

Ricardo Burg Ceccim e Cláudia Rodrigues de Freitas
ORGANIZADORES

**fármacos,
remédios,
medicamentos:**

O que a
educação
tem com **isso**
VOLUME 1

editora



redeunida

Coleção Vivências de Educação na Saúde

MEDICAMENTOS, CUIDADO E REDES DE CONVERSA ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

2

O que pode a Gestão Autônoma da Medicação?
protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde

Cogerir com crianças:
a (co)Gestão Autônoma da Medicação em experimentação na saúde mental infantojuvenil

Medicalização, psicofármacos e portas de saída

Guia da Gestão Autônoma da Medicação:
articulações com a educação

O que pode a Gestão Autônoma da Medicação? Protagonismo e transformação das práticas de cuidado em saúde

Analice de Lima Palombini; Ana Luiza Ferrer;
Douglas Casarotto de Oliveira; Lígia Castegnaro
Trevisan; Paula Emília Adamy

Introdução

No Brasil, no espaço de tempo que durou o processo de redemocratização do país a que se chamou de Nova República e em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, a Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo movimento de luta antimanicomial, possibilitou uma transição do modelo hospitalocêntrico de cuidado em saúde mental para um modelo de base comunitária. Essa transição trouxe transformações importantes para o campo da clínica, qualificando a atenção como psicossocial, territorializada e em rede intersetorial (FIGUEIREDO, 2010). Apesar disso e dos efeitos incontestáveis que o cuidado em liberdade, no território e em rede pôde produzir para a melhoria das possibilidades de vida de usuárias e usuários da rede de atenção psicossocial, o tratamento farmacológico manteve-se como modo dominante e pouco questionado de cuidado (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012). Se essa prevalência pode ser atribuída, por um lado, ao fenômeno global de cooptação da psiquiatria pelo poderio da indústria farmacêutica (WHITAKER, 2017), ela também é resultante da própria expansão e capilarização da rede de atenção psicossocial, uma vez que o uso de psicotrópicos é, via de regra, visto como um facilitador da gestão dos transtornos e da permanência de usuárias e usuários na comunidade, fora dos espaços de internação (DIAS; MUHL, 2020) — embora muitas vezes a população usuária da rede de atenção psicossocial desconheça os motivos ou a duração das terapias medicamentosas e tenha pouca chance de poder decidir sobre seu próprio tratamento (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

O uso acrítico do tratamento medicamentoso em saúde mental configura, assim, a face não reformada, por vezes oculta ou envergonhada, de nossa reforma psiquiátrica. A estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), de que tratamos aqui, busca desvelar o véu que esconde tal face e romper

o silêncio que recobre a medicamentação. Vale-se de uma ferramenta, o Guia GAM, para propiciar a usuáries(as) da atenção psicossocial o aumento do seu poder de negociação no que diz respeito ao seu tratamento medicamentoso. Além de reiterar o direito ao consentimento livre e elucidado para a utilização de psicofármacos, a GAM afirma e valoriza o saber que advém da experiência de uso do medicamento, encarnada pela pessoa usuária em seu próprio corpo.

A estratégia teve surgimento na década de 1990 no Quebec, Canadá, por iniciativa de organismos comunitários (rede de serviços alternativos em saúde mental e associações de direitos de usuáries da saúde mental) em parceria com a universidade. Entre 2009 e 2014, uma parceria estabelecida entre Brasil e Canadá elaborou a versão brasileira do Guia – Guia GAM-BR, em um projeto multicêntrico de pesquisa que contou com a participação ativa de acadêmicos/as, trabalhadores/as e usuáries/as de Centros de Atenção Psicossocial em municípios da região sul e sudeste do país. Experiência radical de protagonismo, democracia e cogestão, a pesquisa levou à *transformação*, mais do que à *adaptação* do Guia originário do Quebec em um instrumento brasileiro. Essa transformação, porém, longe de significar traição, manteve vivos os princípios que orientaram a elaboração da estratégia em seu nascedouro, envolvendo abertura ao saber singular, próprio à experiência do outro; reconhecimento da dignidade da pessoa e respeito aos seus direitos; afirmação do direito de recusar o tratamento proposto sem abrir mão do cuidado, com acesso a práticas alternativas em saúde mental (PALOMBINI; RODRIGUEZ DEL BARRIO, no prelo)

O processo participativo, democrático, cogestivo que deu origem à GAM e que conduziu a experiência brasileira mostrou-se, assim, conforme à política de saúde mental instituída pelo Estado brasileiro nos anos 2000, calcada nas noções de cidadania e de autonomia do/a usuárie/a, sendo dada ênfase, no caso brasileiro, ao dispositivo grupal como meio através do qual fazer operar a GAM (PASSOS *et al.*, 2013). Em nosso país, forjada na associação entre universidades, movimento de usuáries/ase serviços públicos de saúde mental, a GAM se disseminou por meio de projetos de pesquisa desenvolvidos por universidades, em sua maioria públicas, em diferentes estados, capilarizou-se pelas redes de atenção psicossocial, alcançou outras redes de atenção à saúde e, também, outros setores das políticas públicas. Essa expansão se fez acompanhar de um uso inventivo e localmente situado da estratégia que, preservando seus princípios, multiplicou as possibilidades de sua aplicação

(FERRER; PALOMBINI; AZAMBUJA, 2020). Apresentamos, a seguir, três experiências que expressam essa diversidade, tendo-se desdobrado das pesquisas pioneiras da GAM em nível nacional e no Rio Grande do Sul.

