

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN

**“CADA UM TEM SEU TAMANHO E SEU ESPAÇO E AQUI A GENTE COUBE”:
UMA EXPERIÊNCIA CARTOGRÁFICA DE UM GRUPO DE GESTÃO
AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS**

**CURITIBA
2025**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN

**“CADA UM TEM SEU TAMANHO E SEU ESPAÇO E AQUI A GENTE COUBE”:
CARTOGRAFIAS DE UM GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E
REDUÇÃO DE DANOS**

Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de
Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da
Saúde como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista.

Prof. Dr. Orientador: Altieres Edemar Frei

**CURITIBA
2025**

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 27 DE JANEIRO DE 2025

O trabalho intitulado **“CADA UM TEM SEU TAMANHO E SEU ESPAÇO E AQUI A GENTE COUBE”**: CARTOGRAFIAS DE UM GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO E REDUÇÃO DE DANOS de autoria da aluna **JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Prof. Dr. Altieres Edemar Frei
Orientador do TCR

Profa. Dra. Ana Paula Müller de Andrade
Avaliadora da instituição

Me. Fabíola Ferreira de Sousa
Avaliadora externa

Dedico este trabalho à todas as pessoas que pude encontrar e acompanhar ao longo destes dois anos de residência: que me ensinaram tanto sobre o SUS e sobre a vida, que não me deixam esquecer de que sempre podemos encontrar aliadas(os/es) pelo caminho.

Obrigada por também me acompanharem.

AGRADECIMENTOS

A residência fez uma grande folia em minha vida. Em todos os sentidos: me deu outros ritmos, me fez dançar, cansar, desaprender os passos, mudar de pares e de cenários, fez tudo sair da ordem e, ao mesmo tempo, deu lugar para várias coisas. Investi muito desejo para estar nela. Foram longos anos alimentando o sonho de trabalhar com saúde mental no SUS. Nesses quase dois anos, incontáveis foram as vezes que senti no meu corpo a certeza desse caminho. Olho que brilha, coração que palpita, alegria em fazer visita domiciliar, grupos terapêuticos, planejar atividades no território, articular ações com outros serviços e trabalhadores. Mas também tive diversos momentos de dúvida, com tristezas e dores imensuráveis por perder usuários, sentir meus pares exaustos, acomodados, ver injustiças e violências institucionais, me sentir limitada, desesperançosa. Na conclusão desse percurso, o que consigo dizer é que vivi intensamente a residência e saio outra psicóloga, outra pessoa. Mais implicada ética e politicamente com o SUS, com a RAPS, com a produção de vida. Com mais sangue nos olhos. Mais realista, mas esperançosa. Por tudo isso, e um tanto mais, tenho muitos a agradecer:

Às minhas colegas de turma, Bruna, Daphine, Isadora, Nayara e Thaís. Nossa improvável amizade foi o que me sustentou nessa residência ao longo desses dois anos. Me encantei com suas profissões e me inspirei cotidianamente pelo trabalho que vocês desenvolveram na saúde mental. Nosso afeto e parceria em meio a tantas dificuldades é o que levo de mais precioso dessa residência. Obrigada.

Ao meu companheiro de vida, Mateus. Que esteve em cada momento de intensidade, nos choros, nas crises, nas (in)certezas e nas alegrias. Que me acompanhou nas aventuras de saúde mental, até Brasília e Santos. Obrigada pelo amor e presença diária (e do Boris também!).

À Mariana, amiga e psicóloga que admiro e me inspira. Obrigada pelos áudios, acolhimentos, cervejas, discussões, reflexões. Por compartilhar as lutas, as derrotas e as esperanças. Por não me fazer esquecer do porquê a gente faz o que faz. Por compartilhar forças para seguir no caminho que a gente acredita.

À família: minha mãe, que me trouxe até aqui (e o que isso significa não cabe em palavras); meu pai, que emprestou ouvidos aos meus desabafos e dores; à Lucia, Sergio e Bruna que nos acolheram em meu sonho santista; à família Klein Valaski que foi abraço em tantos domingos.

