de docentes e dos processos de educação permanente no SUS). Desde março de 2019, o novo PET-Saúde/Interprofissionalidade, que envolve professoras e estudantes dos cursos de Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviço Social, além de preceptores profissionais dos serviços de saúde, vem compondo também a experiência GAM, por meio da participação constante nos grupos e nos encontros formativos, com vistas à sua ampliação. O processamento da experiência se dá em diferentes contextos - reuniões dos estudantes, docentes, preceptores e pesquisadores na PUC-SP; reuniões do coletivo gestor das experiências GAM no território; encontros dos grupos GAM nos serviços - e seu registro se faz na forma diarística (Lourau, 1993).

Neste texto nos valem de fragmentos de conversas registradas nos diários, com vistas a: apresentaras condições de emergência da experiência GAM e alguns efeitos analisadores (Lourau, 1993) da estratégia GAM no território em sua força alterativa e formativa: a) a crítica à medicalização e, mais especialmente, ao deslocamento

concernente à separação entre drogas lícitas e ilícitas; b) sua inclinação radical à Reforma em Saúde Mental e c) sua força política relativa às grupalidades e aos coletivos que aciona.

As Trajetórias de constituição dos grupos e do Coletivo de Gestão Autônoma da Medicação no território da Freguesia do Ó/Brasilândia

No âmbito da experiência de integração entre o ensino-serviço da PUC-SP e o território da Freguesia do Ó/Brasilândia desenvolvemos, entre 2012 e 2014, pelo Pró-PET-Saúde, uma pesquisa-intervenção que implicou diretamente os serviços da Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossocial na análise de mapas de itinerários de cuidado de usuários de saúde mental. O projeto teve como disparador o reconhecimento, por parte de gestores e trabalhadores do território, de persistentes demandas de atenção em saúde mental, com necessidades de ampliação e complexificação das respostas ofertadas. Tal necessidade derivava de um diagnóstico geral que apontava para um crescente processo de medicalização dos usuários, requerendo a produção de novas práticas, com ênfase no papel da Atenção Básica. Isso exigia a intensificação de estratégias de matriciamento e articulação

de rede, capazes de qualificar o cuidado em saúde mental na perspectiva da clínica ampliada (Kahhale, Greco, Ribeiro, Leal & Linares, 2016).

Diante dos desafios e dos acúmulos configurados nesse cenário, a estratégia utilizada pelo PET-Saúde na pesquisa-intervenção consistiu no acompanhamento processual de 12 casos de saúde mental por um ano, na forma de caso-traçador, com vistas à apreensão e ampliação dos seus itinerários de cuidado em saúde mental no território. A pesquisa permitiu colocar o usuário no centro do cuidado e suscitou a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) mais articulados entre UBS e outros serviços de saúde/saúde mental, reaquecendo o território para outros saltos em relação ao cuidado em saúde mental (Conceição, Vicentin, Leal, Amaral, Fischer, Kahhale, Rosa, Spolaor & Saes, 2015, Vicentin, Almeida & Saes 2016).

Um campo importante de problematizações emergiu deste tempo dedicado à análise das trajetórias dos casos: a escassa oferta de cuidados em saúde mental na Atenção Básica, muitas vezes reduzida à troca de receitas; as queixas dos usuários quanto aos efeitos adversos e incômodos dos remédios psiquiátricos; o consumo exagerado e continuado de drogas prescritas; a pouca visibilidade e oferta de cuidado na Atenção

Básica quanto às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e; a demanda de usuários de saúde mental por espaços de expressão, escuta, reconhecimento e troca. Foi durante a pesquisa que utilizamos, pela primeira vez, o Guia GAM¹ (ainda que fora do seu contexto grupal), como uma estratégia para que um usuário participante pudesse falar sobre os efeitos adversos dos remédios que tomava com o seu médico e expressar suas necessidades em saúde mental, denunciando o papel contraditório cumprido pelas prescrições medicamentosas em seu processo de cuidado e reivindicando sua autonomia como condição para saúde mental (Chasles & Amaral, 2016).

Como desdobramento deste primeiro objetivo, e enquanto estratégia de formação permanente das equipes de saúde, em 2016, oferecemos sete oficinas sobre a metodologia da *Gestão Autônoma da Medicação*, convidando os serviços a iniciarem as experiências. Posteriormente, a partir de maio de 2017, iniciamos um segundo momento do processo formativo, entendendo ser importante o apoio sistemático de professores e pesquisadores da PUC-SP às equipes dos serviços interessados em experimentar a GAM ou que já estavam experimentando, de forma a adensar as experiências. Esta etapa foi desenvolvida na forma de um mini-curso

(três oficinas) para gestores, profissionais, estudantes e professores pesquisadores, seguidas pelo apoio sistemático às equipes GAM por serviço, por dois anos, realizado por docentes e/ou pesquisadores nos encontros de equipe (pré-GAM) e nos grupos GAM.

Atualmente, as experiências acontecem em quatro UBS, no CAPS Álcool e Drogas e no CAPS Adulto². Em 2016, houve uma experiência com tempo delimitado, direcionada às crianças, adolescentes e seus familiares, no CAPS Infantojuvenil. A experiência tomou como foco o uso de Ritalina e adaptou os passos previstos pelo Guia GAM à linguagem desse público-alvo, apostando na formulação de jogos e brincadeiras. Desde março de 2019, novas experiências estão em planejamento, apontando-se para a possibilidade de constituição de um grupo GAM em mais uma UBS do território, para a formulação de uma experiência GAM envolvendo crianças e famílias, tendo em vista a interface das questões entre saúde mental e reabilitação (envolvendo o CAPS Infantojuvenil e o Centro Especializado em Reabilitação) e para a constituição de um grupo GAM com Adolescentes e Jovens, que tenha como foco a relação também com a substância psicoativa (Vicentin, 2019). Estas experiências emergentes respondem ao projeto de ampliação da GAM no

território que orientou a proposição do PET-Saúde/Interprofissionalidade e trouxe novos professores e estudantes que iniciam sua experiência compondo aquelas em andamento para em seguida apoiarem a ampliação.