Dos grupos às experimentações de um coletivo da GAM em Santa Maria/RS

O Coletivo da GAM em Santa Maria/RS, a que hoje denominamos de grupo condutor da GAM, reúne pessoas com diferentes inserções institucionais, mas com interesse em discutir, fomentar e apoiar as práticas GAM e outras práticas emancipatórias em saúde mental no território da cidade e seu entorno. Formado por professores(as) universitários(as) e pesquisadores(as); trabalhadores(as) da rede e usuáries(as) dos serviços de saúde; estudantes de graduação e residentes multiprofissionais em saúde; este coletivo vem se constituindo e se fortalecendo ao longo dos últimos cinco anos.

A pesquisa multicêntrica desenvolvida entre os anos 2015 e 2018, sob coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com proposta de avaliar os efeitos da implementação da estratégia GAM como política de governo e para além dele em três diferentes regiões do estado (PALOMBINI *et al.*, 2020), foi o grande marco para instituição do coletivo da GAM em Santa Maria/RS, um dos centros coordenadores da pesquisa, vinculado à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A perspectiva metodológica proposta para o estudo – de caráter participativo e cogestivo – possibilitou a criação de encontros entre os diferentes grupos de pessoas envolvidos no processo da pesquisa. Desde as rodas de conversa – dispositivo da pesquisa-intervenção utilizado para produção e colheita das informações do campo – até os encontros para análise do material produzido, contou com ampla participação de um grupo de usuáries(as) e trabalhadores(as) da rede dos serviços, além dos(as) pesquisadores(as). Em conformidade com os princípios da estratégia GAM, a participação e a cogestão deram-se desde o planejamento das ações e da realização da pesquisa, rompendo com o estatuto convencional de “sujeitos do estudo”, que aparecem somente no momento da coleta de materiais de campo (CAMPOS, 2011).

O fortalecimento deste coletivo se intensificou a partir de dois programas de extensão, desencadeados como efeitos da pesquisa e paralelamente a ela, e que tinham como objetivo ofertar 1) formação para pessoas interessadas em utilizar a estratégia GAM e 2) apoio institucional para as que vinham conduzindo experiências com grupos GAM junto aos serviços de saúde. Dois aspectos desses projetos marcam uma inovação introduzida pela estratégia GAM em relação à formação para o trabalho no SUS. O primeiro diz respeito à prática de formação a partir da união dos dispositivos GAM e apoio institucional, sendo que tais práticas formativas se deram a partir de encontros com as equipes em seus territórios. O segundo refere-se à distribuição das vagas para o curso de formação para o trabalho com a GAM, que se deu de modo paritário entre trabalhadores(as) e usuários(as). Neste sentido, tal como a estratégia GAM preconiza, houve uma aposta no potencial dos(as) usuários(as) para o cuidado entre pares. O projeto também contribuiu como processo de educação permanente dos(as) trabalhadores(as), bem como dos(as) residentes multiprofissionais em saúde, ambos(as) convidados(as) a refletir sobre os modos de cuidado em saúde mental a partir dos conceitos da estratégia GAM, possibilitando revisitar pontos de vista, teorias e formas de cuidados na perspectiva de criação de novas abordagens. A construção das propostas, assim como todo planejamento e execução dos dois projetos de extensão, contou com a participação do mesmo grupo de usuários(as), residentes multiprofissionais em saúde e trabalhadores(as) da rede que estavam inseridos(as) no processo da pesquisa multicêntrica, além de ampliar a participação para outros(as) interessados(as).

Ao término das ações de pesquisa e de extensão, a cidade de Santa Maria contava com algumas experiências GAM em curso. Havia seis grupos GAM constituídos: um em uma policlínica, moderado por uma psicóloga; quatro em Centro de Atenção Psicossocial, modalidade II (Caps II), sendo três novos e um com quase os(as) mesmos(as) usuários(as) desde a época da pesquisa, e um dos grupos era moderado por uma das usuárias, participante do processo da pesquisa e da extensão; um grupo em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), moderado por duas agentes comunitárias de saúde. Além dos grupos, outras duas experiências GAM se constituíram nesse período: houve intensa aproximação de uma segunda ESF com o grupo condutor da GAM, produzindo no seu território encontros quinzenais moderados por agente comunitário de saúde e enfermeira; e um dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas (Caps AD) deu início a

experimentações que têm tomado o Guia GAM e seus princípios como uma referência para diferentes dispositivos (atendimentos individuais, oficinas, grupos) em funcionamento no serviço.

Quando muitos dos grupos concluíram a abordagem com o uso do Guia GAM, eles não findaram – deram início a um processo de reinvenção de suas práticas de autocuidado e cuidado em grupo. Assim, o grupo da policlínica, majoritariamente da terceira idade, havia se voltado ao estudo dos chás e ervas fitoterápicas, num movimento de retorno a um conhecimento adquirido transgeracionalmente, mas acrescido de uma novidade, que envolvia pesquisar sobre os efeitos terapêuticos das ervas. O conhecimento sobre cultivo e sobre as propriedades das plantas foi feito pelos(as) usuários(as) do grupo em conjunto com a psicóloga. Em 2019, o grupo já colhia os frutos do acúmulo deste aprendizado, compartilhando suas experiências em eventos com usuários(as) e trabalhadores(as). Além disso, muitos(as) usuários(as) haviam reduzido a quantidade de medicamentos utilizados (especialmente benzodiazepínicos e os para controle da acidez estomacal), substituindo-os pelo uso de chás. O processo foi ganhando corpo quando passou da simples administração do chá para uma maior amplitude terapêutica, que incluía o cultivo das plantas, a (re)apropriação dos conhecimentos familiares, e a invenção de novas formas de cuidar de si, disparadas pelo grupo GAM.

