

# Da prescrição à escuta: efeitos da gestão autônoma da medicação em trabalhadores da saúde

From prescription to listening: effects of gaining autonomy and medication on health workers

**Deivisson Vianna Dantas dos Santos<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>

E-mail: [deivianna@gmail.com](mailto:deivianna@gmail.com)

**Rosana Onocko-Campos<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-0469-5447>

E-mail: [rosanaoc@mpc.com](mailto:rosanaoc@mpc.com)

**Daniele Basegio<sup>c</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-1811-7672>

E-mail: [danielebasegio@hotmail.com](mailto:danielebasegio@hotmail.com)

**Sabrina Stefanello<sup>d</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-9299-0405>

E-mail: [binastefanello@gmail.com](mailto:binastefanello@gmail.com)

<sup>a</sup>Universidade Federal do Paraná. Departamento de Saúde Coletiva. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>d</sup>Universidade Federal do Paraná. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Curitiba, PR, Brasil.

## Resumo

O uso de psicotrópicos e os direitos relacionados à escolha dos tratamentos prescritos vêm ganhando espaço na literatura. Este artigo deriva de uma pesquisa qualitativa na qual se interveio em 10 serviços de saúde (Atenção Primária e Secundária) de dois municípios (Campinas e Amparo, SP). Seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira de incluir os usuários nas decisões dos seus tratamentos, utilizou-se a gestão autônoma da medicação (GAM) como estratégia de intervenção; ela é originária do Canadá, e propõe “empoderar” usuários quanto ao uso de medicamentos em seus projetos terapêuticos. Este trabalho avalia a percepção dos trabalhadores que moderaram grupos de GAM. A partir de entrevistas semiestruturadas com esses moderadores, antes e depois da intervenção, construíram-se narrativas sob os preceitos da hermenêutica gadameriana. Os trabalhadores que experimentaram a estratégia assumiram papel mais crítico quanto a suas práticas clínicas, e identificaram, na metodologia horizontal, grupal e direcionada para a escuta de valorização da voz dos usuários, uma experiência capaz de promover uma clínica mais flexível e propícia à construção conjunta de ações. A experimentação da GAM nesta pesquisa permitiu analisá-la em relação a outros referenciais brasileiros da saúde coletiva, como a educação popular e a medicina centrada na pessoa, operando uma interessante hibridação cultural.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Mental; Tomada de Decisões; Autonomia Pessoal; Psicotrópicos; Gestão Autônoma da Medicação.

## Correspondência

Deivisson Vianna Dantas dos Santos  
Rua Padre Camargo, 280, 7 andar, Centro.  
Curitiba, PR, Brasil. CEP 80060-240.

## Abstract

The use of psychotropic drugs and rights related to the choice of prescribed treatments has been gaining ground in literature. This article reports aspects of a qualitative research that intervenes in 10 health services (primary and secondary care) at two Brazilian cities (Campinas and Amparo, in São Paulo). Following the principle of Brazilian Psychiatric Reform, defending users' rights to decide about their treatment, we worked with the gaining autonomy and medication (GAM). GAM comes from Canada and proposes to "empower" users regarding the use of drugs in their therapeutic projects. This article aims to evaluate the impact's perception of the workers moderators of the GAM groups. Semi-structured interviews were conducted with the GAM Group's moderators before and after the intervention, narratives were constructed under the precepts of Gadamer's hermeneutics. Workers who experienced the strategy took a more critical role in relation to their clinical practices, and identified, in the horizontal methodology, group and directed to listening for the appreciation of the voice of users, an experience that could promote a more flexible clinic and conducive to the joint construction of actions. GAM's experimentation in the this research allowed to analyze it in relation to other Brazilian references to the field of collective health such as popular education and person-centered medicine, operating an interesting cultural hybridization.

**Keywords:** Mental Health Care Services; Decision-Making; Personal Autonomy; Gaining Autonomy and Medication; Psychotropic Drugs.

## Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira instituiu uma nova política de saúde mental que teve como um de seus principais recursos o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Mas, apesar dos novos arranjos em saúde mental, muitos são os desafios a serem enfrentados no que diz respeito a uma efetiva mudança nas práticas de atenção. Um deles diz respeito à primazia do tratamento farmacológico no conjunto de ações dos profissionais de saúde mental, a tal ponto que, muitas vezes, este se reduz apenas aos psicotrópicos. A hospitalização e a "renovação de receitas" sem a avaliação presencial dos usuários ainda são respostas comuns diante das demandas que aportam ao sistema (Onocko Campos et al., 2011).

Outros estudos reforçam que a participação dos usuários nas decisões relacionadas aos seus tratamentos, restringem-se, muitas vezes, ao mero relato dos sintomas (Lopes et al., 2012). Essa baixa autonomia pessoal e coletiva que os usuários possuem em relação a seus tratamentos, com pouca informação e centralização das decisões nos profissionais de saúde, torna a prática clínica mais vulnerável à economia de mercado e ao complexo médico-hospitalar (Conrad; Leiter, 2004).