Temos mantido desde o início da experiência processos permanentes de formação que se realizam, principalmente, na/pela ação, bem como na forma de uma ação refletida, pré e pós-grupo GAM e com todos os grupos GAM, este “grupo de grupos”³.

No primeiro semestre de 2017, na finalização do segundo ciclo formativo GAM, deliberamos pela importância da manutenção dos encontros gerais dos participantes, o que naquele momento foi nomeado como “grupo gestor da GAM no território”, reunindo mensalmente as equipes envolvidas nas experiências GAM: gestores e equipes dos serviços, gestores do território sanitário, estudantes e professores que participavam dos grupos GAM nos serviços, para pensar e planejar o conjunto das experiências, estudar e debater temas relativos à saúde mental, medicalização e GAM, acolher outros atores do território interessados.

Podemos dizer que passamos do “grupo de formação ampliado” ao “grupo gestor da GAM” e, depois, ao “coletivo GAM”. A passagem do grupo de formação à conformação de um comitê gestor foi o

momento no qual as experiências GAM deixaram de estar mais referidas a cada “serviço” e começaram a se referenciar uma a outra em suas ressonâncias e diferenças, afirmando e legitimando, no espaço coletivo, uma ação de pactuação coletiva dos modos de fazer GAM neste território, cogestão da GAM. Nesta etapa ainda, novos interessados, sejam do território ou mesmo de outros pontos da cidade, passaram a frequentar o grupo, de forma permanente ou pontual. Esta função de acolhida e de formação de outros membros pode ser tomada como indicativo de uma conformação que nomeamos de Coletivo e que se intensificou a partir do segundo semestre de 2018, quando os usuários dos grupos GAM iniciaram sua participação sistemática na reunião geral, marcando uma mutação substantiva do seu funcionamento.

A participação dos usuários no Comitê Gestor da GAM se deu por ocasião da participação de um usuário de Campinas, moderador do GAM, em uma atividade formativa, na qual os usuários dos serviços do território também foram convidados.

Cabe destacarmos aqui a força indutora que teve esta atividade testemunhal realizada pelo usuário convidado quanto à sua experiência de vida e ao que o GAM lhe propiciou. A atividade trouxe a experiência do usuário

para o centro da conversa, não apenas a do usuário que conduzia a atividade, mas dos usuários desse território, que numa relação radicalmente horizontal, passaram a compor com trabalhadores, gestores, professores e estudantes esse espaço de formação, processamento, gestão coletiva e investigação em torno das experiências GAM. Desde então, a presença dos usuários nas reuniões mensais passou a ser uma constante, ainda que também sempre problematizada por eles, que marcavam a diferença relativa à participação em termos numéricos: “mas não deveria ter mais usuários aqui? ”.

O Coletivo GAM é o espaço onde usuários, trabalhadores, gestores, docentes e pesquisadores partilham a análise dos processos de trabalho, os desafios da experiência, suas dificuldades, êxitos, perspectivas futuras. Legitimação da condição de sujeitos daqueles outrora reduzidos a objetos do saber técnico-científico; deslocamento da condição de profissionais outrora imbuídos do saber e do poder sobre o outro. No Coletivo GAM, exercita-se uma aposta na *multirreferencialidade* (Oury, 2009) e no exercício de fala-franca (Foucault, 2010).

De fato, o *Coletivo* (Oury, 2009) não equivale ao grupo, ou ainda a um lugar ou mesmo a um serviço, mas “se orienta de tal modo que seja possível absorver a coexistência em seu seio de uma variedade

imensa de fatores, elementos e referenciais os mais díspares” (Moura, 2003, p. 71), sendo importante que ele possa: a) hospedar e garantir a heterogeneidade dos que dele participam; b) sustentar o livre dizer e a liberdade de iniciativas e de contatos; c) sustentar condições mínimas e suportes concretos para que estes contatos possam acontecer (reuniões, rodas, tarefas, combinados etc.); d) exercitar uma função diacrítica, isto é, de diferenciação fina, de discernimento, que é uma função de singularização (Moura, 2003).

Destacamos, da breve apresentação dessa trajetória, a importância da *Função Apoio* (Figueiredo & Campos, 2014) como dispositivo de fortalecimento dessas estratégias, que vem se configurando como formação permanente por diferentes e simultâneos desenhos: a presença de professores, pesquisadores e apoiadores nos grupos, os espaços de diálogo entre os profissionais em torno da experiência de cada grupo, os encontros do Coletivo GAM. O apoio estabelece uma “dinâmica criativa circular e multiplicadora” (Caron, 2019, p. 121): os trabalhadores que participam do apoio são apoiados e se tornam apoiadores. Tal direção alterativa já havia sido sinalizada por Passos e colaboradores (2013a, 2013b) a própria experiência com a GAM cria condições para a autonomização e protagonização de todos os participantes. Trata-se de um

aprendizado ativo, de um *aprender-fazendo* que incrementa uma disposição transversal e uma criatividade operativa no processo de trabalho (Conceição et al., 2015).

Três efeitos da experiência intensiva da Gestão Autônoma da Medicação

A) A estratégia GAM instala uma experiênciacrítica à medicalização, visível na produção de uma relação conflitiva com o ato de prescrição e dá lugar a uma inseparabilidade na experiência de muitos usuários entre uso de drogas prescritas, proscritas e lícitas.