Aos demais amigos queridos que estiveram comigo, entenderam minhas ausências e torceram por mim. Obrigada.

Aos aliados que encontrei no município, que me ensinaram a não negociar o inegociável e me inspiraram a seguir na caminhada: Tiago, Susan, Carmelita, Andrea, Fabíola, Lis, Dani, Marli, Carolina, Erica, Tainá, Nayara, Everly. Um agradecimento especial a equipe do CAPS que tornou essa pesquisa possível.

À banca, Ana Paula Müller de Andrade e Fabíola Ferreira de Sousa, por gentilmente aceitarem ler e contribuir com este trabalho. É uma honra ter a companhia de pesquisadoras que admiro neste momento tão importante da minha trajetória.

Ao Altieres, que tive a alegria de chamar de orientador. Que é uma inspiração como trabalhador e estudioso do campo da saúde mental, álcool e outras drogas e que tivemos a honra de ter como tutor durante toda a residência. Que foi fonte inesgotável de afeto, suporte, ensinamentos e reflexões sobre nossa prática e implicação. Que não me deixou esquecer que nossa sensibilidade guia nosso trabalho e que nossas críticas orientam nosso fazer clínico. Obrigada por tanto.

Às pessoas que acompanhei como psicóloga ao longo dessa residência. Que foram as maiores professoras que tive sobre atenção psicossocial. Que me ensinaram sobre escuta e manejo, me fazendo aprender, desaprender e reaprender tanto sobre minha profissão e sobre o meu próprio jeito de ocupar essa profissão. Obrigada.

Por fim, um agradecimento especial àqueles e àquelas que participaram do grupo GAM-RD. Que se dispuseram a participar dessa pesquisa, formar um grupo e falar sobre drogas semanalmente. Nem sempre foi fácil. Tivemos momentos de desacordo, raiva, luto, tristeza, mas que, estranhamente, sempre eram acompanhados de risadas, surpresas, alegria. Nós criamos uma cadência própria que me tirou do eixo, dos meus planos, dos meus estudos, e eu agradeço imensamente por isso. Em vários momentos eu quis gritar para o mundo o que estava acontecendo no grupo. Isso aqui é tudo muito precioso! Eu pensava. Mas, com o tempo entendi que era nosso, e isso bastou. Não gritei. Mas tentei escrever sobre isso nessas próximas páginas – e não pude, nem consegui, ser sucinta. Agradeço pelos aprendizados, mas sobretudo, pelo afeto partilhado.

LISTA DE FIGURAS

Foto 1 – Entrada da sala	80
Foto 2 – Materiais no centro da roda.....	89
Foto 3 – O que a vida quer da gente é coragem.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Marcadores sociais dos participantes.....	18
Tabela 2 – Número de internamentos.....	46
Tabela 3 – Tempo de CAPS.....	52
Tabela 4 – Substâncias em uso.....	63