A gestão autônoma de medicação (GAM) é uma proposta que surgiu a partir da problematização do gerenciamento do uso de psicofármacos em Quebec, no Canadá, na década de 1990. Ela emergiu a partir da reflexão realizada por movimentos sociais acerca do uso de psicofármacos. Os principais questionamentos eram a falta de informação sobre os remédios prescritos, os efeitos indesejáveis decorrentes do uso de medicamentos, a persistência do sofrimento a despeito do tratamento medicamentoso, a dificuldade em retornar ao mercado de trabalho e o desejo dos usuários de viver sem os remédios (Rodriguez; Perron; Ouellette, 2008).

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas a seus tratamentos, e pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos neles. No início, os idealizadores questionavam a medicação em si, mas logo a querela deslocou-se para o reconhecimento de que havia um sofrimento

já existente antes do medicamento. Assim, o eixo já não era mais a suspensão da medicação, mas a partilha do significado de sua utilização.

Em um estudo que acompanhou a adaptação da GAM para a realidade brasileira (Onocko Campos et al., 2012), constatou-se também uma falta significativa de espaços para a informação e reflexão sobre a medicação nos Caps. Esse trabalho também evidenciou diversas dificuldades dos trabalhadores para apoiarem os usuários em relação a um tema tão relevante e de tamanho impacto no seu dia a dia. Gravel, Légaré e Graham (2006) realizaram uma meta-análise sobre as barreiras de se praticar ações clínicas com base no compartilhamento de decisões com os usuários. Foram incluídos 38 estudos, contabilizando mais de 3.000 sujeitos, que indicaram suas percepções em relação às barreiras para a efetivação de uma clínica compartilhada. Os principais fatores descritos foram: (1) a falta de tempo nas consultas; (2) a falta de condições clínicas do usuário, na avaliação dos profissionais; e (3) a falta de características pessoais dos usuários para possibilitar o compartilhamento.

Nas obras relacionadas a essa estratégia, os usuários trouxeram a necessidade de envolver os trabalhadores dos serviços na GAM - pois, diferentemente dos quebequenses, no contexto brasileiro, a balança de forças políticas lhes era desfavorável (Gonçalves; Campos, 2017). Relataram que de pouco adiantava serem extremamente seguros de seus direitos se aqueles que representam o Estado (no caso, os profissionais de saúde) não eram sensíveis a eles. Por essa razão, esta pesquisa propôs examinar os efeitos da participação dos profissionais de saúde em grupos de GAM.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de intervenção desenvolvida nas redes de saúde de Campinas e Amparo, ambas no estado de São Paulo, que faz parte do rol de estudos participativos que buscam investigar a vida de coletividades, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico (Coimbra, 1995).

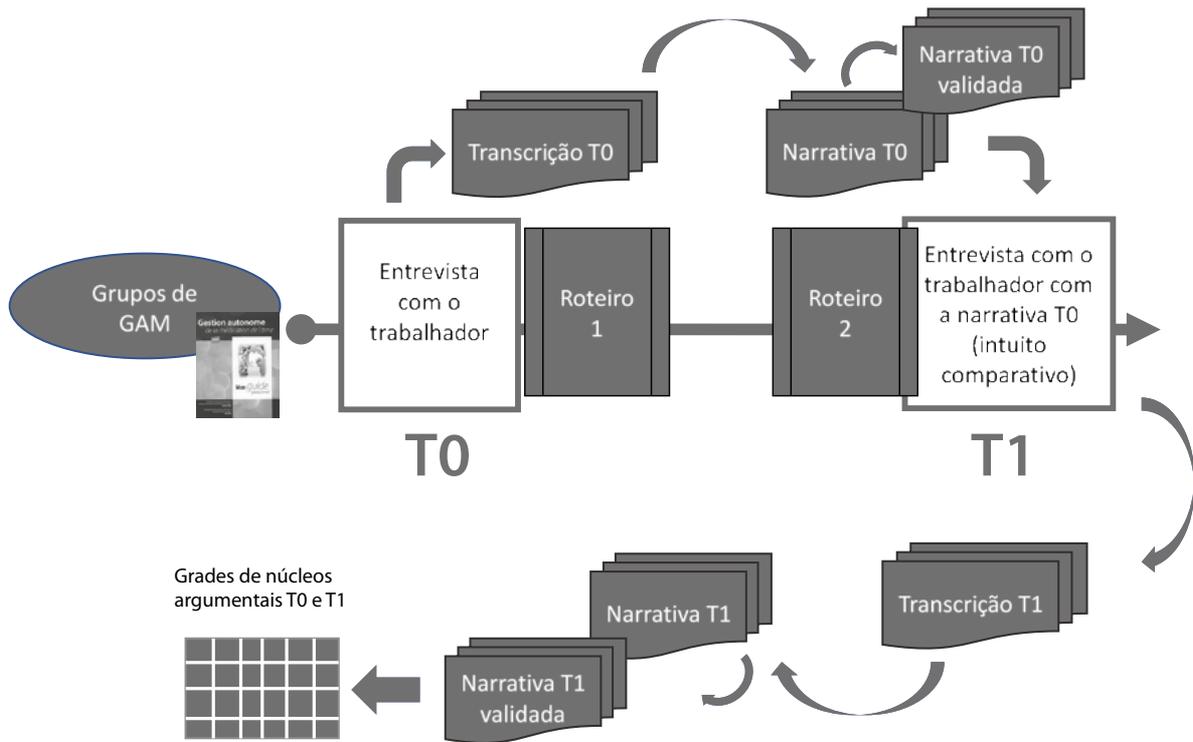
A intervenção foi desenvolvida por etapas nos dois municípios. O primeiro passo foi apresentar o conceito da estratégia GAM aos trabalhadores das

