

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

'SOU UMA PESSOA NÃO UMA DOENÇA':
PRODUZINDO SUBJETIVIDADES EM UM
GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO

RELATO DE UMA ENFERMEIRA

EDUARDA BANDEIRA PEREIRA

Orientadora: Profa. Dra. Analice Palombini.

PORTO ALEGRE

2020

(...) que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros

RESUMO

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma ferramenta potente para a produção de autonomia dos usuários em saúde mental a partir do tema da medicação. O objetivo deste trabalho é descrever a trajetória de uma enfermeira residente em um Grupo GAM em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Município de Porto Alegre. Trata-se de um relato de experiência, descritivo e reflexivo. Os grupos ocorreram semanalmente às quartas-feiras no período da tarde, das 13h30 às 14h30 e teve como mediadora a enfermeira do CAPS e eu. O grupo iniciou em abril de 2019 e encerrou em novembro do mesmo ano, contando com 32 encontros e com uma média de participação de oito usuários por grupo, os usuários eram indicados por profissionais de referência. Por meio da utilização do guia da GAM foi possível identificar a importância do vínculo, do grupo terapêutico, da gestão do cuidado, do manejo cogestivo, da contratualidade e da autonomia dos indivíduos, com o objetivo de humanizar as relações dos usuários de saúde mental. Portanto os sujeitos participantes do grupo tornaram-se mais críticos e mais autônomos, possibilitando aumentar seu poder de negociação com respeito ao seu tratamento junto à equipe que o acompanha.

Descritores: Saúde Mental; Gestão Autônoma da Medicação; Autonomia pessoal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 MÉTODO.....	7
3 Contextualizando a GAM no processo de trabalho na saúde mental no Brasil e Canadá.....	8
3.1 <i>Breve Relato da História da Saúde Mental no Brasil.....</i>	8
3.2 Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) – uma produção de autonomia.....	11
3.3 História da GAM – do contexto brasileiro ao canadense.....	13
3.4. Adaptação transcultural: um desafio imprescindível.....	14
3.5. Princípios da GAM: autonomia e cogestão.....	15
4 Primórdios do Grupo GAM no CAPS II Centro de Porto Alegre: articulações de uma enfermeira.....	16
4.1 CAIS Mental Centro: um Porto Alegre	16
4.2 O grupo GAM: percurso no CAIS Mental.....	17
4.3 A enfermagem na saúde mental e o processo grupal	18
4.3.1 Grupo GAM: uma abordagem operativa	20
5 GAM: o cuidado, a família e a rede de apoio.....	20
5.1 Uma reflexão crítica sobre o cuidado em saúde mental	20
5.2 Grupo GAM: o estigma, a rede de apoio e a família	24
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXO	32

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) descreve a trajetória de uma enfermeira residente em um Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do Município de Porto Alegre, no período de abril a novembro do ano de 2019.

A Portaria número 3.088 de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e determina que o ponto de atenção da RAPS na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial, tendo como modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i. O CAPS II, referido neste trabalho, é indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011).

A GAM é uma ferramenta potente para a produção de autonomia dos usuários em saúde mental a partir do tema da medicação. Sua elaboração, validação e utilização proporcionaram espaços de fala entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores, com consequências clínico-ético-políticas de reafirmação de direito à cidadania, de agir em co-gestão e de afirmação de singularidades (ONOCKO *et al.*, 2012). O processo de produção de autonomia realizado na GAM está em conformidade com as diretrizes da Portaria n: 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e tem como primeira diretriz para funcionamento da RAPS o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e liberdade das pessoas e também o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

Defini a GAM como tema de meu trabalho de conclusão porque acredito ser um dispositivo potente para fortalecimento dos princípios da reforma psiquiátrica, pois aborda o tema do uso de psicotrópicos trabalhando concomitantemente o processo de escolha do tratamento, o autoconhecimento dos usuários, suas histórias de vida, redes de apoio e produção de autonomia, temáticas imprescindíveis para indivíduos que passaram por uma longa caminhada de violação de direitos durante a vida. A GAM, portanto, opera em uma lógica ampliada de saúde, que interpela o uso predominante e muitas vezes exclusivo da medicação no tratamento em saúde mental, lançando o olhar a todos os movimentos de produção de vida dos usuários.

O texto está organizado em três capítulos, sendo eles: 1-Contextualizando a GAM no processo de trabalho na saúde mental no Brasil e Canadá; 2- Primórdios do Grupo GAM no CAPS II Centro de Porto Alegre: articulações de uma enfermeira; 3- GAM: o cuidado, a família e a rede de apoio.

No primeiro capítulo, relato de forma breve o processo da reforma psiquiátrica brasileira situando o manicômio como lugar que anteriormente destinava-se aos indivíduos portadores de alguma desordem mental, até a promulgação da Lei 10.216 de Paulo Delgado. Também abordo nesta parte a história, os princípios e o processo de adaptação transcultural da GAM, entendendo que a GAM atende aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e que sua história é forjada na luta pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico.

No segundo capítulo, narro a história do CAIS Mental Centro na cidade de Porto Alegre e o processo da reforma psiquiátrica nesta cidade, abordando também a implantação do grupo GAM como dispositivo de tratamento aos usuários do serviço e o papel da enfermeira no processo de formação grupal e de assistência aos usuários em saúde mental.

No último, trabalho com as narrativas dos usuários sobre assuntos relacionados ao cuidado em saúde mental, seus direitos, redes de apoio e sobre o cuidado da família com o indivíduo portador de transtorno psíquico, temas de extrema relevância para os usuários, abordados no guia e muito discutidos nos grupos.

Os temas de rede de apoio e rede familiar são abordados na perspectiva do conceito de autonomia da reforma psiquiátrica brasileira, entendendo que autonomia refere-se à capacidade do indivíduo de criar e manter relações ao longo da vida.

Considerando o que foi apresentado, ressalto a importância do uso do Guia GAM nos serviços de saúde mental como ferramenta de fomento à escolha e participação dos usuários nas decisões acerca do seu tratamento e como dispositivo importante para o fortalecimento dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

2 MÉTODO

Tipo de estudo: Trata-se de um relato de experiência, descritivo e reflexivo, sobre a vivência de uma enfermeira residente em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em um Grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM). O período do estudo foi de abril a novembro de 2019.

Objetivo: Descrever a experiência de participar como mediadora e ouvinte do grupo GAM.

Local do relato: Os grupos de Gestão Autônoma da Medicação ocorrem no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro II adulto da cidade de Porto Alegre, localizado na rua José Bonifácio, número 71, bairro Centro, com horário de funcionamento de segunda à sexta das 8h às 18h, atendendo usuários em sofrimento psíquico grave.