O grupo mais antigo do Caps II também passou por inúmeras transformações: com o término do trabalho com o Guia GAM, passaram a assistir filmes e ler livros que dialogavam com a loucura e a reforma psiquiátrica. Com a moderação do grupo realizada por uma usuária e com o apoio de estagiários(as) e uma mestrande, o grupo começou a utilizar a arte teatral como dispositivo para reflexão e movimentação de afetos. Os convites para as apresentações de teatro se intensificaram com os eventos pela cidade e universidades. Dos grupos mais recentes do mesmo Caps, dois deles foram criados por trabalhadores(as) e ainda se utilizavam do Guia GAM como principal dispositivo. A diferença é que um era realizado no próprio Caps e outro em uma Unidade Básica de Saúde. O terceiro grupo já nasceu a partir de uma iniciativa nova, proposta por um estagiário de psicologia, que se denominava FutGAM. Contou com a participação de alguns membros homens que tinham participado da pesquisa multicêntrica, unindo a paixão por futebol e a necessidade de realizar exercícios físicos com encontros após as partidas que refletiam acerca dos preceitos da GAM. Aos poucos as mulheres foram chegando, ocupando também este espaço, colocando em análise o preconceito de gênero.

Já o grupo que ocorria na Estratégia Saúde da Família (ESF), após a utilização do Guia GAM, passou a se dedicar a um interesse que unia a todas (era um grupo de mulheres) as participantes do grupo – o artesanato e as artes manuais. Passaram a fazer crochê, tapetes, decorar panos de prato... e resolveram vendê-los, o que propiciou o início de um debate sobre geração de renda. Era uma questão que perpassava a todas ali – as participantes quase não saíam para passear, o que, via de regra, devia-se também à pouca renda disponível para o lazer. Com o recurso da venda dos produtos em feiras, passaram a organizar passeios pela cidade e região. O processo reflexivo a partir do dispositivo do Guia GAM, ancorado nas trocas de experiências, proporcionou a vivência de graus de autonomia nunca imaginados. A possibilidade de produzir e gerenciar o próprio dinheiro, além de escolher os locais por onde passear, disparou processos de cuidado de si e do outro que reverberaram em todas as esferas de suas vidas.

Com o término do financiamento da pesquisa multicêntrica, em 2019, os encontros com alguns participantes desses grupos – usuários/as e trabalhadores/as – continuaram acontecendo, mas quinzenalmente, em um dos serviços de saúde – um Caps AD –, visando aproximar discussões sobre drogas proscritas e prescritas e as experiências desses/as usuários/as. Já denominado como grupo condutor da GAM, seus/suas integrantes planejaram uma proposta de educação permanente em saúde (EPS) voltada a trabalhadores/as da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os/as da Atenção Básica. A proposta, pactuada com a coordenação de Atenção Psicossocial do município, consistia em reunir trabalhadores/as dos serviços de saúde de cada região de saúde, usuários/as e familiares de usuários/as que fazem uso de medicação psicotrópica, para apresentar a estratégia GAM e trocar experiências com os grupos já existentes. O Apoio Institucional foi o arranjo pensado como oferta aos serviços de atenção básica que se interessassem em organizar grupos GAM.

Apenas um encontro foi realizado em uma região de saúde, pois o grupo foi surpreendido pela pandemia do coronavírus. A partir deste momento, o grupo condutor da GAM de Santa Maria se deparou com a impossibilidade de retomar seu planejamento, como viu seus próprios grupos GAM interromperem seu funcionamento devido à necessidade de distanciamento social. Dois meses após o início da pandemia, o grupo condutor pôde propor um encontro virtual. Mais de vinte pessoas, entre professores(as) de

três universidades, estudantes de graduação, residentes multiprofissionais em saúde, trabalhadores(as) dos serviços de saúde mental e de atenção primária e usuários(as), passaram a se encontrar semanalmente, sempre de forma virtual. Juntos, construíam alternativas para se reinventarem em meio à pandemia. Essa experiência foi registrada como capítulo do livro “Atenção Psicossocial e Covid-19: fortalecimento coletivo para garantir o cuidado” (MONAIAR *et al.*, 2020).

Dentre as reinvenções singulares de cada grupo, possibilitadas pela retomada on-line do grupo condutor GAM, um Ciclo de debates virtual foi planejado, visando substituir a proposta de educação permanente em saúde presencial. O Ciclo foi pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde, houve intensa divulgação para todos os serviços da atenção básica e de saúde mental do município e para além dele. Os debates foram realizados entre setembro e dezembro de 2020, com encontros quinzenais de duas horas de duração. Os temas abordados foram escolhidos a partir do interesse e necessidades do próprio coletivo, perpassando questões de saúde mental relacionadas à pandemia, grupos de mútua ajuda on-line, geração de renda, uso de drogas prescritas e proscritas, práticas integrativas e complementares, a GAM como produtora de projetos de vida. Participaram 217 pessoas, provindas de 41 cidades brasileiras, sendo a maioria estudantes e trabalhadores(as) da saúde, contando também com usuários(as) dos serviços.

O planejamento e a execução do ciclo de debates fizeram com que o grupo condutor vivenciasse o princípio da horizontalidade em sua radicalidade. As relações entre as pessoas e o amadurecimento do próprio grupo foram a base deste processo. As pautas e os interesses eram trazidos por qualquer membro, sem distinção do seu lugar de fala e sem privilégios com relação aos interesses de determinados grupos. Em geral, pesquisadores(as) e/ou trabalhadores(as) possuem mais poder de fala e decisão em relação a usuários(as), o que não aconteceu ali. Os(as) usuários(as) participavam assiduamente, apropriando-se dos encontros, trazendo pautas e temas que lhes eram de interesse, assumindo a condução lado a lado com trabalhadores(as) e pesquisadores/as envolvidos/as.