duas redes, contando com apoio das respectivas Secretarias de Saúde para tal. Depois, foi ministrado um curso de capacitação no qual foram abordados os conceitos de autonomia e compartilhamento de decisões no tratamento, assim como o histórico da estratégia, sendo entregue para cada aluno o Guia da GAM, com a abordagem de manejo de grupo e ênfase em seu caráter horizontal. Provenientes de 11 serviços de saúde (cinco Caps, quatro Unidades Básicas de Saúde de Campinas e duas de Amparo), 61 pessoas se interessaram em participar da pesquisa-intervenção. Na pactuação com cada serviço sobre como a pesquisa-intervenção iria se desenvolver, e com base em pesquisas que utilizaram a estratégia anteriormente, estipulou-se que as dinâmicas propostas pelo Guia se desenvolvessem entre 18 e 22 encontros, perfazendo um período de aproximadamente seis meses. Além disso, ocorreram encontros bimensais entre todos os moderadores de grupos de GAM para troca de experiências. Por fim, cada pesquisador envolvido no projeto tornou-se referência para um número de serviços, a fim de desempenhar função de apoio a esses grupos. Trabalhou-se com a noção de apoiador com o intuito de oferecer suporte, amparo e auxílio aos grupos em desenvolvimento (Oliveira; Campos, 2015).

A pergunta que guiou o trabalho foi: “Em que medida a utilização dos grupos de GAM pelos trabalhadores de saúde é instrumento para o reconhecimento da autonomia do usuário de saúde mental?”. Os sujeitos da pesquisa foram submetidos a entrevistas semiestruturadas no início (T<sub>0</sub>) e no final (T<sub>1</sub>) da vivência da estratégia.

Utilizamos nas entrevistas um roteiro semiestruturado com o objetivo de compreender as visões dos entrevistados, antes e depois da vivência em GAM, quanto ao conceito de autonomia, ao tratamento dos usuários de serviços de saúde, ao conhecimento em relação ao direito destes, ao conhecimento sobre psicofármacos e à forma como a experiência da GAM afetou os sujeitos. O material gravado foi transcrito e depois transformado em narrativas. Estas foram validadas com os próprios participantes da pesquisa, permitindo que os sujeitos pudessem nelas se reconhecer ou não (Figura 1).

**Figura 1 – A construção das narrativas**



As narrativas foram construídas a partir da abordagem hermenêutica, entendida não como uma metodologia em si, mas como uma postura interpretativa que se sustenta pela busca da compreensão de um texto ou, num âmbito mais geral, de um fenômeno humano, posicionando-se entre a explicação da natureza e a compreensão da história (Ricoeur, 1990). Baseamo-nos também em Onocko Campos (2005) e Onocko Campos e Furtado (2008), que trabalham com as narrativas como um recurso interpretativo para o tratamento do material produzido em pesquisas. Visa, portanto, compreender de modo interpretativo os processos de construção de sentido e o universo de significações situados em determinado contexto e momento histórico, além do modo como estes compartilham a própria experiência e seus significados (Serpa Júnior et al., 2014).

O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº 520/2011, CAAE: 0448.0.146.000-11), pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde da Prefeitura de Campinas, pela Secretaria de Saúde de Amparo e

pelo Núcleo de Educação Continuada do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

## Resultados e discussão

Foram realizadas 25 entrevistas no tempo 0 (antes da intervenção), enquanto após a intervenção (em T1) foram 17. No percurso, dois serviços não finalizaram os grupos, quatro trabalhadores não concluíram o estudo por desligamento dos serviços e outros quatro não findaram os trabalhos, pois relataram não se sentirem apoiados pelos seus serviços para o seguimento da atividade. Quanto aos 17 trabalhadores que participaram do estudo, tanto em T0 como em T1, eles foram numerados em ordem sequencial para identificação e preservação do sigilo; suas características estão no Quadro 1.