Operacionalização: Os grupos ocorreram semanalmente às quartas-feiras no período da tarde, das 13h30 às 14h30 e teve como mediadora a enfermeira do CAPS e eu. O grupo iniciou em abril de 2019 e encerrou em novembro do mesmo ano, contando com 32 encontros e com uma média de participação de oito usuários por grupo. A dinâmica do grupo se deu pela leitura do livro Guia GAM, pelo compartilhamento de experiências entre os usuários e das atividades propostas pelas mediadoras durante o funcionamento do grupo. Para realizar a mediação do grupo se fez necessário ler ‘‘Gestão Autônoma da medicação: Guia de Apoio a Moderadores’’, sendo este um orientador das práticas do funcionamento do grupo. O grupo GAM faz parte do Plano Terapêutico Singular (PTS)¹ do usuário e este deve ser indicado pela equipe multiprofissional que lhe atende no serviço

3 CONTEXTUALIZANDO A GAM NO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E CANADÁ

¹ O PTS é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa, devendo ser elaborado juntamente com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL 2013).

3.1. Breve relato da história da Saúde Mental no Brasil

A exclusão perpetuada durante anos sobre as pessoas em sofrimento psíquico grave deu-se, em princípio, a partir de dois conceitos inculcados na sociedade, isto é, a percepção do que é socialmente aceito (ou não) trouxe à tona ideias contrapostas sobre o que significa a normalidade. Assim, o “normal” e o “anormal” passaram a ter tratamentos diferenciados no contexto social, já que é mais fácil lidar com o sujeito intitulado de “normal” porque se bane as diferenças e gesta-se a tão famigerada e sonhada sociedade homogênea (CORREIA, 2014). Vivemos uma torção histórica: do tratamento em modelo asilar, no qual se procedia ao isolamento, em que o doente era arrancado de seu território e levado ao território do médico – o Manicômio –, passou-se ao tratamento no território das pessoas, em que os profissionais de saúde (não mais apenas o médico) é que vão até o espaço em que vive a população a ser atendida. Ao desenrolar-se esse movimento, surgiram novas práticas clínicas e novas conceituações teóricas sobre o fazer clínico (SILVEIRA, 2013).

No âmbito da Reforma Psiquiátrica questionam-se os conceitos de doença mental, de normalidade, de cura, de periculosidade, a função terapêutica do hospital psiquiátrico e as relações entre os profissionais de saúde, a sociedade e os indivíduos considerados loucos. Um dos objetivos específicos da Reforma Psiquiátrica é a substituição do modelo de atendimento centrado na hospitalização e no isolamento por uma atenção integrada ao indivíduo no seu local de domicílio, em seu território (SPZIGEL; COELHO, 2015).

O início do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário” nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa de uma saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços na produção e gestão de tecnologias de cuidado (BRAGA; FARINHA, 2018). O ano de 1978 marca a consolidação do movimento social pelos direitos dos usuários da saúde mental em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano, e é responsável pelas denúncias de violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada e uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de assistência aos pacientes com transtornos mentais, concomitantemente passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência (SZPIGEL; COELHO, 2015).

O Encontro de Bauru (1987) foi um marco para o movimento social no Brasil, onde o Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental transformou-se em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLAM), e os participantes, sendo eles usuários, trabalhadores e familiares, foram às ruas assumindo publicamente a luta Por uma Sociedade sem Manicômios e escolheram o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Este movimento esteve na origem da proposta da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica Brasileira apresentada pelo Deputado Federal Paulo Delgado de Minas Gerais e foi propulsor para o projeto de Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul, de autoria do Deputado Estadual Marcos Rolim (PAULON; OLIVEIRA; FAGUNDES, 2018).

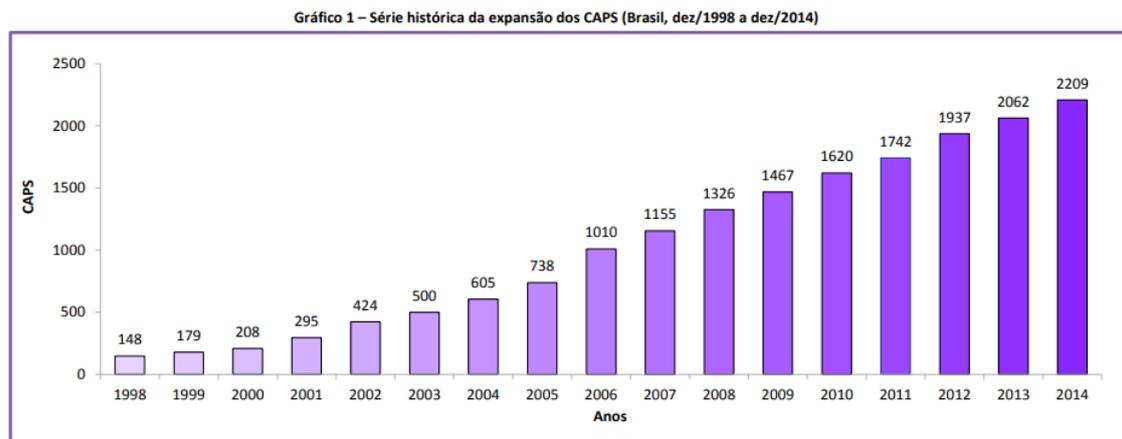
Em Porto Alegre, na década de 1990, na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede municipal de saúde encontrava-se em um processo de municipalização da saúde, reorganização tecnoassistencial dos serviços de saúde existentes na cidade, bem como aplicação dos princípios e diretrizes do SUS no planejamento, avaliação e condução das ações cotidianas em saúde. A composição de conselhos locais e municipais e a realização das conferências em saúde foram desafios assumidos como plano de governo. O primeiro serviço próprio da rede de saúde mental da cidade de Porto Alegre foi a Pensão Pública Protegida Nova Vida, que iniciou suas atividades no ano de 1990 com o objetivo de evitar o reingresso na internação psiquiátrica pública de 51 cidadãos em vias de perder seu vínculo de usuários em uma clínica privada pelo descredenciamento desta com a previdência social (FAGUNDES; SILVA, 2013).

Em decorrência das diretrizes do I Plano Municipal de Saúde Mental para a cidade de Porto Alegre, o primeiro CAPS, no distrito sanitário número 4, é inaugurado, e a Pensão Pública Protegida Nova Vida, primeiro serviço substitutivo da rede de saúde mental a ser constituído em parceria com o Estado, recebe verba para adequação de seu espaço físico. O Plano Municipal também previa a sistematização da atual Oficina de Geração de Trabalho e Renda, serviço protegido de trabalho pautado na Economia Solidária e na autonomia de seus participantes (FAGUNDES; SILVA, 2013).

A partir do ano 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo projeto de lei de Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis de substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental. É na década de 90

que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos (PIRES; RESENDE, 2016). Embora houvesse regulamentações nos novos serviços de atenção diárias, as normas não previam especificamente uma linha de financiamento para Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial. Assim sendo, 93% dos recursos do Ministério da Saúde para saúde mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (SPZIGEL; COELHO, 2015).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei Paulo Delgado é sancionada no país. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, oferecendo tratamento com base comunitária e afirmando a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e também são criados novos mecanismos de gestão e fiscalização de leitos psiquiátricos (PIRES; RESENDE, 2016).