Os debates seguiam um mesmo formato: fala de um(a) convidado(a) externo com experiência no tema abordado e relato de experiências vivenciadas pelos membros do coletivo. Assim, o Ciclo cumpria duas funções: primeiro, ajudar o próprio grupo a refletir sobre as experiências, gerando reflexões

ampliadas sobre o que o grupo estava produzindo, os limites das propostas e os desafios a serem enfrentados no contexto da pandemia; segundo, divulgar as práticas GAM e outras práticas emancipatórias, afetando mais pessoas e fomentando a implantação de novas experiências. Os debates foram compartilhados no canal do coletivo no YouTube (GAM centro RS, 2021), além da divulgação nas redes sociais já existentes.

Em 2021, o coletivo segue com encontros virtuais e novos planejamentos para fomento e apoio das estratégias GAM nos territórios, adaptadas ao contexto da pandemia. Ancorada em um projeto de pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e ao Observatório Internacional de Práticas GAM (SURJUS *et al.*, 2020), a experiência desse coletivo vem mostrando a importância da articulação entre ensino, pesquisa e extensão – portanto, entre universidade, serviços, gestão municipal e territórios – para sustentar espaços de formação e implementação de ofertas de cuidado em saúde mental produtoras de vida, pautadas em direitos, cidadania e protagonismo.

Quando a GAM se encontra com a redução de danos

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), inspirada na perspectiva italiana da desinstitucionalização (AMARANTE, 2007), as práticas pioneiras da Redução de Danos (RD), ligadas à prevenção do vírus da Aids (LANCETTI, 2007, ADAMY, 2014), e as do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), ligadas à experiência canadense de problematização acerca do uso de psicofármacos no cuidado em Saúde Mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2018), atuam com uma força disruptiva em relação às práticas hegemônicas referidas às drogas prescritas e proscritas. Seguindo Medeiros (2013) e Rodrigues (2014), consideramos drogas prescritas àquelas conhecidas popularmente como medicamentos; e drogas proscritas, àquelas banidas a partir da guerra às drogas, incluindo, porém, nesta última, também o álcool que, embora de uso lícito, não é droga considerada “medicamento”. Ambas as drogas – as prescritas e as proscritas – tensionam os lugares instituídos dos envolvidos com tais iniciativas, seja o lugar de pesquisador(a), profissional, louco(a), drogado(a), estudante. Dessa forma, apresentam-se com um potencial ímpar à desconstrução dos manicômios mentais que permeiam nossa sociedade em geral (PELBART, 1990) e mesmo muitos serviços de saúde mental constituídos após lei de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

RD e GAM têm aspectos instituintes em relação às drogas, que podem ser esquematizados em quatro princípios. O primeiro diz respeito à problematização da noção de drogas. Tanto a RD, em relação às drogas proscritas, como a GAM, em relação às drogas prescritas, problematizam a noção de droga e seus sentidos polarizados, drogas boas ou más. O segundo princípio é que a relação de cada sujeito com uma substância é singular, sendo que as situações de uso requerem ser consideradas a partir das relações entre sujeito, substância e contexto (CORRÊA, 2010) ou, dito de outra forma, na relação sujeito, *set* e *setting* (RODRIGUES, 2014). Um terceiro princípio diz respeito à participação das pessoas que usam drogas na construção das experiências RD e GAM. Na Holanda, usuários(as) de drogas injetáveis buscam alternativas para que, mesmo optando pela manutenção do uso de drogas, possam se cuidar a fim de não contraírem hepatites através do compartilhamento de seringas (EICHEMBERGUER, 2016). No Canadá, usuários(as) dos serviços alternativos de Saúde Mental constroem uma maneira de ter mais autonomia em seu tratamento, a partir de um olhar para sua relação com os medicamentos psiquiátricos, o que inclui como alternativa a opção por não mais utilizá-los (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013). Por fim, um quarto princípio refere-se ao fato de que ambas as experiências têm como ponto de partida o reconhecimento do saber dos(as) usuários(as) de drogas a respeito do uso que fazem das mesmas. É a partir da emergência desses saberes, produzidos em suas experiências com as drogas, que, coletivamente, passam a inventar modos de subjetivação distintos daqueles ligados às noções jurídico-policiais, médico-psiquiátricas e moral-religiosas, que se apresentam de forma hegemônica.

O encontro entre RD e GAM e a consequente relação entre drogas proscritas e drogas prescritas têm sido abordados recentemente sob diferentes perspectivas e com focos distintos. Medeiros (2013) apresenta problematizações acerca do uso do Guia GAM em um Caps AD. Rodrigues (2014) articula a experiência GAM com as drogas psicodélicas. Fischer-Lomonaco e Frei (2019) discutem a metodologia GAM na relação às drogas proscritas. Ferreira (2019) enfatiza diretamente a GAM e a Redução de Danos. Já Caron (2019) parte de uma experiência de apoio em diferentes serviços de saúde, entre os quais se inclui um Caps AD. Dentre as experimentações atuais com a GAM conectadas à Redução de Danos em que nos engajamos, uma delas tem se dado a partir de um Caps AD de Santa Maria, como apontado acima; e uma segunda diz respeito à sua inserção no campo HIV/Aids. A problematização de ambas será apresentada a seguir.