Os trabalhadores que decidiram experimentar a GAM tinham como diferencial o consenso prévio de que o saber deve ser democratizado e acessível a todos. Eram trabalhadores com uma história pregressa de maior aceitação do conhecimento do usuário como ponto fundamental na construção dos

projetos terapêuticos de cada um e que criticavam o tratamento exclusivo com medicamentos. Portanto, a maior parte, desde o início, tendia a não oferecer oposição e até apoiar a decisão do usuário, mesmo que esta fosse a parada do tratamento medicamentoso. Apesar da postura prévia dos trabalhadores se aproximar dos preceitos da GAM, eles relataram

que tais posicionamentos são difíceis, o que lhes causava insegurança em defender tal autonomia. *Participar do grupo GAM fortaleceu minha opinião; quanto mais converso com os usuários, mais percebo que eles são inteligentes, que uma psicose a mais ou a menos não vai fazer diferença se eles não quiserem tomar o remédio* (Trabalhador 5, T1).

**Quadro 1 – Caracterização dos moderadores entrevistados em T0 e T1**

Trabalhador	Local de serviço	Gênero	Formação	Tempo de serviço
1	Atenção Primária	F	Psicóloga	Mais de três anos
2	Atenção Primária	F	Auxiliar de enfermagem	Mais de três anos
3	Atenção Primária	F	Psicóloga	Mais de três anos
4	Atenção Primária	F	Terapeuta ocupacional	Mais de três anos
5	Atenção Primária	M	Enfermeiro	Menos de três anos
6	Atenção Primária	F	Auxiliar de enfermagem	Mais de três anos
7	Atenção Primária	F	Psicóloga	Mais de três anos
8	Atenção Primária	F	Terapeuta ocupacional	Menos de três anos
9	Caps	F	Auxiliar de enfermagem	Mais de três anos
10	Caps	F	Auxiliar de enfermagem	Mais de três anos
11	Caps	F	Psicóloga	Menos de três anos
12	Caps	F	Enfermeira	Menos de três anos
13	Caps	F	Terapeuta ocupacional	Menos de três anos
14	Caps	F	Terapeuta ocupacional	Mais de três anos
15	Caps	F	Psiquiatra	Menos de três anos
16	Caps	M	Psicólogo	Mais de três anos
17	Caps	F	Terapeuta ocupacional	Mais de três anos

Quanto à participação, em um universo no qual os trabalhadores se queixam da baixa adesão dos usuários aos tratamentos ofertados, a GAM causou uma surpresa. Diferente de outros grupos, identificaram que a presença dos usuários era alta, quase nunca esqueciam o Guia e se interessaram em continuar a proposta, mesmo após findada.

Assim, para uma boa parte deles, a GAM foi uma experiência de reafirmação dos tipos de manejo e práticas em que acreditavam. Entretanto, mesmo nos serviços onde havia diálogo com os médicos, a maior parte da carga da decisão de administração

de um medicamento contra a vontade do usuário, por exemplo, era de responsabilidade médica. Os espaços para esse tipo de discussão eram poucos e, por vezes, tal assunto era considerado tabu.

### **Autonomia**

Nos grupos de GAM, a construção do conceito de autonomia passou por situações práticas nas quais os indivíduos depararam com questões do conhecer a si, cuidar de si, conhecer os outros e cuidar dos outros. A maior parte dos trabalhadores,

principalmente os que possuíam nível superior, relataram que, em suas formações prévias, o tema certamente era debatido. Contudo, falaram da diferença entre debatê-lo de forma especulativa, nas salas de aula, e vivenciá-lo na prática, com dilemas reais, como no caso da estratégia GAM. Contaram que as temáticas relacionadas à autonomia eram abordadas de maneira teórica, sem relação com o cotidiano dos seus estágios práticos.

[O que] marcou-me muito, durante o GAM, foi a parte prática da discussão da autonomia: discutindo as formas de acessarem a rede de suporte, por exemplo. Foi muito importante eles identificarem, reconhecerem e saberem como chegar a essa rede, seja vizinho, família, serviço de saúde. (Trabalhador 6, T1)

A noção de dependência do outro, a partir da descrição das redes e de como cada um pode utilizá-las, ganhou dimensão de utilização positiva, diferente da carga negativa que a palavra “dependência” traz. As narrativas trazem esse ponto como um dos que foram melhor discutidos nos grupos de GAM: autonomia versus dependência versus independência. Em diversos casos, as discussões convergiram para os conceitos de interdependência e dependência mútua.