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.

O gráfico apresenta a expansão anual dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desde o ano de 1998. Houve um constante crescimento de serviços desde a criação dos primeiros CAPS, mantendo uma taxa anual de crescimento relativamente estável, o que aponta para a consolidação desse modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como para a ampliação de ofertas de cuidado de base territorial e comunitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). No entanto, apesar dos avanços na política de saúde mental brasileira, para que os usuários de saúde mental possam ter a liberdade de fato, não podemos limitar a desconstrução do manicômio expressa apenas pela reorganização da assistência. Ela também perpassa pela busca do fim das

desigualdades entre as classes e as opressões, que, inclusive envolve o lugar da loucura em nossa sociedade (PASSOS, 2017).

3.2. Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) – uma produção de autonomia

O Movimento da Reforma Psiquiátrica propôs um modelo de saúde mental o qual considera a subjetividade dos usuários e cria o CAPS como dispositivo de tratamento, sendo o cuidado feito no território e não mais em instituições de caráter asilar. Os CAPS, além dos recursos medicamentosos e psicoterapêuticos, utilizam ações de lazer e de cultura como formas legítimas e eficazes na produção de vida e de saúde dos usuários. Mesmo após o movimento da Reforma Psiquiátrica, o tratamento continua baseando-se no uso excessivo de medicamentos, com informações incipientes aos usuários de saúde mental sobre sua utilização e efeitos (FREITAS *et al.*, 2016).

O novo modelo de assistência em saúde mental busca o enfoque do sujeito-usuário, tentando desconstruir a ideia de que os psicofármacos são a única forma terapêutica para o tratamento dos transtornos mentais. Esse novo modelo veio para promover a valorização das tecnologias leves na prática dos serviços de saúde mental, levando em consideração as situações de saúde que estão relacionadas a problemas sociais e econômicos, necessitando de uma atenção psicossocial a esses pacientes (BEZERRA *et al.*, 2016).

A Gestão Autônoma da Medicação é uma estratégia pela qual aprendemos a avaliar criticamente o uso dos medicamentos (seja para mantê-los, reduzi-los, eliminá-los ou aumentá-los) (ONOCKO *et al.*, 2012).

3.3 História da GAM – do contexto canadense ao brasileiro

Em 1987 começou a se delinear a primeira política pública de saúde mental do Quebec, com a elaboração de um relatório intitulado “Por uma parceria ampliada: projeto da Política de Saúde Mental do Quebec” – o subtítulo do primeiro capítulo do relatório, “Sou uma pessoa,

não uma doença”, tornou-se o lema dos movimentos em defesa da saúde mental na província. Esse relatório indicava a necessidade de investir na participação dos usuários e de estabelecer parcerias entre os serviços públicos, os serviços alternativos, os trabalhadores, os usuários e as pessoas que lhe são próximas. No ano de 1989, é lançada a política pública de Saúde Mental do Quebec (GUERINI, 2015).

Na esteira desses movimentos, a Gestão Autônoma da Medicação começou a ser desenvolvida na província do Quebec no ano de 1993, uma iniciativa de grupos de usuários com sofrimento psíquico para ajudar outros usuários no enfrentamento dessa situação, pois na época era pouco discutida a forma de uso dos psicotrópicos. A GAM foi um processo coletivo, com organização de debates entre usuários, trabalhadores da rede comunitária de serviços alternativos em saúde, associações de defesa dos direitos dos usuários e pesquisadores (ONOCKO *et al.*, 2014).

O principal problema apontado pelos primeiros grupos GAM do Quebec foi o fato de a medicação ser a única resposta para o sofrimento psíquico, apesar dos efeitos colaterais severos que esta acarretava para os usuários, criando uma série de dificuldades para fazer andar a vida. Aliado a isso, encontrava-se uma impossibilidade do usuário expressar sua opinião sobre o uso de medicação, sob a pena de ser acusado de resistir ou desistir ao tratamento. A falta de informações sobre o tema dificultava o diálogo e a possível negociação sobre o uso de medicação, na maioria dos casos, as prescrições possuíam prazos muito longos e era utilizada uma variada gama de psicotrópicos. Em consequência da falta de informações e de diálogo com os profissionais, muitos usuários interrompiam o uso da medicação por sua conta, sendo hospitalizados e saindo das internações ainda mais medicados (RODRIGUEZ DEL BARRIO *et al.*, 2013).

A primeira versão do Guia GAM foi publicada em 2001 e fornece aos usuários acesso às informações para que tenham melhores condições de reivindicarem seus direitos, podendo dialogar sobre o lugar que a medicação e outras práticas em saúde ocupam a sua vida (ONOCKO *et al.*, 2014)

No Brasil, em 2009, esta experiência de trabalho chega através de um projeto de parceria denominado Aliança Internacional de Pesquisa Universidades – Comunidades, Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC), firmado entre a Universidade de Montreal e algumas universidades

públicas brasileiras: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – coordenadora do projeto; Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade Federal de Rio de Janeiro (UFRJ); e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esse projeto abrigou, entre outras, a Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos - GAM-BR (SILVEIRA;MORAES, 2017), que se ocupou da tradução e adaptação, para o contexto brasileiro do Guia GAM elaborado no Quebec.

Desenvolvida entre 2009 e 2011, a primeira etapa da pesquisa foi realizada através de grupos de intervenção em CAPS nas cidades de Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Novo Hamburgo-RS, com a participação de usuários desses serviços. A construção da versão final do GUIA GAM brasileiro efetivou-se a partir das modificações propostas pelos grupos de intervenção em cada campo, as quais foram debatidas em reuniões multicêntricas, com a presença de pesquisadores, trabalhadores e usuários dos três centros. A segunda etapa da pesquisa, durante os anos 2011 e 2013, teve como objetivos acompanhar e avaliar o uso do Guia GAM (produto final da pesquisa multicêntrica anterior), elaborar um guia de apoio ao moderador, a fim de orientar na realização de grupos de intervenção com o Guia GAM; e acompanhar e analisar os possíveis efeitos da experiência de participação nos grupos de intervenção com uso do Guia GAM na formação de profissionais (GUERRA, 2015). No Rio Grande do Sul, envolveu a parceria entre UFRGS e três CAPS – em Porto Alegre, São Leopoldo e Novo Hamburgo, respectivamente.

3.4 Adaptação transcultural: um desafio imprescindível

A experiência do Guia GAM no Brasil iniciou com um projeto de tradução do Guia original criado no Quebec. Esta tradução visava não apenas levar em conta os aspectos linguísticos, mas também a adaptação cultural dos conteúdos à realidade social brasileira e às necessidades das pessoas usuárias de serviços de saúde mental nesse contexto (SILVEIRA;MORAES, 2017).