Os profissionais de saúde, ao pretenderem um saber totalizante e hegemônico sobre os indivíduos, aos moldes do que Foucault (1998) problematizou em seus estudos sobre o nascimento da chamada medicina científica clássica no século XIX, consideram o ato de prescrever como aspecto central do cuidado. Trata-se de uma lógica ainda presente nas condutas médicas em que se faz necessária a abstração do sujeito na construção nosológica de sua própria doença de modo a produzir “a verdade” classificatória sobre as causas do adoecimento, ou seja: quanto mais os modos de vida aparecem na

relação entre usuário e profissional médico, menos precisão tem o diagnóstico (Brant & Minayo-Gomes, 2004), de modo que o inverso também se confirma nessa perspectiva. Quanto mais passiva e neutra for a relação do usuário (que nessa relação, torna-se paciente) com o profissional melhor se produz um diagnóstico, direcionando o olhar clínico para o corpo e seus sintomas, representado como lugar da doença (Brant & Minayo-Gomes, 2004).

A “cura” da doença, nessa lógica, perpassa o uso da medicação como modo de corrigir anormalidades do homem reduzido ao corpo doente. Assim, a farmacologia transformou a terapêutica: um dever de prescrever nasceu dela. Podemos observar efeitos do ato de prescrever nos modos de mapear e controlar as reações adversas por meio das fármaco-vigilâncias, pois se reconhece a força da prescrição, da automedicação na vida das pessoas (Silva, 2015b) e sua imprevisibilidade. Nesse sentido, Dagonnet (2012) nos lembra que para utilizar o medicamento é preciso conhecê-lo, mas só podemos conhecê-lo a partir de seu efeito. Assim, o medicamento é o que ele se tornará na relação com nosso corpo, de modo que não poderemos defini-lo *a priori*. “Sua epifania é imprevisível. Ele escapa, em parte, de previsões experimentais, clínicas e epidemiológicas” (Silva, 2015b, p. 2818). Trabalhamos com

um ponto crucial em relação ao ato de prescrever: não há certeza, nem garantias.

A GAM enquanto um dispositivo de produção de experiências críticas em relação às prescrições, coloca em cena a imprevisão quanto às reações medicamentosas, a partir do acesso dos usuários ao conhecimento sobre os remédios que lhes foram prescritos e por colocar em questão a não garantia do cuidado somente pelo uso da medicação.

As agentes comunitárias de saúde nos relataram: “A GAM ajudou a mudar primeiramente nós, que estamos programadas pela prescrição”, já o médico alegou não lhe ser mais possível prescrever um medicamento sem se colocar na perspectiva do usuário: “Eu não posso mais receitar sem sofrer, fico em conflito, vivo um conflito comigo mesmo! Penso no ponto de vista do paciente ... eu sofro”. Um Usuário do grupo GAM da UBS afirmou ir às consultas com uma lista de perguntas para o médico para não esquecer tudo que gostaria de perguntar e discutir, além de levar as receitas e ressalta: “o médico [que não participa da GAM] me diz que prefere quando eu ia às consultas e não falava tanto”.

A experiênciacrítica, que é esta do efeito GAM que “não sai da gente desde quando a gente aprende”, é a de um espaço-tempo de desestabilização, quando se produzem novos sujeitos, novos corpos,

um novo regime de afetação que redesenha a linha divisória entre quem prescreve, quem receita e quem pergunta. Assim, a GAM produz fissuras no poder prescritor (não só da medicação, como também de modos de vida) do profissional de saúde decorrente das dúvidas que os usuários instauram ao questionarem as práticas automatizadas e classificatórias do cuidado. Essa composição horizontal entre a clínica e cuidado de si possibilita abertura para novas produções subjetivas. Ganhatambém lugar nos grupos GAM não apenas as experiências de medicação controlada, como também do uso de álcool e outras drogas, em geral, invisibilizado, distanciado e, muitas vezes, estigmatizado na rede. Desmancham-se assim e se redesenham novas fronteiras nesta partilha entre lícita e ilícita (Rodrigues, 2014) quando se pode acolher e pensar os diferentes sentidos do uso, assim como se pode construir uma passagem de participação dos mesmos usuários entre os dois grupos: Álcool e Drogas (AD) e UBS.

Além disto, nas Unidades Básicas de Saúde passaram a existir, na fala dos usuários, espaços para enunciação do uso de drogas. O tema do consumo de álcool convocou, de forma inédita, também os testemunhos dos próprios profissionais de saúde em relação às experiências com familiares, produzindo o compartilhar de situações difíceis que não apareciam em

outros espaços do serviço. “Não tinha coragem de falar do meu problema. Agora, quanto mais eu falo do alcoolismo, mas eu sinto liberdade de viver”, relatou-nos uma participante da GAM.

No caso do CAPS-AD, dado o contexto de atendimento do equipamento, as falas dos usuários sobre o uso de substâncias psicoativas éfrequente, diferente do modo como ocorre nas UBS. Entretanto, um dos efeitos da GAM neste equipamento foi a possibilidade dosusuários falarem a respeito dos diferentes arranjos que realizam em relação ao uso de substâncias com as medicações prescritas pelos médicos. Evidenciamos, nesse processo, uma contradição importante entre o ato de prescrever a medicação – que pressupõe a abstinência do uso de outras substâncias– e o cotidiano da maioria dos usuários que não estão abstinentes e usam concomitantemente as medicações.