Para Norbert Elias (2001, p. 154), os seres humanos vivem interagindo em redes ou “teias” de dependências mútuas. Ele trabalha com o conceito de rede de interação permanente, em que os indivíduos ou grupos estão ligados uns aos outros por um modo específico de dependências recíprocas. Esses indivíduos vivenciariam processos de agrupamentos por meio de inúmeras cadeias invisíveis de relacionamentos, cuja interdependência supõe um entrelaçamento flexível em constante movimento (Elias, 2008, p. 32-36). Outra faceta da autonomia passou a ser abordada mais frequentemente nas entrevistas em T1 do que em T0: a do autoconhecimento. O Guia do GAM possui diversas perguntas voltadas para o melhor conhecimento de si mesmo, principalmente nos dois primeiros passos. As narrativas apontaram o surgimento, no decorrer dos grupos de informações sobre os usuários, de fatos que a maioria dos trabalhadores não conhecia: informações sobre históricos de vida e o território

em que viviam e testemunhos que faziam sentido para os outros participantes. Apontaram ainda que a estratégia contribuiu para um melhor conhecimento dos usuários por parte dos trabalhadores.

### **Conhecimento sobre os medicamentos**

Houve recorrência, nas narrativas, quanto à insuficiência na formação relacionada ao conhecimento sobre medicamentos, tanto dos profissionais de nível superior como dos de nível médio. Os trabalhadores relataram que o conhecimento sobre o medicamento em si não é tão importante quanto o conhecimento dos efeitos que ele tem sobre o sujeito. Disseram que escutar a experiência do usuário, a partir dos grupos de GAM, revalorizou o saber popular, sendo que consideram esse saber, hoje, mais importante do que aquele que se apresenta nos livros. Relataram que, antes, davam valor maior, até mesmo “mitificado”, ao conhecimento técnico, e justificaram que assim o fazem pois, ao longo de suas formações, independentemente do curso de graduação que fizeram, é apenas esse tipo de conhecimento que é sublinhado. No comparativo entre T0 e T1, percebe-se que no primeiro cobra-se que o usuário tenha também esse saber mais “técnico” sobre o medicamento, sobre o diagnóstico. Já em T1, as narrativas apresentaram-se mais focadas na construção do conhecimento envolvendo o saber experiencial. *Eu achei isso muito louco, mas também o fato que a partir do GAM pude “descobrir” que eles têm poder em ficar mexendo nas medicações* (Trabalhador 8, T1).

De onde vem o conhecimento sobre os medicamentos? Foi a pergunta que muitos começaram a se colocar durante as atividades. Campos (2011) desenvolve uma reflexão crítica ao senso comum contemporâneo, que reduz a relação entre conhecimento e prática à sua dimensão tecnológica. A razão tecnológica imagina que o trabalho e as práticas humanas seriam regulados pelo saber previamente acumulado, de preferência consolidado como ciência. Essa tendência positivista encontra eco nas características culturais atuais, quando são valorizadas a performance, o produtivismo e os resultados individuais. Assim, na produção científica recente, há uma tendência

predominante em desconsiderar, ou pelo menos minimizar, os relatos pessoais sobre o adoecimento, restringindo-os ao lugar secundário de mera ilustração da teoria (Geekie; Read, 2009). Esse tipo de abordagem tende a excluir aqueles que sofrem da discussão acerca da elaboração e nomeação daquilo que aflige cada um. Dessa maneira, a partir do questionamento “de onde vem o conhecimento sobre os medicamentos?”, alguns moderadores ampliaram a reflexão para “de onde vem o conhecimento sobre nós mesmos?”. Algumas narrativas apontaram para a dicotomia entre o saber experiencial e o saber técnico-científico vindo de fora, indagando sobre a validade e importância de um em relação ao outro.

Nesse paradigma, o saber acerca da experiência de adoecimento e do uso dos medicamentos fica amenizado em pseudodiálogos, nos quais o usuário diz aquilo que o médico e a equipe esperam ouvir, de preferência usando termos médicos, e estes lhe respondem com um repertório usual baseado em bulários farmacêuticos. A comunicação é reduzida à verificação de sintomas e à prescrição de medicações, ficando de lado os múltiplos não ditos do sofrimento (Rodriguez; Perron; Ouellette, 2008).

### **Direitos dos usuários**

A maioria dos entrevistados trouxe a percepção de que boa parte dos usuários não conhece seus direitos. Contudo, falaram que eles próprios os desconhecem e poucos sabiam mencionar as fontes, leis ou locais nos quais poderiam acessá-los. Após a vivência em GAM, os entrevistados adotaram posições, diante do usuário, de maior abertura para ouvir signos e significados descolados do paradigma biomédico, que mais usualmente aprendem em suas formações e replicam na clínica do dia a dia nos serviços.

Os trabalhadores passaram a questionar a relação entre prescritor e usuários sob o ponto de vista destes. Sentir-se como usuário pode ter sido um dos caminhos que levou à reflexão a maioria dos entrevistados, que se mostraram mais sensíveis à cidadania do outro e relataram que os grupos despertaram diversas críticas nos serviços onde trabalham.