O Guia brasileiro é mais longo que o de Quebec²; entretanto, o original possui caixa de ferramentas, que inclui, além do guia, cursos e outros elementos que não foram desenvolvidos

² Em 2017 foi lançada a segunda edição revisada do Guia do Quebec, com um volume maior de páginas e, como na versão brasileira, uma seção sobre direitos que não constava no guia original.

igualmente no Brasil. Perguntas acerca da sexualidade e prática religiosa foram incorporadas ao guia brasileiro, por sugestão dos usuários. Também o tema dos direitos dos usuários de serviços de saúde e de saúde mental foi bastante enfatizado no guia brasileiro, à diferença do Guia original (ONOCKO *et al.*, 2014).

Uma outra alteração importante é que o Guia canadense orientava diminuir ou cessar o uso de psicotrópicos, mas esta demanda não era reivindicada no Brasil – os usuários preconizavam antes o acesso à medicação como direito fundamental. Os usuários brasileiros tinham desejo de poder conversar mais com a equipe de saúde que lhes atendiam para entender melhor o funcionamento e a necessidade da medicação, e o Guia brasileiro destaca a cogestão como ferramenta importante para a tomada de decisão acerca do tratamento medicamentoso, sendo o melhor tratamento aquele que considera o saber do usuário, da família e da equipe quanto ao uso de remédios psiquiátricos (ONOCKO *et al.*, 2014).

Importante ressaltar que o projeto GAM brasileiro, apesar de incluir a participação de usuários e familiares, foi uma iniciativa de pesquisadores, inclusive psiquiatras – o que contrasta com o movimento no Quebec, desencadeado pelo forte protagonismo dos usuários (SILVEIRA;MORAES, 2017). Além disso, do Quebec ao Brasil, a GAM se posicionou diferentemente no que se refere à relação com o sistema público de saúde, ou seja, com o Estado. No Canadá, a GAM nasceu nos serviços alternativos, ou seja, serviços que funcionam por fora do Estado, e, no Brasil, essa estratégia já começou por dentro do Estado, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos que compõem a rede pública de saúde mental brasileira (GUERINI, 2015).

3.5 Princípios do Guia GAM: autonomia e cogestão

O Guia GAM é alicerçado em dois conceitos-chave, o de autonomia e da cogestão, sendo compreendidos de acordo com os princípios da saúde coletiva e centrados no contexto da reforma psiquiátrica brasileira (SADE *et al.*, 2013).

Autonomia, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, não faz referência à independência (fazer sozinho) ou individualismo (direito pessoal acima do coletivo), mas aponta a estar em relação com outros (ONOCKO *et al.*, 2014). Define-se autonomia como “a pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mas autônoma ela se torna”. Assim, a construção de autonomia está direcionada à negociação entre saberes e visões de mundo dos usuários com as demais pessoas com que estabelecem relações. É através dessas redes de relações que ampliamos nossas possibilidades de produzir novas normas coletivamente (GUERINI, 2015). Trata-se de uma perspectiva de recriação e negociação permanentes nas relações sociais e nos processos de subjetivação que se formam ao longo da vida (SADE *et al.*, 2013).

Já o conceito de cogestão foi construído a partir dos ideais da Reforma Sanitária, na década de 80, na perspectiva de superar os principais obstáculos à implantação do sistema público de saúde (fragmentação do trabalho, individualismo, corporativismo, centralismo gerencial). Nesse contexto de inovações, a assertiva consiste em colocar lado a lado diferentes sujeitos (profissionais, gestores, usuários e familiares) cogерindo os processos de cuidado e coproduzindo-se mutuamente (PASSOS *et al.*, 2013).

Para entender o processo de cogestão de saberes e subjetividades é necessário colocarmos-nos em jogo, pois não é exequível o método de cogestão de produção de subjetividade sem nos implicarmos no processo, necessitaremos ser apoiados e cogерir a produção de nós mesmos, confiar no processo e naqueles que desejamos apoiar na cogestão (GUERINI, 2015).

4 Primórdios do Grupo GAM no CAPS II Centro de Porto Alegre: articulações de uma enfermeira

4.1 CAIS Mental Centro: um Porto Alegre

Porto Alegre realizou sua primeira Conferência Municipal de Saúde Mental em 1991, resultando na elaboração de um Plano Municipal de Saúde Mental (1993), alicerçado na lei estadual 9.716 de 1992 – lei da Reforma Psiquiátrica no RS. Estes eventos constituíram marcos estratégicos da proposta da rede de saúde mental da cidade, na qual se inclui a implementação do CAIS Mental 8, Centro de Atenção Integral à Saúde Mental no distrito 8, região centro da

cidade de Porto Alegre. A proposta previa não apenas uma arquitetura diferente da hospitalar para esse serviço, mas um redimensionamento do seu fazer. O desafio foi realizar um desenho institucional que apontasse a acolhida e tratamento de sujeitos em crises psicóticas ou com neuroses graves incapacitantes, na direção da reabilitação psicossocial, na construção ou reconstrução de laços sociais. O CAIS Mental 8 iniciou suas atividades abertas aos usuários no ano de 1996, sendo o segundo CAIS Mental em funcionamento na cidade (SIBEMBERG; SILVA, 2001),

A denominação ‘Centro de Atenção Integral à Saúde Mental’ foi substituída pela nova nomenclatura, inscrita na política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) passou a ser a nova referência institucional. Porém, foi acordado manter a antiga nomeação por seus efeitos metafóricos e reconhecendo o nome CAPS CAIS Mental Centro como denominação (SIBEMBERG; SILVA, 2001). Segundo Sibemberg e Silva (2001, p.11) o ‘CAIS é como o porto, lugar de chegada e de partida, ponto de referência numa travessia difícil que requer acolhimento, que possibilite o ir e vir’.

4.2 O grupo GAM: percurso no CAIS Mental

O grupo GAM iniciou suas atividades no CAIS Mental Centro em 22 de agosto de 2011, contando com no máximo oito participantes, uma enfermeira do serviço, um residente da psicologia, um estagiário da psicologia e uma mestranda. Era realizado às terças-feiras, no horário das 10h30, com duração de uma hora. No CAIS Mental Centro a entrada da estratégia GAM iniciou com a apresentação da proposta à equipe do serviço, a ideia foi aceita e a enfermeira do CAPS fazia a moderação do grupo de intervenção com o guia na companhia de uma pesquisadora, a equipe do CAPS concordou que a escolha do grupo de intervenção se daria por sorteio. Durante os grupos, a cada relato, segundo a enfermeira, os olhares que se encontravam pareciam dizer: ‘presta atenção, essa é a minha História, cuida bem disso que estou te contando’, e o vínculo entre os próprios usuários e entre usuários e trabalhadores do serviço foi se estreitando, e a cada novo encontro, os participantes foram se mostrando menos defensivos à aproximação e a revelar seus medos, angústias, a falar sobre o uso ou não de determinado medicamento prescrito, os efeitos produzidos no seu dia-a-dia e o que podiam fazer para buscar uma compreensão acerca de tudo que lhes tocava no cotidiano.