Cerca de 80% das pessoas que frequentam a GAM no CAPS-AD, entendendo que se trata de um grupo bastante rotativo, fazem uso de medicações psicotrópicas. Nas palavras de um dos participantes da GAM “eles nos entregam o saco com os remédios, todos sem bula, e a gente não sabe bem pra que serve. Tomo o comprimido laranjinha pra dormir e um outro branquinho que eu não sei para que serve. Acho que é para tirar a ‘deliração’.

A gente sabe que não pode usar medicação e usar substância junto, mas a gente usa. Um dia desses eu quase morri”. Não são raros, ao longo dos grupos GAM-AD, relatos de risco, inclusive de óbito, associado a essa associação entre medicação e substâncias psicoativas, sobretudo em relação ao álcool, como é o caso do usuário que relatou ter feito essa junção e quase ter morrido. “Eu vi a morte de perto. Mas eu gosto de misturar. Se alguém me ofereceu eu não recuso não. Tomo o remédio a noite e já durmo com o meu corote no lado da cama”.

Há, na maioria dos relatos, narrativas que compõem saberes dos usuários sobre modos de fazer a gestão dos riscos em relação às misturas de substâncias psicoativas com as medicações prescritas, bem como os modos pelos quais eles produzem a gestão dos prazeres em relação a essas composições: “Eu entendi que pra mim faz bem parar de usar a medicação dois dias antes de eu ir beber com os meus amigos. De sexta eu gosto de estar com meus colegas depois do trabalho. Eu paro de usar remédio na quarta, na sexta eu tomo dois litros de cerveja com eles, como umas duas coxinhas e chego suave em casa, sem vontade de usar cocaína”.

Poder enunciar os arranjos produzidos em relação ao uso de drogas prescritas junto às proscritas, em um grupo

do qual participavam profissionais de saúde, produziu efeito de cuidado importante, pois implicou a equipe na produção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que levasse em consideração os arranjos produzidos pelos usuários: incluindo-se possibilidades de cuidado que não estão nos protocolos. Em relação aos usuários, essas enunciações permitiu um falar franco e intenso (percebemos envolvimento de usuários que outrora não se posicionavam nos grupos), produzindo maior autonomia e vinculação com a equipe.

Via de regra, sabemos da ocultação dessas informações pelos usuários em outros pontos da atenção, nas relações com os outros serviços, conforme relatou sorrindo um dos usuários do CAPS-AD: “não conto nas consultas da UBS que faço uso de drogas ou ainda: falo que bebo socialmente quando estou no PS [Pronto Atendimento]” e completou: “tenho medo de não ser bem atendido”.

Ao ocultar informações sobre o uso para condução do cuidado em um atendimento de urgência do Pronto Socorro, por exemplo, há riscos importantes tanto na classificação de risco equivocada do caso, quanto na tomada de uma conduta medicamentosa (como um procedimento que requer anestesia) implicando risco de morte em alguns casos. Uma das usuárias mencionou, nesse

sentido, que chegou a ir realizar um procedimento cirúrgico necessário, mas que desistiu na mesa de cirurgia ao ser confrontada pelo médico sobre o uso de alguma substância psicoativa. Com medo de morrer, disse a verdade ao médico.

Por fim, cabe apontar que a inseparabilidade na experiência do usuário entre as drogas lícitas e ilícitas tem nos sinalizado a importância de ampliarmos o guia GAM-Brasil. No CAPS-AD, percebemos que a utilização das perguntas modificadas tem incluído ainda mais os usuários, na medida em que se desloca a conversa para uma questão que lhes é mais familiar: o uso de outras múltiplas substâncias e não somente das medicações. Percebemos que tal ampliação tem permitido maior deslocamento dos usuários entre os dois temas, produzindo interlocuções no grupo sobre usos, abusos e prazeres advindos dessas composições, por exemplo: no local onde se fala em “medicação”, acrescenta-se “e outras substâncias”.

B) A estratégia Gestão Autônoma da Medicação instala uma radicalidade em relação à perspectiva da Reforma Psiquiátrica

“Eu sou uma pessoa, não uma doença” é a frase que abre uma das páginas

do Guia GAM e, que uma agente comunitária encontrou afixada na porta da casa de uma usuária, que havia passado pelo grupo, na ocasião da realização de uma visita domiciliar. A Reforma Psiquiátrica brasileira carrega, nas concepções e fundamentos que a subsidiam, elementos derivados dos movimentos de Reforma em Saúde Mental de outros países, assim como efeitos do campo cultural, político, social do qual ela emerge. Dentre essas concepções e fundamentos, podemos destacar a recusa à centralidade da doença e a tomada do sujeito como foco daquilo que nos ocupamos no campo da saúde mental. Ao lado disso, um forte apelo ao reconhecimento da condição cidadã desses sujeitos e, em consequência, da possibilidade de convivência, construção e participação das pessoas outrora consideradas loucas ou “doentes mentais” nos territórios que constituem a sociedade em que vivemos (Rotelli, 1988, Silva, 2003). Sustenta também a Reforma Psiquiátrica a crítica ao conhecimento, ao saber e ao fazer técnico-científico como regidos por uma razão isenta, assim como o interesse, a valorização e a legitimação daquilo que, até então, fora tomado como irracional (Lobosque, 2007).

As experiências de GAM, vivenciadas no território da Freguesia do Ó/Brasilândia, têm revelado, de forma

intensa e, por vezes, provocativa, um potencial de resgate e radicalidade em relação a esses princípios, seja no cotidiano e na organização dos serviços, na perspectiva do profissional quanto ao seu lugar e seu trabalho seja na experiência dos usuários na comunidade.