Diversas narrativas apontaram que as influências que persistiram, nos serviços onde a intervenção aconteceu, foram quase nulas, e que os efeitos da

estratégia GAM ficaram “isolados”, na palavra de muitos, àqueles que participaram dos grupos. Os participantes falaram que isso criava frustrações, pois trabalhavam na lógica de incitar a autonomia no usuário, mas tal atitude era barrada por muitos colegas de equipe. Tais resistências não foram novidade e apareceram em outras pesquisas com a GAM (Onocko Campos et al., 2013). Nesses serviços, transpareceu a falta de espaços de fala sobre o tratamento medicamentoso com o usuário e entre os profissionais das próprias equipes. Evidenciou-se também uma tensão existente entre médicos e o restante da equipe, ressaltando que os primeiros têm dificuldade em compartilhar o conhecimento sobre medicamentos, o que torna o assunto ainda mais nebuloso. *Não dividimos informações com o paciente, algumas vezes porque a gente não tem o conhecimento, e muitas vezes até o temos, mas também não passamos para o usuário, porque descobrimos que o usuário que está bem orientado dá trabalho* (Trabalhador1, T1).

Os trabalhadores listaram também as possíveis barreiras da aplicação dos direitos dos usuários nos serviços, em três categorias: (1) a não existência de informação acerca do tema, (2) a não existência de estrutura ou não organização do processo de trabalho que possibilite a aplicabilidade dos direitos, e (3) a resistência pessoal e institucional diante dos direitos dos outros.

Esse achado é corroborado em outra pesquisa, também envolvendo a abordagem com a estratégia GAM, que revelou a atitude das equipes diante da recusa de uso de medicamento por usuários com o juízo crítico preservado. As reações variavam desde sua não aceitação e conseqüente desligamento do serviço à aceitação com ressalvas. Subsistem, nesses serviços, espaços de controle, de dominação, onde os direitos dos usuários são inibidos ou aceitos com cautela, indicando a existência de um limite tênue entre o cuidado com a saúde dos usuários e o gerenciamento de suas vidas (Onocko Campos et al., 2013). Outro estudo indica uma contradição reinante nos serviços, como espaços de captura, com a persistência do estigma e de manejos tutelares que se ancoram ainda na suposta “falta de racionalidade” dos pacientes graves (Figueiró; Dimenstein, 2010).

Vasconcelos (2007) relaciona as barreiras para a aplicação dos direitos no campo da saúde mental,

tanto do ponto de vista histórico-social como a partir das contradições internas do próprio movimento de usuários. Essa reflexão é pertinente, pois a estratégia GAM, originária da ação e militância de usuários canadenses, teve como pano de fundo a luta social pelos seus direitos. Por outro lado, os movimentos sociais brasileiros no campo da saúde são compostos, quase que em sua maioria, por profissionais de saúde e agentes estatais. Existem poucos trabalhos sobre esses movimentos. Vasconcelos e Rodrigues (2010) apontam que o crescimento da participação de usuários e familiares é lento, e mesmo as associações com maior participação daqueles, em geral, assumem conformação mista (usuários, familiares e profissionais), na qual os últimos têm papel mais proeminente e regular, em um quadro de organização, bases financeiras e ativismo político usualmente bastante fragilizado.

Nesse contexto, compreende-se o porquê de a estratégia GAM, no Brasil, ter encontrado nos trabalhadores da saúde e em espaços institucionais estatais pontos de apoio e ancoragem para sua implantação, algo considerado impensável pelos defensores da gestão no Canadá. Poderíamos perguntar, portanto, se o arranjo brasileiro é um fator limitador para a apropriação do saber e do poder dos usuários. Se, por um lado, existe o risco de cooptação e burocratização da estratégia pelo Estado, por outro, há a possibilidade de atingir um público mais inacessível ao similar canadense: o trabalhador de saúde.

### **A prática clínica após a GAM**

Os trabalhadores que vivenciaram os grupos de GAM relataram sentir maior segurança na sua prática clínica. Falaram de uma mudança em relação a sua postura dentro do próprio serviço e da equipe, questionando mais, inclusive o médico. Salientaram a abertura da possibilidade de orientar melhor os usuários, particularmente em relação aos medicamentos, sem a necessidade de remeter diretamente tudo ao médico ou gerar mais uma consulta somente por dúvidas sobre fármacos. Dessa forma, assinalam maior segurança na prática clínica, voltada ao respeito aos direitos dos usuários, algo visto, por exemplo, na decisão do uso dos medicamentos.