O temor inicial dos trabalhadores e usuários ao escutarem a expressão ‘Gestão Autônoma da Medicação’, por associarem a autogestão, foi desconstruída ao longo do grupo intervenção, abandonar o tratamento, incluindo o medicamento, não apareceu como efeito da estratégia GAM, inclusive, a consciência de buscar o tratamento e responsabilizar-se por ele foi evidenciado.

Ao término do grupo intervenção GAM, outro grupo surgiu como seu desdobramento, o grupo ‘Outras História’, coordenado pela trabalhadora que conduziu o grupo GAM em parceria com outra colega do serviço. Neste espaço, a proposta é a de leitura e contação de histórias de vida de outras pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico, de narrativas da experiência de conviver com o adoecimento e com o uso de psicofármacos, na perspectiva de continuar dando voz ao vivido. O grupo GAM vem sendo realizado e coordenado desde então pela enfermeira do serviço e conta com a participação por vezes de residentes e estagiários do CAIS.

4.3 A Enfermagem na saúde mental e o processo grupal

O conceito de grupo implica em distinguir o grupo propriamente dito e o agrupamento. O agrupamento define-se como um coletivo de pessoas que partilham de um mesmo espaço e interesse, entretanto não estabelecem vínculos emocionais entre si (ZIMERMAN, 2000). Exemplo dessa conformação seria uma fila de ônibus e uma conferência de evento científico (MARCOLAN; CASTRO, 2013). Entretanto os grupos se configuram não apenas como uma reunião de pessoas que partilham normas e objetivos comuns, mas essencialmente com relações e vínculos entre sujeitos com necessidades individuais e interesses coletivos (LANE, 2004).

Por natureza, o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo como, por exemplo, na equipe de enfermagem, durante a passagem de plantão, executando atividades educativas, entre outras (MUNARI; FUREGATO, 2003). A partir da década de 80 podemos encontrar várias pesquisas em periódicos nacionais relatando os trabalhos realizados por enfermeiros através de atividades grupais atendendo a uma variada clientela, tais como pessoas com problemas de locomoção, de hanseníase, de obesidade, de cardiopatias, grupos de mães, de adolescentes, de diabéticos (SCAIN, 1986).

É importante lembrar que o papel da equipe de enfermagem no contexto do manicômio restringia-se simplesmente ao de assistência ao médico, observando e registrando o comportamento dos pacientes. Nesse contexto é necessário que o enfermeiro e a equipe de

enfermagem evoluam para um papel terapêutico e não opressor, se desprendendo do modelo médico que visava apenas à doença e não o sujeito em seu contexto social (FERRETJANS *et al.*, 2001). No campo da saúde mental e da psiquiatria, a equipe de enfermagem utiliza a formação do vínculo terapêutico como principal ferramenta do trabalho, é através dos desdobramentos desse vínculo que a prática de enfermagem em saúde mental se constituiu. Esse processo de auxílio ao cliente psiquiátrico implica conhecimento teórico associado à capacidade de comunicação e de autoconhecimento, essa capacidade de ajuda exige alguns requisitos básicos, como empatia pelo outro, capacidade científica e consciência crítica (OLSCHOWSKI, 2001).

Os grupos de saúde mental são instrumentos de intervenção psicossocial e se constituem uma importante estratégia para produção de cuidado em saúde (BRASIL, 2013). Uma motivação apontada em Munari e Furegato (2003) para a realização do trabalho em grupo pelo enfermeiro é a possibilidade do paciente ter um vínculo e um suporte no grupo como uma forma de retomar a sua vida, o seu espaço na sociedade a caminho da reabilitação.

O processo grupal permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento individualizado, isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível. O grupo será uma oferta do serviço e mais um ponto da rede social de cuidado aos usuários no território de referência. (BRASIL, 2013).

Os grupos em saúde mental contribuem para a reabilitação do sujeito em sofrimento, para o seu autocuidado e com potencial para auxiliar a lidar com os problemas vivenciados, como o convívio social diário, as funções e as práticas, prejudicadas por uma condição histórica de sofrimento (RIBEIRO; MARIN; SILVA, 2014). Por ser uma estratégia para ser praticada de forma coletiva, a GAM pressupõe que na partilha de experiências em grupo emergem práticas cogestivas que resultam em decisões conjuntas sobre o tratamento. Segundo Onocko (2014, p.11), a gestão autônoma está empenhada em ampliar coletivamente as possibilidades de cuidado, e quanto mais os usuários, familiares e equipe de saúde estiverem conectados a uma rede de cuidados, mais possibilidades existem para administrar ou gerir a medicação de forma adequada.

4.3.1 Grupo GAM: uma experiência operativa em minha formação

A classificação dos grupos é adotada baseada no critério de sua finalidade a que se propõe e parte a divisão de dois grandes ramos genéricos: operativos e terapêuticos (ZIMERMAN, 2000). O grupo GAM, em minha experiência, foi concebido conforme a abordagem operativa.

Os grupos operativos foram inseridos na década de 1940 pelo psicanalista Pichon-Rivière (BERSTEIN, 1986), por possibilitar abordagens mais contextualizadas dos sujeitos e dos problemas por eles vivenciados, constituem-se a principal modalidade terapêutica em alguns serviços de saúde como o CAPS. A ideologia fundamental deste tipo de grupo é que o essencial é ‘aprender a aprender’, e que ‘mais importante que encher a cabeça de conhecimento é formar cabeças’ (ZIMERMAN, 2000).

Os grupos operativos possuem, ao mesmo tempo, uma tarefa explícita, que é aquela que está aparente, é o trabalho sobre o objeto concreto (estratégia), e outra implícita, que se refere ao trabalho sobre si, ou seja, a produção de subjetividade dos sujeitos com base no trabalho que está sendo desenvolvido (BAREMBLITT, 1982). Em saúde mental toda e qualquer atividade grupal dessa natureza, ou grande parte delas, terá como tarefa implícita a aprendizagem de habilidades comunicacionais e relacionais que favoreçam o restabelecimento de laços sociais e afetivos e a convivência dos sujeitos em sofrimento psíquico com outros na mesma condição, técnicos, familiares, amigos, comunidade e trabalho com valor social (reinserção pelo trabalho) (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

5 GAM: o cuidado, a família e a rede de apoio.

5.1 Uma reflexão crítica sobre o cuidado em saúde mental

‘A doença não é tudo, é só uma parte do que a gente é’.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida; para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

A GAM questiona necessidades e desejos dos usuários em relação ao uso da medicação e sobre os efeitos que este uso repercute em suas vidas. Também permite vislumbrar que não existe um único caminho para melhorar a qualidade de vida e que é necessário conhecer outros trajetos nesta direção e adaptá-los aos modos de viver de cada um. O grupo GAM trabalha as questões referentes ao uso de medicação psiquiátrica na perspectiva da contratualidade, entendendo que os assuntos abordados no guia ajudam os usuários a repensar sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos e, desta forma, aumentar seu poder de negociação com respeito ao seu tratamento junto à equipe que o acompanha.