GAM em um Caps AD: a conexão entre o campo das drogas prescritas e proscritas

Duas especificidades são importantes de serem pontuadas em relação à experiência GAM em um Caps AD de que se trata aqui. A primeira delas é a de que um pesquisador do grupo é também trabalhador desse serviço desde sua criação, há mais de dez anos. A segunda é em relação às noções que têm animado a criação das práticas desse Caps AD, alinhadas aos ideários da Política Nacional de Humanização do SUS e aos saberes advindos das experiências dos(as) agentes redutores(as) de danos (rd) gaúchos no campo do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Destacar a experiência dos rd se faz necessário em função da novidade que inauguram em relação ao cuidado quando, a partir de suas trajetórias *undergrounds* – são, conforme Souza (2013) prostitutas, travestis, usuários(as) de drogas, pessoas em situação de rua –, possibilitam uma visão ampliada sobre as problemáticas envolvendo o uso de drogas.

Para além deste lugar de pesquisador-trabalhador e da inspiração na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) e nas experiências dos rd, há outra noção base de onde parte nossa reflexão. É a noção de drogas como *pharmakon* (ESCOHOTADO, 1997), ou seja, como remédio ou como veneno em potencial. Ser um ou outro depende de fatores como dose, qualidade, objetivos do uso – nesse sentido, os fatores culturais são tão importantes quanto os farmacológicos.

Tendo como base esses elementos, as reflexões que apresentaremos a seguir perseguem a pergunta pelos efeitos que as experiências GAM realizadas neste serviço desde 2016 têm produzido sobre as práticas deste Caps AD. Um desses efeitos certamente é a compreensão de que a GAM pode ser considerada uma prática de redução de danos em relação às drogas prescritas. Embora pareça óbvia essa afirmação, o cotidiano de trabalho em saúde mental tende a instaurar uma separação entre drogas prescritas e proscritas que dificulta a consideração de ambas as substâncias como *pharmakon* (ESCOHOTADO, 1997).

Uma história ilustra o modo como a GAM incidiu sobre essa pretensa separação. Depois de um tempo de envolvimento dos(as) profissionais buscando inventar uma redução de danos no Caps, foi desenvolvida uma série de estratégias envolvendo conversa com as pessoas que chegavam ao serviço com suas queixas em torno ao uso de crack, cocaína, maconha,

álcool, para que pudéssemos acessar as suas experiências de uso das drogas. A GAM e o acesso à experiência com as drogas prescritas que ela suscita descortinou para a equipe um campo de possibilidades de intervenção em torno a estas drogas, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de ferramentas para lidar com essas experiências. Assim, passou a ser problematizado pela equipe o fato de que as pessoas chegavam ao serviço buscando ajuda para a relação com um tipo de drogas e saíam com outras drogas. Passou-se a questionar por que os usos dessas últimas não eram alvo das intervenções da equipe, para além do encontro com o(a) médico(a). O uso da estratégia GAM, por meio do Guia GAM, significou, portanto, um insumo à produção de saúde que, com sua materialidade, suas temáticas, suas questões, abre espaço para conversas, aprendizados, trocas sobre as drogas, borrando a separação entre prescritas e proscritas.

Um segundo efeito que a experiência GAM somada à experiência da rd suscita é uma problematização sobre a função do Caps. Olhar para a experiência com as drogas, pensar e aprender com elas sob a ótica de quem as usa e incluir esse exercício no cotidiano do trabalho têm produzido uma descentralização do lugar da droga no cuidado, uma abertura para que outros agenciamentos coprodutores do processo saúde-doença surjam das experiências das pessoas atendidas, com a conseqüente busca de práticas e dispositivos que acionem esses agenciamentos. Assim teve lugar o investimento da equipe em duas frentes de trabalho, visando o enfrentamento da miséria, do desemprego e do machismo. Em relação à miséria e ao desemprego, a geração de renda e economia solidária passou a ser investida, não como mais um dispositivo, mas como um dos carros-chefes dos serviços – um dos turnos de trabalho passou a funcionar com ênfase nessa prática, e a equipe cedeu sua sala para que se transformasse em um ateliê de produção. Em relação ao machismo, a vinculação das mulheres com o Caps passou a ser problematizada a partir de sua pouca permanência no serviço e sua baixa frequência às atividades acordadas em seu Projeto Terapêutico Singular. Diante disso, a equipe tem se articulado para a invenção de dispositivos de forma a incidir sobre a configuração do espaço físico em que as mulheres são recebidas ou problematizar a impossibilidade de estarem no serviço junto com seus filhos, dentre outros aspectos envolvendo as mulheres usuárias do Caps AD.

Um terceiro efeito da experiência GAM no contexto do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas é a de um deslocamento em relação aos

lugares instituídos entre as pessoas que circulam no serviço, seja como profissional, usuário(a), acadêmico(a), familiar, rede de apoio. Quem é a equipe do Caps? Quem cuida de quem? São questões que passaram a permear o cotidiano do serviço. Foi assim em uma discussão em reunião de equipe, em que se evidenciava uma separação entre servidores/as, estagiários(as) e residentes, onde só os(as) primeiros(as) se colocavam como “a equipe”. Uma sensibilidade cogestiva construída a partir da experiência GAM permitiu-nos, naquele espaço, o reconhecimento de que, apesar de proveniências distintas, todos éramos equipe. Mais além disso, levou-nos, ainda, ao questionamento se também os/as usuários/as do serviço não poderiam ser considerados/as equipe. Tal movimento pode ser considerado como efeito da lateralização e da circulação entre as funções que a experiência GAM produz, onde as figuras de pesquisador/a, cuidador/a, usuário/a circulam entre os/as participantes e o que se coloca em evidência são as experiências dos/das envolvidos/as e os saberes que elas suscitam. Foi a possibilidade dessa experiência se dar também em outros dispositivos do Caps que entrou em jogo e passou a ser colocada em questão no cotidiano de diferentes espaços ofertados pela instituição.