Acompanhando o cartaz afixado na porta de uma residência do território, inúmeras outras experiências e manifestações – como algumas que listamos abaixo – revelaram o reencontro dos usuários com sua condição de sujeitos e, a partir disso, o deslocamento dos trabalhadores em referente aos pilares tradicionais de sustentação de sua atuação.

“Nós não estamos falando nem do guia e nem da GAM, nós estamos falando das pessoas”, afirmou uma usuária em um encontro do Coletivo GAM, interpelando a construção de um profissional. “Estava cansada de ir às consultas e o médico não olhar para mim. Nesse dia, pedi para ele largar a caneta e me ouvir”, relatou outra usuária diante do profissional, que hoje com ela partilha a experiência GAM. Expressões importantes do modo como a experiência GAM e a aposta na cogestão tem possibilitado o deslocamento da condição de doentes para a condição de sujeitos, provocando efeitos de produção de saúde mental para os usuários dos grupos, mas também para os trabalhadores. Esses são tensionados a experimentarem

tanto outro lugar quanto outro fazer como profissionais, resignificando suas trajetórias e as condições sob as quais se inserem seu trabalho, o que tem propiciado efeitos importantes também do ponto de vista dos sofrimentos por ele vivenciados. Insistentemente eles revelam que o GAM é o grupo no qual não precisam ter as respostas, mas escutam, podem falar e, também, compartilhar suas dores, angústias e experiências.

O espaço que temos constituído no Coletivo GAM pode ser tomado como emblemático do ponto de vista da sustentação da radicalidade que nos orienta no projeto da Reforma Psiquiátrica antimanicomial. Um espaço de produção de conhecimento, avaliação, reflexão e planejamento das experiências sustentado de forma horizontal entre trabalhadores, usuários, gestores, acadêmicos. Essa condição de horizontalidade é, naquilo que reivindicamos como perspectiva de atenção em saúde mental pela Reforma Psiquiátrica, por si só produtora de efeitos transformadores, efeitos terapêuticos, se quisermos assim nomear. Se a questão essencial com a qual nos defrontamos não pode ser tomada como consequência da doença, mas sim como efeito das relações que as instituições da psiquiatria e a sociedade estabeleceram com a pessoa considerada doente, nosso desafio é produzir outras possibilidades na relação

sociedade-loucura (Basaglia, 1985). Podemos afirmar que a estratégia GAM tem sido provocadora de possibilidades para a instalação de outras formas nessa relação.

“O GAM tem possibilitado um protagonismo do usuário no serviço, no grupo, que se expande para além da UBS”; “GAM me ajudou a me aproximar da minha família. Aprendique não vivo sozinha”; “Voltei a fazer exercício, estou tomando meu remédio de forma diferente e quando caminho consigo dormir”. Ao lado dessas histórias, podemos citar os encontros marcados entre participantes do grupo para atividades de lazer ou em momentos e estratégias de cuidado mútuo. Podemos citar a organização conjunta entre usuários e trabalhadores para se deslocarem às reuniões do Coletivo GAM, ou mesmo mencionar a experiência de uma usuária que, ao procurar emprego, reivindica com a “patroa [*sic*]” a possibilidade de estar ausente no dia do grupo para poder seguir no mesmo. Expressões de fortalecimento dos laços sociais, da autonomia, da pluralidade de espaços de pertencimento, da possibilidade de afirmação e reivindicação de necessidades. Efeitos importantes que revelam que essas pessoas podem estar no mundo e nas relações pautadas em outra condição. Uma condição na qual se legitimam como sujeitos e convocam o

outro à instalação de conflitos em relação ao lugar tradicional pelo qual historicamente se relacionou com a loucura, ou com a condição nominada “doença mental”.

Podemos pensar que a estratégia GAM atualiza princípios básicos do SUS e da Reforma, como a participação social, o protagonismo do usuário nas decisões sobre seu processo de cuidado, servindo como ferramenta para a invenção e formação em tecnologias leves, da arte da conversação, da escuta, do acolhimento, suportes para construção de redes de apoio, laços sociais e maior autonomia.

A GAM tem sido um dispositivo que, nessa rede, tem possibilitado a sustentação de experiências afinadas com o sentido antimanicomial da Reforma Psiquiátrica, qual seja, “[...] ampliar e transformar os itinerários do sujeito em seu território, ampliando e transformando assim suas relações com a comunidade, buscando efeitos sobre processos sociais e culturais” (Rosa, 2016, p. 145).

Se a radicalidade antimanicomial da Reforma Psiquiátrica aponta para a transformação da relação entre sociedade e loucura, ela tem como horizonte a criação de novas possibilidades de pertencimento e relação com o território. Essa perspectiva sustenta a defesa de que a Atenção Básica tem um papel estratégico para o avanço desse projeto (Rosa, 2016). A

experimentação da estratégia GAM no campo da Atenção Básica no território da Freguesia do Ó/Brasilândia, como notamos, tem revelado efeitos interessantes nessa direção. “Agora estou finalmente entendendo o que é a Reforma”, “Podemos dizer que agora a Reforma chegou na Atenção Básica”, “O grupo GAM mudou nosso modo de trabalhar na Unidade”, “A GAM nos ajuda a escutar”, afirmaram profissionais participantes da experiência nas UBS. Ao lado dessas expressões, frequentemente houve alegações do grupo GAM ser um espaço estratégico de cuidado em saúde mental na Unidade, disparador de outros dispositivos, ou da vinculação do usuário a outros dispositivos, lugar de encontro contínuo e permanente com pessoas que vivem um sofrimento psíquico intenso e que nunca frequentaram a Unidade ou outro serviço da Rede de Atenção Psicossocial. “O GAM é um grupo que não pode acabar”. Evidente que a descentralização do cuidado vem operando há muito tempo nesse território, assim como as experiências de matriciamento em saúde mental tem intensificado as ações de cuidado territorial e em rede. Nessa medida, essas formulações referem-se antes à intensidade do encontro com princípios radicais da Reforma Psiquiátrica provocados pela GAM do que à introdução

da perspectiva da Reforma no cuidado em saúde mental no território.