Eu já tive libido, hoje não tenho mais, conversei com a minha médica sobre isso, pois me incomodava, ela me falou alternativas para mudar esse problema, como trocar a medicação, mas que igualmente me trariam outros prejuízos, acabei optando por continuar com a mesma terapia.

A fala da usuária revela a prática da contratualidade no serviço durante um grupo GAM, pois a questão da sexualidade foi abordada por ela durante o grupo, e muitos usuários se sentiram contemplados no discurso. Desta maneira, foi incentivado que aqueles para quem este quesito fosse um incômodo discutissem com seus médicos alternativas que fizessem melhorar ou amenizar esta complicação.

No decorrer do grupo surgiram diversas dúvidas sobre os efeitos colaterais das medicações, o porquê dos mesmos terem horário de ingestão, o porquê de tomar certo medicamento e não outro semelhante. Há também dificuldade dos usuários em conversarem com a equipe que lhes atende para falar sobre sua terapêutica, principalmente, com os médicos. Abordamos que a informação sobre o tratamento em saúde mental é direito de todo usuário do serviço de saúde e que eles podem a qualquer momento questionar sobre sua terapêutica. Para isto, fizemos a dinâmica da leitura da ‘Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental’ e da lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira). Importante destacar que muitos usuários desconheciam a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e a leitura do documento possibilitou uma discussão sobre os modos de cuidado em saúde mental antes da promulgação da lei, na perspectiva do isolamento e do manicômio, e atualmente, com o atendimento no território de vida das pessoas.

Falar é bom, eu tinha receio de falar para o médico as coisas que eu não gostava. Antes no SUS eles só davam a receita e nem conversavam com a gente, agora não é mais assim, me sinto ouvido.

O relato do usuário diz de como ele se sentia quando seu tratamento era realizado em um ambulatório de saúde mental do município de Porto Alegre, anteriormente à criação dos CAPS, ou seja, um cuidado pouco acolhedor, com escasso diálogo, centrado no médico e baseado na concepção da medicação como única forma de tratamento ao usuário com sofrimento psíquico.

As discussões acerca do tratamento medicamentoso, por meio de dinâmicas de leitura de bulas de medicação, de estratégias de ampliação de rede de apoio e incentivo a uma maior autonomia dos usuários, fez emergir mudanças em outras esferas da vida, como no cotidiano dos sujeitos, em suas moradias.

Estou mais organizada com a casa e comecei a lavar a louça. A casa organizada ajuda a me organizar por dentro.

O aumento de peso também foi um tema abordado pelos usuários durante o grupo. Muitos usuários referiram aumento de peso após o início do tratamento no CAPS e que isso lhes incomodava. Incentivamos e orientamos quanto à prática de exercícios físicos e a manutenção de uma dieta equilibrada, também importantes para uma melhor qualidade de vida. O ‘Grupo de Caminhada’ foi uma estratégia do serviço para estimular os usuários a adquirirem hábitos de vida mais saudáveis, sendo este grupo ainda incipiente no serviço e com pouca participação dos usuários.

Estou caminhando as segundas pela manhã com o CAPS e na quinta comecei a caminhar com a minha mãe na Redenção.

Dialogamos também sobre a possibilidade dos usuários frequentarem outros espaços, além do CAPS, para a prática de exercícios físicos, como grupos de Unidades Básicas de Saúde e de Associação de Moradores. Incentivar a construção de relações fora dos serviços de saúde

mental também foi um apontamento feito no grupo pelas mediadoras, na perspectiva de inserção social destes usuários na comunidade onde vivem.

Importante destacar que o conceito de cogestão foi amplamente discutido na GAM e ratificado que todos os conhecimentos trazidos no grupo, sejam eles advindos de profissional, acadêmico ou de usuário, eram igualmente importantes para os indivíduos ali presentes. Inicialmente foi um desafio, pois os usuários, muitas vezes, direcionavam o diálogo somente aos profissionais de saúde e não ao grupo, atitude que foi sendo retomada e desconstruída ao longo dos encontros. Houve a situação de uma usuária que discutiu com os integrantes do grupo como ela poderia auxiliar uma amiga de infância que fazia uso abusivo de álcool, tendo sido sugerido pelos usuários que ela buscasse auxílio nos grupos de Alcoólicos Anônimos de sua comunidade.

No decorrer de alguns meses, os usuários foram criando confiança no coletivo para falar mais abertamente acerca de seus sentimentos, medos e angústias vivenciados no cotidiano fora do CAPS, como o estresse no trabalho e os preconceitos que sofrem por serem usuários de saúde mental. Importante destacar que poder falar sobre os sentimentos dos usuários no grupo trouxe-lhes uma experiência singular, pois muitos verbalizaram terem dificuldades de dialogar sobre seus sentimentos, seja por medo do julgamento ou por acreditar que o diálogo não lhes ajudaria a enfrentar tais situações – após conversarem em grupo, verbalizaram sensação de acolhimento e amparo sobre suas questões de sofrimento psíquico.

A maneira como vocês conversam com a gente aqui (no grupo) é diferente, antes eu não falava, achava bobagem, guardava tudo pra mim, hoje eu sei que é importante e me faz bem, quarta é um dia importante pra mim.

5.2 Grupo GAM: o estigma, a rede de apoio e a família.

A GAM trabalha as redes de apoio dos usuários de saúde mental, entendendo que os relacionamentos que foram construídos ao longo da vida são parte da rede de apoio dos usuários. Os relacionamentos são os laços que cada indivíduo estabelece com as pessoas que encontra na vida: laços familiares, de amizade, de amor, de trabalho, sendo um recurso valioso e que proporciona maior autonomia para os usuários (ONOCKO *et al.*, 2012). O segundo e

terceiro passo do Guia GAM trabalha questões de ampliação e fortalecimento de redes de apoio, pois se entende que quanto maior a rede de apoio dos usuários maior serão suas alternativas de escolha frente às dificuldades e demandas da vida diária.

Muitas vezes, experiências como ouvir vozes, sentir vontade de se matar e desconfiar dos outros podem afetar a autonomia, atrapalhando a capacidade de manter e formar laços afetivos. É aí que os recursos – comunitários, de saúde, de convívio, de trabalho, de diversão – podem ajudar a reencontrar um lugar na comunidade onde se vive (ONOCKO *et al.*, 2012).

Foi trazido pelos usuários que eles gostariam de poder falar com as pessoas fora do CAPS, sem a sensação de serem discriminados por causa do seu sofrimento psíquico.

*Difícil desfazer o estigma dos vizinhos que viram a SAMU me levando,
estava batendo nas coisas, gritando, mas era porque eu estava doente,
agora eles têm medo de mim.*

A narrativa traz uma situação vivenciada por um indivíduo que há poucos meses havia iniciado tratamento no CAPS. Por meio de sua fala, vários usuários sentiram-se contemplados e trouxeram também experiências em que sofreram preconceitos fora do serviço, como o relato do usuário verbalizando término de relacionamento após contar para a namorada que fazia uso de medicação psicotrópica. As experiências relatadas no grupo foram importantes para demonstrar que, apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica ter sido promulgada em 2001 e serem implantados os Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo de cuidado em saúde mental substitutivo à lógica manicomial, há muito a ser desconstruído nas concepções da sociedade acerca do cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico.