Segundo Campos (2000), a criação de novas relações entre os usuários e a equipe de saúde, nas quais o cuidado é compartilhado, permite um reposicionamento subjetivo desta e daqueles. Quando o sujeito do saber passa a ser o próprio cidadão, e não apenas o acúmulo científico do trabalhador, possibilita-se uma nova atitude no encontro terapêutico. A participação do usuário nas decisões relacionadas a seu tratamento não é mais uma novidade, ao menos não na literatura científica dos últimos 20 anos. Em alguns países, como o Reino Unido, combina-se o que se tem de evidência científica com os valores (incluindo preferências, preocupações, necessidades e desejos) individuais dos usuários e seus familiares (Fulford, 2011). As *guidelines* oficiais do sistema nacional inglês deixam explícito que o compartilhamento da decisão com o usuário deve ser condição imperativa para o seguimento de qualquer tratamento (Deegan; Drake, 2006).

*O nosso grupo de hipertensos funciona assim: uma vez por mês, o paciente vai, senta, aí o profissional vai lá e dá uma aula sobre alguma coisa, sem construção nenhuma. Antes achava isso um grupo. A GAM me fez refletir para começar a fugir disso.* (Trabalhador<sub>1</sub>, T1)

Pelo fato de a GAM ter se concretizado a partir de grupos, ela possibilitou uma forma diferente do habitual de vivenciá-los. Os pontos que muitos trouxeram, como boas novidades da estratégia, nada mais eram do que preceitos básicos de uma boa prática de grupo, revelando, assim, que eles não faziam parte do dia a dia dos serviços. Identificaram como elementos que transformaram o grupo em um espaço de troca mais transversal os seguintes pontos: (1) o fato de ter um roteiro pré-estabelecido, (2) o grupo concebido como espaço de troca de conhecimentos, (3) o escutar e participar do grupo sem carregar a chancela de resolver, (4) a percepção da necessidade de desenvolver uma comunicação mais acessível com os usuários e (5) o obrigar-se a ter um momento de planejamento do grupo. Os participantes o avaliaram, por fim, como um espaço de fala, capaz de permitir se discutir questões mais amplas do que apenas as usuais que são tratadas nos

serviços de saúde. É um espaço com outro tempo, capaz de acessar outras dimensões do sujeito.

## Considerações finais

O desenho da pesquisa utilizou-se de preceitos participativos e favoreceu a formação de sujeitos-interventores-pesquisadores que se entrelaçaram. As dinâmicas do Guia da GAM fomentaram a busca de conhecimentos: a pesquisa de si mesmos, de suas redes sociais, sobre os medicamentos, sobre os direitos de cada um.

Como limitação do estudo, no período em que durou a intervenção, oito meses, em média, não foi possível relacionar todas as mudanças que apareceram nas narrativas exclusivamente à vivência da estratégia GAM, lembrando que se tratam de reflexões e percepções na visão/voz dos trabalhadores. Outro ponto importante a ser destacado foi a variedade de formatos dos grupos; apesar de o Guia funcionar como um norteador, as experiências variaram conforme os diferentes manejos de cada moderador e os resultados foram dependentes da gerência e condução de cada grupo.

A pesquisa teve a pretensão de ser analisadora e avaliadora apenas da estratégia GAM - todavia, tornou-se também examinadora das práticas dos serviços de saúde mental onde ocorreu. Esse movimento possibilitou o surgimento de críticas diante da inclusão real da voz dos usuários nos direcionamentos locais das ações de saúde. Considerando o contexto brasileiro, o processo de Reforma Psiquiátrica alcançou avanços significativos, com investimentos em recursos humanos, ampliação da cobertura de serviços de saúde mental e políticas de atenção em todo país. Todavia, segue tendo como desafios o aumento da participação dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde e a superação de práticas tutelares para uma produção maior de autonomia.

A construção de um espaço legitimador das experiências possibilitou aos trabalhadores refletirem sobre suas atuações clínicas. Eles indicaram que precisavam ter uma escuta mais ampliada, que foi identificada como reforçadora e ampliadora de vínculos entre profissionais de saúde e usuário. Essa construção permitiu ainda aos moderadores experimentar

uma clínica mais leve e flexível, talvez rumo a uma possibilidade de compartilhamento de decisões.

No momento em que entraram em contato com as singularidades de cada usuário, perceberam que mesmo o conhecimento de efeitos e ações de medicamentos era incerto. Interessante foi que, quando as certezas viraram incertezas, a segurança de poder incluir o outro na tomada de decisões aumentou. Uma vez que se abalam os alicerces do construto de conhecimento científico como único conhecimento legítimo, fortalece-se a crença no outro para a construção de um novo. Tais bases possibilitaram outra maneira de se discutir autonomia, direitos dos usuários, psicofármacos e influência desses debates na vida de cada um.

No campo da saúde mental, podemos ver que existem vários paradigmas que, embora com raízes diferentes, orientam as práticas clínicas em direção à maior autonomia do usuário; entre elas, o *recovery*, a reabilitação psicossocial brasileira, a clínica centrada na pessoa, a clínica ampliada, a educação popular em saúde e muitas outras fazem parte de um mesmo campo de contraposição à racionalidade predominante na saúde. O original da experiência GAM foi propiciar a emergência de práticas com vários aspectos das diversas teorias citadas, sem pretender ser uma teoria em si.