Em um dos encontros do Coletivo Gestor, um médico que compõe um grupo GAM na UBS compartilhou o reencontro com sua trajetória como profissional a partir de uma das pesquisas derivadas dessa experiência (Caron, 2019). Nesse relato, temos o reconhecimento da força da experiência com a GAM, como um marco em sua longa trajetória na EstratégiaSaúde da Família e nos investimentos para a qualificação do cuidado em saúde mental operados nesse território. A experiência com a estratégia GAM é reconhecida como produtora de um conflito, conflito tensionado pelas polaridades entre medicar ou não e potente naquilo que produz como campo de tensão entre esses polos. Esse conflito vem sendo expresso ao longo dos encontros do Coletivo Gestor de muitas maneiras. Em uma das suas formulações mais significativas, ele [o médico] nos disse: “Agora, quando eu faço uma receita, eu penso que estou controlando a vida da pessoa”.

A questão revelada na vivência desse profissional sinaliza um componente importante em relação ao potencial da estratégia GAM para provocar princípios que estão presentes em outros tantos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e do SUS: as assembleias, os conselhos gestores, a convivência, o

cuidado territorial e integral. A GAM incide sobre um núcleo importante de saber, fazer e poder: amedicalização, reconhecida como uma prática ainda não reformada da Reforma Psiquiátrica brasileira (Onocko-Campos et al., 2013). Em verdade, os princípios da Reforma Psiquiátrica são experimentados em muitos outros espaços e momentos da rede e do cuidado por ela tecido, mas a centralidade dos processos envolvidos na medicalização faz com a que a estratégia GAM seja fortalecedora dessas experiências em saúde mental no sentido da sua radicalidade antimanicomial.

C) A estratégia Gestão Autônoma da Medicação instala outro regime de afetabilidade, de partilha na confiança que configura uma subjetivação política

O GAM, “grupo onde eu recolho as palavras”, “grupo de ficar à vontade para falar da vida”, “grupo de saber enfrentar o medo”; “grupo de pensar as doses certas da cautela”; “grupo onde ninguém foge do que vem”, “grupo onde vêm de longe para te ouvir”, “onde te esperam para ouvir”; “grupo onde se pode falar na confiança”, “grupo onde, mesmo quem é analfabeto, não será nunca analfabeto do desentendimento”, entre tantos outros relatos. Este conjunto de enunciações dos

usuários sobre a GAM, ou o GAM, o TransGAM, nos dá uma pequena mostra deste tabuleiro vivo de palavras; mas também de “palavras que não se vê” e “do que há entre as palavras” (Oury, 2009), compondo um espaço, não sem conflitos, mas que permite - como afirmou uma usuária, depois de assistir ao filme *Nise: O coração da loucura*- numa das atividades do seu grupo GAM - que o “coração enlouquecido pode (fazer) mudar as formas de pensar”.

De fato, como declarou outro usuário: a GAM é um “espaço de liberdade pra falar, o ambiente criado no GAM permite você falar sem ser reprimido; se for, que se f[...]. [liberdade de falar] que não se tem com amigo, nem com família, nem com inimigo [...] [as pessoas não falam] por medo, preconceito [...]. A resposta vem sempre do grupo, nunca dos profissionais”. Mais adiante e na direção oposta de alguns profissionais que associam o modo GAM às assembleias, à convivência, afirmou que: “[o] Acolhimento no grupo GAM é diferente dos outros grupos, assembleia, tonalidade diferente de como falar, não tá [sic] ali para provar nada pra ninguém [...] como usa, se mistura [...] cada um desenvolve estratégia própria para a mistura [...]. No GAM dá pra falar. Espaço de acolhimento mesmo que os profissionais não estejam na mesma *vibe* que os usuários”. Este regime

de afetação na GAM foi rapidamente identificado por uma estudante em sua primeira participação no grupo: “há um afeto diferente, como nos saraus dos jovens de que participo, um afeto anárquico, de igualdade, de não representar o outro, mas de se apresentar abertamente”. Algumas posições relativas aos modos de fala e de enunciação são sempre reiteradas nos grupos como uma espécie de horizonte ético. Uma delas é, a de que se possa falar e que a fala é cuidada pelo grupo (todo novo integrante é convidado a esta pactuação prévia).

Num território em que os pactos de silêncio e certos segredos são condição de vida e morte, o grupo GAM experimenta, como declarou a usuária, uma “partilha da palavra na confiança”, um espaço onde se poder dizer o que não se diz em outros, cujos temas impedidos, recalcados ou não pensados (como as violências no território, mas também nos prazeres) podem ser enunciados como questão coletiva. Espécie de espaços seguros ou território de afetos (Collins, 1991) que permitem a transmissão da experiência e o partilhar da amizade, assim como a produção de fendas no tecido relacional.

A segunda posição que podemos destacar é a de que a fala não obedece às supostas hierarquias. Os profissionais de saúde e alguns usuários chamaram este modo de amizade: nem usuário, nem

participante, mas amigo, pessoas que se importam, que têm valor para o outro. Regime de afetação imediatamente político, chamado pelos usuários mais de uma vez de democrático.