No guia GAM parte um é abordado o tema da rede de apoio utilizando como estratégia o ‘mapa da rede social’ (ANEXO). Esse instrumento possibilita analisar a relação entre as pessoas e a interação social das mesmas. Em todos os mapas confeccionados a família apareceu como sendo a rede de apoio mais próxima do usuário. Vale destacar que, ao iniciar acolhimento no CAPS, além das entrevistas iniciais e consulta psiquiátrica do usuário, também seus familiares são chamados a participar de entrevista em grupo, a qual é realizada pela enfermeira do serviço. Trata-se de uma etapa importante da terapêutica do usuário, pois, por meio dos familiares, se elucida a história do ingressante, se esclarecem dúvidas acerca do tratamento e

funcionamento do serviço e insere-se a família também como responsável e protagonista do cuidado.

A família representa o primeiro núcleo de pertencimento do indivíduo, sendo a instituição social em que nos conhecemos como seres humanos, delineamos nossa personalidade e padrões de relacionamento, aprendemos afetos, apoios e solidariedade entre outros valores sociais e morais. Ao mesmo tempo, é na família que vivenciamos conflitos, crenças e costumes que podem suscitar experiências negativas, que repercutem em nosso comportamento e ações. Desse modo, a família é um grupo que, potencialmente, pode levar-nos ao crescimento e desenvolvimento, mas também ao sofrimento ou padrões mais fragilizados na relação com a sociedade (OLSCHOWSKY; LAVALL; CAMATTA, 2013).

Sinto adversidades na minha família. O meu irmão não conversa comigo e eu não converso com ele. Tenho medo dele, o medo de socializar piora com ele.

No período da Revolução Francesa instituiu-se o saber alienista, que tinha entre suas intervenções o isolamento como terapêutico, justificando o afastamento da família do seu familiar adoecido. A família precisava ser afastada, segundo a concepção da época, pois era considerada produtora da alienação mental, ou seja, a doença mental provinha da estrutura familiar, que se mostrava falha na função de educar e incapaz de controle sobre as paixões que acometiam os indivíduos no ambiente familiar (ROSA, 2003). Com as experiências da reforma psiquiátrica ocorridas em meados do século XX, a família voltou a compor o cenário de assistência, devido à desospitalização e desinstitucionalização ocorridas em vários países (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Dentre os movimentos reformistas, a reforma basagliana promoveu a ruptura com o paradigma clínico psiquiátrico, colocando em evidência o sujeito e orientando a intervenção para a invenção da saúde e produção de vida. Assim, o cuidado em saúde mental, vai considerar não somente a patologia e os sintomas, mas também as relações da pessoa com sofrimento psíquico, suas trocas e existência no mundo social (ROSA, 2003).

O cuidado realizado no domicílio envolve dificuldades – a sobrecarga, a convivência diária, o cuidar sozinho e realizar, junto com o cuidado, as atividades da vida diária, o

preconceito e o desconhecimento da doença. Desse modo, o convívio diário exige constante disponibilidade, o que muitas vezes, interfere na vida pessoal e social dos familiares cuidadores (LAVALL, 2010).

É importante ressaltar a contradição família pensada *versus* família vivida e a sua outra face, família estruturada *versus* família desestruturada, apoiada em uma visão sistêmica inclusiva e não conservadora, que reconhece múltiplas estruturas familiares que nada mais são do que formas diferentes de ser família, e que vão ganhando contornos específicos por intermédio do tempo e das peculiaridades do espaço geográfico, social e cultural (SOARES; PAGANI; OLIVEIRA, 2005).

A relação de proximidade entre profissional-família e o reconhecimento da história de vida da família se mostram como estratégias facilitadoras da identificação das necessidades do grupo familiar, o que permite um espaço potente de construção conjunta de um cuidado integral, atendendo às expectativas dos sujeitos envolvidos, agregando forças e modos diversos que impulsionam a construção de estratégias inovadoras de promoção de saúde em que subjetividade e singularidades são marcadores definidores das ações de Saúde Mental (OLSCHOWSKY; LAVALL; CAMATTA, 2013).

Eu não tenho amigos, não tenho trabalho, minha rede social é o CAPS e a minha família.

É fundamental considerar que o provimento de cuidado doméstico à pessoa com sofrimento psíquico é um trabalho complexo, historicamente retirado da família e que agora lhe está sendo restituído. Esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com as frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções (BRASIL, 2013).

O desafio que se mostra aos serviços de saúde mental é permitir aos familiares adotarem uma atitude protagonista, pois a ação se revela na sensibilidade das pessoas, na vivência do cotidiano, no acolhimento, no vínculo e na responsabilização de todos sujeitos envolvidos (OLSCHOWSKY; LAVALL; CAMATTA, 2013).

6 CONCLUSÃO

Através deste relato, pode-se concluir a importância do grupo GAM para o tratamento dos usuários com transtorno mental no CAIS Mental, pois proporciona um espaço de discussão e de trocas de afetos e experiências referentes ao uso da medicação psiquiátrica, o que empodera

os usuários sobre seus tratamentos e, conseqüentemente, favorece a aplicação de terapêuticas que melhor lhes convenham.

A GAM, além de repercutir no tratamento de saúde mental, é uma ferramenta potente para a construção de autoconhecimento dos usuários, mudanças de estilo de vida, ampliação de redes de apoio e autonomia dos mesmos. Também atua como um importante instrumento de desconstrução da lógica médico-centrada e hospitalocêntrica, pois na GAM se entende que o saber do usuário e familiares também é fundamental para a construção de seu plano terapêutico singular e que o CAPS é um dispositivo de cuidado territorializado, oferecendo um cuidado integral aos seus usuários com uma equipe multiprofissional e transdisciplinar.

Foi muito importante para minha formação de especialista em saúde mental participar do grupo GAM, pois foi onde vivenciei o papel da enfermagem na assistência ao paciente psiquiátrico, como cogestora e mediadora de grupo, como pessoa de referência de alguns usuários e como articuladora de um cuidado integral. No CAPS o papel da enfermagem é fundamental para o funcionamento do serviço e para o acompanhamento dos usuários. A proximidade do posto de enfermagem com a sala em que ocorre as oficinas e o centro de atenção diário (CAD) favorece a formação de vínculos dos usuários com a equipe de enfermagem, sendo a formação do vínculo terapêutico a principal ferramenta do nosso trabalho, repercutindo numa maior confiança do usuário na equipe e, portanto, numa melhor relação com o seu tratamento.

Faz-se necessário continuar difundindo a prática da GAM nos diversos serviços de saúde mental presentes no país, realizar discussões com grupos de outros serviços, a fim de qualificar o dispositivo e de se entender que os assuntos presentes no guia não se esgotam. Além de favorecer o cuidado em saúde mental e o aumento do poder de negociação do usuário nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento, a GAM também é uma ferramenta importante de fortalecimento dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira.