Por fim, a GAM no campo do cuidado de pessoas com problemas do uso abusivo de álcool e outras drogas tem um caminho recente, se comparada à GAM em sua constituição no campo das drogas prescritas. Dentre diferentes nuances a serem exploradas nessa relação, a experiência apresentada reforça a GAM tanto em seu potencial de dissolução das diferenças entre as formas do cuidado dirigido às pessoas que usam drogas proscritas (consideradas pejorativamente de usuárias de drogas) e o que se volta àquelas que usam drogas prescritas (não consideradas usuárias de drogas); quanto em seu potencial de produção de um cuidado onde outros agenciamentos coprodutores do processo saúde-doença possam ter seu reconhecimento.

A GAM e seu enlace com as estratégias de cuidado ao HIV

Na dimensão do cuidado integral em saúde às pessoas que usam álcool e outras drogas, as estratégias que promovem a autonomia do(a) usuário(a) como balizadora das ações encontram cada vez mais dificuldades de se consolidar. A demonização do uso de drogas e a estigmatização do(a)

usuário(a) têm contribuído para o incremento das práticas totalitárias e compulsórias das políticas de saúde e intersetoriais dirigidas a essa população. Neste contexto, aspectos relacionados aos agravos, como a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), que se concentram justamente nas populações mais vulnerabilizadas, fragilizam-se em suas estratégias de prevenção e cuidado.

A epidemia do HIV, hoje, é considerada de caráter concentrado. Isso significa que, em que pese os avanços obtidos no campo da assistência e da defesa dos direitos humanos, enquanto na população geral a prevalência do HIV é de 0,4% (BRASIL, 2016), algumas populações apresentam condições de vulnerabilidades maiores, demarcadas por determinantes sociais e de saúde da ordem dos estigmas e preconceitos, como o racismo institucional, o machismo, a homofobia, a transfobia. Todas essas questões acabam produzindo barreiras de acesso e se refletem em uma concentração maior das prevalências de HIV e outros agravos nestas populações, assim como são geradoras de diversas formas de sofrimentos psíquicos.

Pessoas que usam drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade, população negra, pessoas em situação de rua, população indígena e jovens, consideradas as populações-chave e prioritárias para a resposta ao HIV, permanecem estigmatizadas e lidam, diariamente, com vários obstáculos para acessar ações e serviços para prevenção e tratamento dos agravos de que são acometidas. As pessoas que usam drogas, por exemplo, que estão entre estas populações onde a epidemia está concentrada, apresentaram prevalência de HIV de 5,0% na Pesquisa Nacional sobre o uso de crack (BASTOS; BERTONI, 2014).

A experiência relacionada ao fortalecimento da autonomia que a estratégia GAM possibilita pode ser uma ferramenta potente para o fortalecimento da participação dos(as) usuários(as) no cuidado de si e dos outros, fator bastante presente na construção e manutenção da política de HIV, ao mesmo tempo que pode auxiliar com algumas problematizações necessárias às práticas de prescrição e medicalização neste campo. Uma dessas problematizações diz respeito à diretriz em relação à oferta do tratamento para todas as pessoas com diagnóstico positivo para o HIV e a recomendação de seu início precoce. Esta diretriz se justifica, dentro da política, não somente para melhorar a qualidade de vida, mas também porque, ao realizar o tratamento,

a carga viral pode se tornar indetectável e, estando indetectável, não há risco de transmissão do HIV. Portanto, trata-se de uma medida de prevenção que não se refere somente à pessoa em tratamento, mas visa promover efeitos relacionados à saúde coletiva. Para alcançar o objetivo de minimizar a transmissão, a adesão ao tratamento precoce passa a ser uma questão crucial, trazendo consigo todos os impasses éticos que animam o debate prescrição-autonomia-medicalização.

A premissa da estratégia GAM em relação ao trabalho da promoção da autonomia como elemento constitutivo do cuidado coloca este debate em outro patamar. Com relação aos medicamentos psicotrópicos, a recomendação da estratégia é de, inclusive, possibilitar que o(a) usuário(a) reconheça e identifique a sua própria crise e, com isso, possa gerenciar uma possível redução ou mesmo retirada da medicação. Portanto, uma das problematizações que se apresenta, de imediato, nesse encontro entre a estratégia GAM e a prevenção do HIV via tratamento precoce é: como fortalecer a autonomia do(a) usuário(a), se a recomendação é a da universalização da prescrição e da adesão ao tratamento?

Para o Ministério da Saúde, entende-se como adesão a utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais (ARV) prescritos pela equipe de saúde para o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, respeitando as doses, horários e outras indicações. Porém, o mesmo documento diz que o processo de adesão transcende à ingestão de medicamentos. Ele inclui o fortalecimento das pessoas vivendo com HIV (PVHIV); o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde e, especificamente, com a equipe de referência, se for o caso; o acesso à informação; o acompanhamento clínico-laboratorial; a adequação aos hábitos e necessidades individuais; o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde para promover a corresponsabilização do cuidado e, com isso, a maior autonomia dos(as) usuários(as). Nesse sentido, é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicossociais, estruturais, culturais e comportamentais e que facilita a aceitação e a integração de determinado Projeto Terapêutico Singular (PTS) no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre ele (BRASIL, 2008). De certo modo, o próprio texto normativo da política já apresenta a complexidade de fazer operar a adesão como utilização ideal dos medicamentos e a consideração da autonomia do(a) usuário(a), via construção do PTS.