No momento das eleições presidenciais, de forte esvaziamento do campo do debate e da palavra, foram os usuários no grupo GAM que puderam tomar a palavra e pautar o tema. Apesar da forte polarização que atravessava a todos naquele momento, assim como de um regime de afetos produtor de medo e de segregações, o GAM foi um dos poucos espaços no território onde se possibilitou sustentar conversas e pensar conjuntamente. Comparando o grupo ao governo federal e ao momento político do país, um usuário mencionou que ali era diferente: era democrático. A estratégia GAM é a construção do espaço político como reconhecimento da potência de pensar e agir como sendo de todos. Ainda acompanhando Rancière (2011), o espaço político está configurado quando alguém toma a palavra não mais a partir do lugar que lhe foi atribuído socialmente (seja doente ou louco), mas se inscrevem na cena social por meio da argumentação e dos recursos poéticos da experiência, colocando-se como sujeitos da ação capazes de redesenhar/inventar a instância da vida comum: gestão da vida-gestação da vida. (não há um encontro em que não se

produza o deslocamento da noção de gestão para a de gestaão).

As narrativas que surgiram no grupo GAM são tambem histórias tristes, de desvalia, relativas em grande parte às ditas “depressões”, às angústias vividas em estreita conexão com as violências de gênero, às experiências da maternidade em meio à sobrecarga de trabalho, aos sofrimentos advindos do processo de trabalho ou da impossibilidade do trabalho, dos lutos impedidos de serem vividos – concernentes às mortes de jovens, muitas vezes realizada pelo aparato estatal (a polícia); aos sofrimentos resultantes das recorrentes experiências de estigmatizaão e preconceitos. Este sofrimento sociopolítico em meio a contextos de vulnerabilizaão tem lugar de acolhida no grupo GAM que produz tanto o reencantamento da vida e a ampliaão dos laços sociais (resultando num reposicionamento do lugar do remédio), mas principalmente produz a possibilidade de análise dos modos pelos quais se produz o sofrimento, sendo a classe, além da raça, gênero e idade, relaãoes de poder que ganham modulaãoes importantes na produão do sofrimento. “A minha fala é a minha desintoxicaão” bem sintetiza as narrativas não medicalizantes, nem medicalizáveis produzidas no GAM, as quais inscrevem nos profissionais e nos usuários uma subjetivaão corporificada:

não posso ser mais o profissional que eu era (mudou tudo: meu jeito de olhar, de falar com as pessoas, de respeitar os modos de vida, de ser sutil, de entender a loucura, de ser outras pessoas [...] faço o GAM tambem por mim: mudou minha postura para conduzir grupos; “se eu estivesse participando do grupo de família hoje, faria do jeito GAM”).

A força do que foi vivenciado nesta experiéncia é contagiante e pede propagaão: “vamos levar para as escolas”, propõe o usuário, porque lá as crianças são medicadas; vamos levar tambem nos conselhos tutelares, numa espécie de vírus - disposião democratizante da estratégia. Na fala de uma gestora sobre o grupo GAM: “Grupo que consegue tecer rede de apoio de base comunitária é resisténcia. Vejo que há um deslocamento dos profissionais; a construão da clínica ampliada, um modo ético- político na construão deste projeto que é da vida dele, trazer o usuário para aí, para ampliar a vida dele. Vejo construão coletiva, estratégias de laços, de cuidado, sentimento comunitário. Processos políticos coletivos ficam mais possíveis, mais comuns... a GAM é construão de um posicionamento político”.

Notas

¹ O Guia GAM, criado no Canadá e adaptado para o Brasil, é uma ferramenta que visa potencializar a participação das pessoas nas decisões relativas à medicação e ao seu processo de cuidado, sendo utilizada em grupos de usuários e técnicos de saúde mental (Onocko-Campos et cols., 2012).

² Em duas UBS e no CAPS AD ocorrem, desde 2017, semanalmente, encontros do grupo GAM do serviço, com participação de profissionais e usuários que se mantém no grupo, somando-se à participação esporádica de usuários e trabalhadores. Mais duas UBS e o CAPS Adulto iniciaram experiências GAM mais recentemente (final de 2018 e 2019) sendo que no CAPS Adulto os encontros ocorrem semanalmente e nas duas UBS ocorrem encontros para a discussão da estratégia GAM entre profissionais dos serviços, numa etapa de apropriação e conhecimento da metodologia GAM pela equipe.

³ Os pré e pós-GAM e o GAM engajam a participação de docentes, pesquisadores de Iniciação Científica ou Pós-graduação, estagiários e estudantes do Programa Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

Referências

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.

Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 213 - 223. DOI:

<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100021>

Caron, E. (2019). *Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo* (Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil).

Chasles, K. & Amaral, M. (2016). Alberto: protagonismo e autonomia no processo de cuidado. In M. C. G. Vicentin, M. C. B. Trenche, E. P. Kahhale, & Almeida, I. S. (Orgs.), *Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: encontro entre Universidade e Serviços de Saúde* (pp. 156 - 164). São Paulo: Artgraph.

Conceição, M. R., Vicentin, M. C. G, Leal, B. M. M. L., Amaral, M. M, Fischer, A. B, Kahhale, E. M. P, Rosa, E. Z, Spolaor, J & Saes, D. (2015). Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). *Revista Interface*, 19 9(1), 845 - 855. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500845&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Collins, P. H. (1991). *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York: Routledge.

Dagognet F. (2012). *A razão e os remédios*. Rio de Janeiro: Forense.