BIBLIOGRAFIA

1. Lavall E. Família e o cuidado de saúde mental realizado no domicílio: um estudo avaliativo (Dissertação). Porto Alegre. Escola de Enfermagem, UFRGS;2010.

2. Moreno V, Alencastre MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37 (2): 43-50.
3. SOARES, T. Q. S.; PAGANI, R.; OLIVEIRA, D.L. Abordagem a Família no PSF: Escola de formação em Saúde da Família. 2005. (mimeo).
4. OLSCHOWSKY, A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação 'Latu Sensu'. 2001. 233p. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
5. LANE, STM. O processo grupal. In: Lane STM, Codo W. *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Editora Brasiliense; 2004. P. 78-98.
6. GUERINI, Lorena Rodrigues. Da prescrição à tradução: apoio institucional e matricial a partir da Gestão Autônoma da Medicação / Lorena Rodrigues Guerini. – 2015. 204 f. Orientador: Eduardo Henrique Passos Pereira. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015. Bibliografia: f. 196–203.
7. ____ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 25/10/2019).
8. CORREIA JÚNIOR, R. O Tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais no Brasil – De Legalização da Exclusão à Dignidade Humana. *Revista Dir. sanit., São Paulo v.15 n.1, p. 40-60, mar./jun. 2014.*
9. PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia* 41, p. 24-38, Maio/Ago, 2013.
10. BEZERRA, I.C.; MORAIS, J.B.; PAULA, M.L. SILVA, T.M.R.; JORGE, M.S.B. Uso de Psicofármacos na Atenção Psicossocial: Uma Análise à Luz da Gestão do Cuidado. *Saúde debate*, v. 40, n. 110, p. 148-161. 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611011>.
11. CLÉMENT, M; DEL BARRIO, L. R; GAGNÉ, J; LÉVESQUE, A. Participação dos usuários no planejamento e organização dos serviços de saúde mental no Quebec. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18, nº10, out. 2013.
12. SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência e saúde coletiva*, v.18, n.10, p. 2813-24, 2013.
13. ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.43, p.967-80, out./dez. 2012

14. Ribeiro, L. A., Marin, L. L., & Silva, M. T. (2014). Atividades grupais em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(3), 283-293. Recuperado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9980/8990>
15. SZPIGEL, E; COELHO, W. *Emergência, Ética e Deontologia, Saúde Mental*. Salvador: SANAR, 2015.
16. PAULON, Simone; OLIVEIRA, Carmem; FAGUNDES, Sandra. *25 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
18. ZIMERMAN, David E. *Fundamentos Básicos das Grupoterapias – 2 ed*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
19. MARCOLAN, João Fernando; CASTRO, Ribeiro Rosiani. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar – 1 ed*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
20. CAMATTA, Marcio Wagner; OLSCHOWSKY, Agnes; LAVALL, Eliane. *Família e o cuidado em saúde mental*. In MARCOLAN, João Fernando; CASTRO, Ribeiro Rosiani. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar – 1 ed*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.p 299 – 316.
21. STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado. *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri, SP – Manole, 2008.
22. SIBEMBERG, Nilson; SILVA, Maria Cristina. *Notas de um percurso inacabado*. *Revista do CAIS Mental Centro: do CAIS Mental 8 ao CAPS CAIS Mental Centro, 10 anos*, Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde, vol. 1, janeiro, 2001.
23. FERRETJANS, Vannia; et al. *Enfermagem no CAPS II – CAIS MENTAL CENTRO: desenvolvimento de um trabalho terapêutico*. *Revista do CAIS Mental Centro: do CAIS Mental 8 ao CAPS CAIS Mental Centro, 10 anos*, Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde, vol. 1, janeiro, 2001.
24. ROSA, Lucia. *O Transtorno Mental e o Cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.
25. *GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores*. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL.

- DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>.
26. FAGUNDES, Sandra; SILVA, Maria Cristina. Porto Alegre: Nossa cidade e a Saúde Mental Coletiva – 20 anos – Recorte do Movimento em Atos. In: LEITE, Loiva; SCARPARO, Helena et al. Saúde Mental Convida: Registros das trajetórias da Saúde Mental na cidade de PoA. Porto Alegre:SMS, 2013.
 27. ____BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.
 28. PIRES, JOYCE; RESENDE, LAURA. UM OUTRO OLHAR SOBRE A LOUCURA: A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL E A LEI N.10.216/2001 CAD. ESC. DIR. REL. INT.(UNIBRASIL), CURITIBA-PR | VOL. 2, Nº 25, JUL/DEZ 2016, P. 34-47.
 29. PASSOS, Rachel Gouveia. LUTA ANTIMANICOMIAL NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO: DESAFIOS ATUAIS FRENTE A REAÇÃO CONSERVADORA . Socied. em Deb. (Pelotas), v. 23, n. 2, p. 55 - 75, jul./dez. 2017.
 30. BARBOSA, Guilherme Correa Barbosa; COSTA, Tatiana Garcia da; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.
 31. SILVEIRA, Marília; MORAES, Márcia. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em Saúde Mental. ECOS | Estudos Contemporâneos da Subjetividade | Ano 8 | Volume 1. 2017.
 32. FREITAS, Ana Carolina Machado et al. EMPODERAMENTO E AUTONOMIA EM SAÚDE MENTAL: O Guia GAM como ferramenta de cuidado. Santa Maria, v. 42, n.2, p. 149-156, jul./dez. 2016.
 33. SILVEIRA, Marília. Vozes no corpo, territórios na mão: loucura, pesquisa e escrita no pesquisarCOM. Porto Alegre, 2013. 134. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2013.
 34. BERSTEIN, M. 'Contribuições de Pichon-Riviére à psicoterapia de grupo'. Em: Grupoterapia hoje. 1986.108-134.
 35. BAREMBLIT, G. 'Notas estratégicas a respeito da orientação da dinâmica dos grupos na América Latina. Em : Grupos, teoria e técnicas, 1982.p. 7-10.

36. BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; FARINHA Marciana Gonçalves. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica* - XXIV(3): 366-378, set-dez, 2018.
37. GUERRA, Sandra. Gestão Autônoma da Medicação: construção e análise de narrativas. In: Salão UFRGS 2015: SIC - XXVII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFRGS, 2015, Porto Alegre.
38. SCAIN, Suzana Fiare. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, E A GRUPOS DE CLIENTES DIABETICOS. *Revista Gaúcha de Enfermagem Porto Alegre*, 7(2):232-246, Jul. 1986.
39. MUNARI, Denize; FUREGATO, Antonia. *Enfermagem e grupos – 2 ed.- Goiânia.AB*, 2003.

ANEXO - MAPA DA REDE SOCIAL

No guia GAM parte um é abordado o tema da rede de apoio utilizando como estratégia o ‘mapa da rede social’.



Figura 1 – Mapa Mínimo de Relações proposto por Sluzki⁽⁵⁾