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos/às usuários/as efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM) e por meio de dispositivo grupal, a proposta é de que os(as) usuários(as), valorizando o saber da sua experiência, tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e, assim, possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013, p. 2890-2891).

Dito isso, fica a reflexão de como a GAM pode contribuir com uma maior horizontalidade das relações para a inserção da promoção da autonomia nas estratégias da prevenção combinada do HIV com populações que vivem com HIV e que fazem uso de drogas. Aposta-se na possibilidade de produzir questões que auxiliem na problematização colocada pela medicalização da prevenção do HIV/Aids e das ofertas prescritivas que se fazem neste contexto, na sua relação com a universalização do tratamento precoce, o imperativo da adesão e o princípio da promoção da autonomia. Interessa-nos pensar estas questões junto com as pessoas que usam drogas e vivem com HIV, o que nos leva inevitavelmente a incluir neste debate as relações e interações entre o uso de álcool e outras drogas e o dos antirretrovirais, na perspectiva da redução de danos.

Medeiros (2013) disserta sobre a utilização de pesquisas como a GAM como ferramenta que contém abertura de questionamentos sobre o uso de medicamentos psiquiátricos, no contexto do cuidado em álcool e outras drogas, cuja prescrição é marcada pela falta de informações dos(as) usuários(as) diante do que é receitado, o que se reflete na “ausência de discussão sobre efeitos indesejáveis, mais particularmente em situações de supermedicação” (ONOCKO-CAMPOS; PASSOS; LEAL; PALOMBINI; SERPA *et al.*, 2012, p. 9). O autor aponta que a falta de relatos de experiências com uso de drogas faz com que as estratégias de cuidado ofereçam algo bem distante da promoção da autonomia. Pelas relações de troca que promove, a GAM pode incitar o reconhecimento das “experiências e [d]os saberes dos(as) usuários(as) quanto ao impacto do medicamento em suas vidas” (p. 10) e, também, o do uso de álcool e outras drogas.

Desde nossa perspectiva, este reconhecimento se faz necessário também no que se refere às PVHIV. Visto que o medicamento antirretroviral acaba ocupando um lugar de centralidade no paradigma da Prevenção Combinada do HIV, é importante colocar em pauta, junto às PVHIV que fazem uso de álcool e outras drogas, que as interações entre antirretrovirais e drogas psicoativas podem alterar o metabolismo hepático dos medicamentos e reduzir ou aumentar a concentração sérica dos ARV. E, uma vez que as PVHIV podem fazer uso de medicações variadas, importa sinalizar também que algumas associações dessas medicações com álcool e outras drogas produzem diversos efeitos (BRASIL, 2017).

Desse modo, pressupõe-se que ofertar conhecimento aos(as) usuários(as) sobre os efeitos do álcool e outras drogas na adesão ao tratamento e a potencial hepatotoxicidade do seu uso concomitante ao ARV, para que possam desenvolver coletivamente estratégias de redução de danos em relação ao uso de drogas e antirretrovirais, pode ser uma intervenção de fortalecimento da autonomia.

Para concluir

As reflexões e experiências apresentadas neste capítulo situam-se em três contextos distintos de cuidado em saúde e saúde mental e têm a GAM como experiência originária, produtora de transformações inequívocas nos modos de relação entre acadêmicos(as), trabalhadores(as) e usuários(as) de saúde, em torno às decisões que dizem respeito ao tratamento medicamentoso desses(as) usuários(as), com base na valorização do saber que advém das experiências singulares de adoecimento psíquico e de seu tratamento. Mas em que consiste a força da estratégia GAM para suscitar transformações e produções coletivas como as que acabamos de descrever?

Não há nada de mirabolante nisso. A estratégia, como dissemos na introdução, parte de princípios simples: reconhecimento e abertura ao saber da experiência dos(as) usuários(as); afirmação do direito de recusar o tratamento proposto sem prescindir do cuidado, com oferta de práticas alternativas que promovam saúde mental. O Guia GAM traz informações básicas – que deveriam ser acessíveis para todos(as) – sobre rede de atenção psicossocial, medicamentos e direitos dos(as) usuários(as) de saúde, além de formular perguntas – que poderiam ser formuladas em qualquer espaço de cuidado em saúde – que levam o(a) usuário(a) a reconhecer a si e ao seu entorno; identificar formas de cuidado de si

e redes de apoio com que possa contar; buscar seus direitos. Para uso do Guia, propõe-se o dispositivo grupal, onde a troca de experiências e o aprendizado compartilhado entre pares engendra o sentimento de pertença que fortalece o grupo nos seus exercícios de autonomia, protagonismo e defesa de direitos.

Uma experiência inédita de participação e exercício de cidadania é o que se abre, assim, no horizonte de usuários(as) abrangidos(as) pela estratégia GAM. Em um país como o nosso, de democracia pouca e frágil, extremamente desigual e marcado pelo racismo, a experiência participativa e cogestiva que a GAM promove assume o sentido de dignificação da vida. Uma vida digna pede espaços de fala, participação e cidadania – espaços que cada uma das experiências aqui narradas tratou de ir em busca, inventar, multiplicar. Para além dos(as) usuários(as) de saúde mental a quem a GAM, em sua origem, se destina, a luta por uma vida digna, a luta pela vida, se faz pungente hoje para as populações indígena, negra, quilombola, ribeirinha, LGBTQIA+, idosa, deficiente, sem-teto, sem-terra, de nosso país.