Figueiredo, M. D. & Campos, G. W. S. (2014). O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface*, 18(1), 931 - 943. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0323>

- Foucault, M. (2010). Conversa com Michel Foucault. In M. B. Motta, (Org.). *Ditos e Escritos VI. Repensar a Política*. (A. L. P. Pessoa, Trad., Vol. 6, pp. 289 - 347). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica*. Ed. Forense: Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (2010). *Curso Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Haberland, R., Pavam, L., Joia, J. H., Oliveira, A., Rocha, P. R. R. & Trenche, M. C. B. (2017). O fazer coletivo nas políticas de saúde da FÓ/Brasilândia (SP): fóruns, redes, grupidades. *Revista Distúrbios da Comunicação*, 29(4), 793 - 808. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/30823>
- Instituto Sou da Paz. (2006). *Projeto São Paulo em Paz. Diagnóstico da Situação de Violência: Distrito da Brasilândia*. Prefeitura de São Paulo: São Paulo. Recuperado de http://www.soudapaz.org/upload/pdf/diagn_stico_brasil_ndia_2006.pdf.
- Kahhale, E. P., Greco, T. M., Ribeiro, M., Leal, B. M. M. L. & Linares, M. (2016). Análise dos Genogramas e Ecomapas na Experiência do PET-Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da PUC-SP. In M. C. G. Vicentin, M. C. B. Trenche, E. P. Kahhale, & I. S. Almeida (Orgs.), *Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: encontro entre Universidade e Serviços de Saúde* (pp. 100 - 127). São Paulo: Artgraph.
- Laval, C. (2018). *Michel Foucault. O enigma da revolta*. (Posfácio, pp. 102 - 142). São Paulo: N-1 edições.
- Lobosque, A. M. (2007). Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In A. M. Lobosque (Org.). *Caderno Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental* (pp. 33 - 44). Belo Horizonte: ESP-MG.
- Lourau, R. (1993). *René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- Moura, A. H. (2003). *A Psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo, Hucitec.
- Oury, J. (2002). *O Coletivo*. São Paulo: Hucitec.
- Onocko-Campos, R. T. O., Palombini, A. D. L., Silva, A. D. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D. D., ... & Stefanello, S. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 967 - 980. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M. & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889 - 2898. Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Passos, E., Palombini, A. L., Onocko-Campos, R., Rodrigues, S. E., Melo, J., Maggi, P. M., Marques, C. C.,

- Zanchet, L., Cervo, M. R. & Emerich, B. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, 41, 24 - 38. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a03.pdf>
- Passos, E.(2013). Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Ecos*, 3(1), 4 - 17. Recuperado de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1110/815>
- Prefeitura de São Paulo. (2010). *Dados demográficos dos Distritos pertencentes às Subprefeituras. Secretaria Municipal das Subprefeituras: São Paulo*. Recuperado de https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758%20.
- Prefeitura de São Paulo. (2010). *Índice de Necessidade em Saúde na Cidade de São Paulo*. São Paulo: CEInfo. Recuperado de https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/inf_saude/INS_2010.pdf.
- Prefeitura de São Paulo. (2019). *Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde*. São Paulo: CEInfo. Recuperado de https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Super.pdf.
- Rancière, J. (2014). *O ódio à democracia*. São Paulo: Boitempo.
- Rodrigues, S. E. (2014). *Modulações de sentidos na experiênciapsicotrópica*. (Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil).
- Rosa, E. Z. (2016). *Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social*. (Tese de Doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil).
- Rotelli, F. (1998). *A instituição inventada*. (M. F. S. Nicácio, Trad.). Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Recuperado de http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf
- Silva, M. V. O. (2003). O Movimento da Luta Antimanicomial e o Movimento dos Usuários e Familiares. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, Ética e Política: escritos militantes* (pp. 84 – 11). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, C. D. C. D. (2015b). Por uma filosofia do medicamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2813 - 2824. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.19512014>
- Silva, G. D. S. (2015a). *A gestão nas unidades básicas de saúde no município de São Paulo: a percepção dos trabalhadores*. Dissertação (Mestrado em Serviços Social. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais).
- Surjus, L. T. S. (Coord.). (2017). *Projeto de pesquisa Observatório*

Internacional de práticas da Gestão Autônoma da Medicação: rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento. Observatório Internacional das Práticas GAM. Recuperado de <https://observatoriogam.files.wordpress.com/2017/11/projeto-em-portuguc3aas.pdf>

Deborah Sereno é professora Departamento de Psicologia Social da PUC-SP.

E-mail: sereno.deborah@gmail.com

ORCID: orcid.org/0000-0002-3618-5698

Enviado em: 10/06/19 – **Aceito em:** 10/11/19

Vicentin, M. C. G., Almeida, I. S. & Saes, D. (2016). O que os itinerários de saúde mental nos ensinam sobre o processo de trabalho em saúde: encontros entre pesquisa e assistência. In M. C. G. Vicentin, M. C. B. Trenche, E. P. Kahhale, & I. S. Almeida (Orgs.). *Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: encontro entre Universidade e Serviços de Saúde* (pp. 32-52). São Paulo: Artgraph.

Vicentin, M. C. G. (2019). *Crianças e adolescentes nos circuitos da saúde e da justiça: tensões entre cuidado e segurança*. Relatório final de pesquisa. CNPq (2016-2018). São Paulo: PUC-SP.

Elisa Zaneratto Rosa é professora do Departamento de Psicologia Social da PUC-SP.

E-mail: elisazrosa@gmail.com

ORCID: orcid.org/0000-0003-2263-6889

Maria Cristina Gonçalves Vicentin é professora do Departamento de Psicologia Social da PUC-SP.

E-mail: cristinavicentin@gmail.com

ORCID: orcid.org/0000-0003-1718-6721

Camila Aleixo de Campos Avarca é doutoranda do Programa de estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

E-mail: camilaavarca@hotmail.com

ORCID: orcid.org/0000-0002-8587-5206