No Brasil, a GAM, ainda com a teoria do *recovery* em suas raízes, deixou de ser um instrumento feito por usuários e para usuários, e outras tradições se acoplaram a ela. Aproxima-se mais da clínica centrada na pessoa, pois é uma estratégia construída para profissionais de saúde. Aqui, diferente do Canadá, as intervenções em GAM foram realizadas em sua maioria por agentes do Estado, trabalhadores da área. Como vimos, o método clínico centrado na pessoa visa ampliar a escuta e desenvolver com o usuário um plano prático de prevenção e promoção para toda a vida (Stewart et al., 2010).

Com a vivência do grupo, a GAM aproximou-se da tradição brasileira da educação popular em saúde, com influências históricas das margens da sociedade brasileira que convergem numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população (Stotz; David; Wong Un, 2005). Para a educação popular em saúde, os

processos de aprendizagem acontecem na vida e não apenas dentro dos currículos e das instituições formais. Por meio dos princípios do diálogo, do respeito à diversidade e da valorização de sujeitos coletivos, ela nos permite avançar numa formação profissional voltada para a construção cotidiana dos projetos coletivos ou individuais (David; Acioli, 2010).

Por fim, a GAM, por ser uma estratégia nascida da tradição do *recovery*, mas que tomou forma em serviços estatais de saúde, inevitavelmente tomou uma feição também avaliativa das instituições e seus processos de trabalho. Por meio da GAM, surgem movimentos descritos por Campos (2000, 2003) nos quais se evidencia a indissociabilidade entre clínica e gestão. A diversidade de resistências dos serviços de saúde, percebidas pelos trabalhadores, corrobora resultados de outras pesquisas feitas sobre a estratégia no Brasil (Onocko Campos et al., 2013; Passos et al., 2013). Reforçou-se a noção de que ainda são necessárias mudanças nas práticas em saúde mental, especialmente no que se refere à valorização da experiência do usuário em seu tratamento. Falta ainda reformar o cuidado, dentro da Reforma Psiquiátrica, para que as principais preocupações deixem de ser o diagnóstico, a doença e a prescrição medicamentosa. Dessa forma, criam-se condições para o usuário que, em vez de ocupar um lugar de dependência na relação com o serviço, tenha-o como espaço de retomada do seu lugar de cidadão.

## Referências

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.

COIMBRA, C. M. B. Os caminhos de Lapassade e da análise institucional: uma empresa possível.

*Revista do Departamento de Psicologia*, Niterói, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

CONRAD, P.; LEITER, V. Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, Washington, DC, v. 45, p. 58-76, 2004. Suplemento.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 127-131, 2010.

DEEGAN, P. E.; DRAKE, R. E. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, Washington, DC, v. 57, n. 11, p. 1636-1639, 2006.

ELIAS, N. *A sociedade de corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ELIAS, N. *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70, 2008.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. The daily life of users of CAPS: empowerment or capture? *Fractal*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, 2010.

FULFORD, K. W. M. Bringing together values-based and evidence-based medicine: UK Department of Health initiatives in the “personalization” of care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Oxford, v. 17, n. 2, p. 341-343, 2011.

GEEKIE, J.; READ, J. *Making sense of madness: contesting the meaning of schizophrenia*. London: Routledge, 2009.

GONÇALVES, L. L. M.; CAMPOS, R. T. O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, 2017. Não paginado.

GRAVEL, K.; LÉGARÉ, F.; GRAHAM, I. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals’ perceptions. *Implementation Science*, London, v. 1, p. 16, ago. 2006.

LOPES, T. S. et al. The process of recovery in the perspective of persons with schizophrenia spectrum disorders and of psychiatrists working

at psychosocial health care services. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 558-571, 2012.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. São Paulo: Editora Unicamp, 2005. p. 261-271.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 321-334.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Mental health in primary care: an evaluative study in a large Brazilian city. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 967-980, 2012.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. 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, 2013.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, Canoas, n. 41, p. 24-38, 2013.

RICÉUR, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

RODRIGUEZ, L. M. B.; PERRON, N.; OUELLETTE, J. N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 125-151.

SERPA JÚNIOR, O. et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1053-1077, 2014.

STEWART, M. et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. *Vivência*, Natal, v. 32, p. 173-206, 2007.

VASCONCELOS, E. M.; RODRIGUES, J. Organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 141-162.

---

### Contribuição dos autores

Santos, Onocko-Campos e Stefanello contribuíram desde a concepção ao planejamento e análise dos dados, enquanto Basegio contribuiu com revisão crítica. Todos os autores colaboraram para a elaboração do manuscrito.

Recebido: 18/01/2019

Aprovado: 06/03/2019