Desejamos que os princípios que orientam a estratégia GAM possam ganhar expressão, a seu modo, entre trabalhadores(as) e usuários(as) das diversas políticas públicas sociais e nas instâncias do controle social, fomentando espaços de fala e participação para as populações, reconhecendo os saberes que lhes são próprios e os direitos que lhes pertencem.

Referências

ADAMY, Paula Emília. **Das rodas e dos modos de andar a redução de danos**: territórios e margens de um trabalho vivo. 2014. 117f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Ict/Fiocruz, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília/DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em: 17 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt>. Acesso em: 11 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Ministério da Saúde, Brasília: 2016.

CARON, Eduardo. **Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo**. 2019. 264 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

CORRÊA, Guilherme. Drogas para além do bem e do mal. *In*: SANTOS, Loiva Maria de Boni (Org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 167-176.

DIAS, Marcelo Kimati; MUHL, Camila. Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: Reforma psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 60-74, mai./ago. 2020.

EICHELBERGER, Michele. **Itinerários da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: pontos de encontro e zonas de troca**. 2016. 137 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos**. São Paulo: Dynamis editorial, 1997.

FERREIRA, Indianara Maria Fernandes. **Gestão Autônoma da Medicação e redução de danos no contexto potiguar: uma composição possível?** 2019. 207f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. *In*: GUERRA, Andréa Máris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: CRV, 2010. p. 11-18.

FISCHER-LOMONACO, Daniel Fernando; FREI, Altieres Edemar. A metodologia da Gestão Autônoma da Medicação radicalizada às drogas proscritas: proposições éticas e biopotências. **Cadernos do CEAS: revista crítica de humanidades**, Salvador/Recife, n. 246, p. 92-120, jun. 2019. GAM Centro RS. 2021. Disponível em <https://www.youtube.com/channel/UCwa3QngU4C2cd4N-lalZKIA>. Acesso em: 11 jan. 2021.

LANCETTI, Antonio. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MEDEIROS, Rafael Gil. **O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: pesquisa, experiência e gestão autônoma**. 2013. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos; STEFANELLO, Sabrina; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; ANDRADE, Paula Milward de; BORGES, Luana Ribeiro Borges. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, out. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 04 jan. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima *et al.* **Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM**. 2. ed. Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2018.

PALOMBINI, Analice de Lima, FERRER, Ana Luiza; OLIVEIRA, Douglas Casarotto; ROMBALDI, Júlia Arnhold; AZAMBUJA, Marcos Adegas; PASINI, Vera Lúcia; SALDANHA, Olinda Maria de Fátima Lechmann. Produção de grupalidade e exercícios de autonomia na GAM: a experiência do Rio Grande do Sul. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 53-75, jul. 2020.

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; RODRIGUES, Sandro Eduardo; MELO, Jorge José Maciel; MAGGI, Paula Milward *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação. **Aletheia**, Canoas, v. 41, p. 24-38, ago. 2013.

PELBALRT, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. *In*: LANCETTI, Antônio. **SaúdeLoucura**, n. 2. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 129-138.

RIGONI, Rafaela de Quadros. **Assumindo o controle**: organizações, práticas e experiências de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

RODRIGUES, Sandro Eduardo. **Modulações do sentido na experiência psicotrópica**. 254 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2014.

SILVEIRA, Marília; MORAES, Márcia. Gestão Autônoma da Medicação: uma experiência em saúde mental. **ECOS – estudos contemporâneos da subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 138-152. 2018.

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: Direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas de redução de danos). 2013. 355 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva *et al.* Articulações GAM em Santos e a partir de Santos. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 122-142, jul. 2020.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

Cogerir com crianças: a (co)Gestão Autônoma da Medicação em experimentação na saúde mental infantojuvenil

Janaína Mariano César; Luciana Vieira Caliman; Victoria Bragatto Rangel Pianca; Luana Gaigher Gonçalves; Alana Araújo Corrêa Simões; Anita Nogueira Fernandes; Merielli Campi Partelli; Adrielly Selvatici

Introdução

Busca-se colocar em análise a construção de uma pesquisa-intervenção participativa realizada com grupo de crianças e adolescentes em uma oficina no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps i) de Vitória/ES, inspirada nos princípios da Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): cogestão e autonomia. Visando problematizar a pouca participação de crianças e adolescentes no cuidado em saúde mental, a oficina proposta teve como direção o exercício ético-político da cogestão. Este texto versa, sobretudo, sobre os desafios e possibilidades dessa experiência no campo da saúde mental infantojuvenil.

Os Caps, criados na década de 1990, a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007), vêm se constituindo como importantes dispositivos para a reorientação da assistência por uma lógica intersetorial, atuando no território a fim de ordenar uma rede de pessoas e serviços que possam promover processos de inclusão social junto aos sujeitos com transtornos mentais (SALLES; BARROS, 2013). Mais recentemente, no início dos anos 2000, foram também implementados os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Caps i, direcionados para o cuidado de crianças e adolescentes (COUTO, 2012).

Os Caps proporcionaram grandes avanços em relação aos modos de atenção à saúde mental (SALLES; BARROS, 2013). No entanto, no exercício de ultrapassagem da lógica asilar-manicomial, é importante identificar os desafios ainda presentes. No escopo deste texto, apontamos um desses desafios: trata-se da centralidade e, muitas vezes, exclusividade que assume o tratamento medicamentoso no cuidado em saúde mental. Nos serviços de saúde, e mesmo nos Caps, a prescrição medicamentosa