SUMÁRIO

1	Introdução	10
2	Objetivo Geral	15
2.1	Objetivos específicos	15
3	Cartografia	15
4	Estratégias metodológicas	17
5	Efeitos e discussões	20
5.1	Relações de saber-poder ou “é o médico que manda...?”	20
5.1.1	E se eu te falar que não tomo os remédios que prescrevem?	27
5.2	Doente, coitado, agressivo, agitado? “Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes”	30
5.2.1	“É bom lembrar que a gente não é nosso CID”	31
5.2.2	“Será que tenho isso mesmo?”	34
5.2.3	“É como uma ferida aberta que a gente não tá tratando”	36
5.2.4	“Eu sempre tive a visão que esse CAPS que era de álcool e drogas os pacientes eram agitados, agressivos”	39
5.3	“Se a gente separa o dentro e o fora, a gente já voltou pro manicômio”	43
5.3.1	Como é a sua relação com o CAPS?	44
5.3.2	“Eu me sinto autônoma no CAPS, fora não”	46
5.3.3	O manicômio é aqui (do lado)	47
5.3.4	Lugar de crise é no território	50
5.3.5	“Eu tenho dependência do CAPS”	53
5.3.6	Reinserção social é tratamento	55
5.3.7	“O trabalho pode ser terapêutico?”	57
5.3.8	O que pode o projeto terapêutico singular?	59
5.4	Experiências com o consumo de drogas ou “a gente gosta de se anestésiar, né?”	63
5.4.1	O frasco de clonazepam	67
5.4.2	A quetiapina me ajudou a dormir, a quetiapina me ajudou a engordar	68
5.4.3	Pode a mulher (em tratamento psiquiátrico) ter libido?	70
5.4.4	O buraco é mais embaixo	71
5.4.5	“Meu remédio era outro”	74
5.4.6	Ontem era domingo, amanheceu, tomei café e pensei “O dia tem que passar rápido”. Tomei cinco quetiapina de 100mg, apaguei.	76
5.4.6.1	Não é sobre o chá de hibisco	78

5.4.7	“Agora eu aprendi que menos é mais”	78
5.5	Grupo GAM-RD: “Aqui é diferente, eu posso me expor de verdade”	80
5.5.1	Gestão autônoma do cuidado	81
5.5.2	Grupo de ajuda mútua	83
5.5.3	Combinados do grupo	86
5.5.4	Organização dos encontros	87
5.5.5	Grupo-sujeito	87
5.5.5.1	“Meus espelhos são tapados, eu não gosto de mim”	89
5.5.5.2	Um almoço e uma acolhida	90
5.5.5.3	“O que a vida quer da gente é coragem”	92
5.5.6	Educação (popular) em saúde	94
5.5.7	Como foi o grupo pra vocês?	99
6	Considerações finais	101
7	Referências bibliográficas	104
8	Anexos	113

RESUMO

A experiência de consumo de drogas prescritas e proscritas é atravessada pelos fenômenos da medica(menta)lização e do proibicionismo, que configuram paradigmas morais e políticos contemporâneos sobre o tema. Esses fenômenos fomentam a criminalização e estigmatização de determinadas substâncias, seus usuários e contextos de uso, enquanto tornam outras drogas lícitas e amplamente acessíveis, promovendo a falsa percepção de que, por serem prescritas ou legais, não apresentariam riscos à saúde. Compreende-se que essa diferenciação gera estigmas e impactos negativos no cuidado à saúde mental, dificultando reflexões críticas e a promoção de ações responsáveis sobre a temática das drogas. Partindo desse contexto, foi realizada uma pesquisa-intervenção de abordagem cartográfica em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em um município de médio porte na segunda regional de saúde do Paraná. Coletivamente, foi construído um grupo de ajuda mútua fundamentado na Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e na Redução de Danos (RD), com o objetivo de oferecer um espaço de acolhimento, troca de experiências e cuidado mútuo entre pessoas que fazem uso de drogas prescritas e/ou proscritas. As discussões teóricas desta pesquisa se basearam na análise institucional e em teóricos da atenção psicossocial, apontando para cinco linhas de análise: relações de saber-poder ou “é o médico que manda...?; doente, coitado, agressivo, agitado? “Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes”; “se a gente separa o dentro e o fora, a gente já voltou pro manicômio”; experiências com o consumo de substâncias ou “a gente gosta de se anestesiarem, né?”; grupo GAM-RD: “Aqui é diferente, eu posso me expor de verdade”. No acompanhamento de processos, observou-se que o grupo proporcionou vínculos de afeto e um espaço para compartilhar experiências, enfrentar estigmas e cuidar das relações singulares com o consumo de drogas. Ademais, ocorreu o aumento do protagonismo dos participantes na gestão de seu cuidado e a ampliação da contratualidade em seus tratamentos de saúde. Por fim, a pesquisa destacou a potência das estratégias GAM e RD em abordar problemáticas contemporâneas, como os efeitos da epidemia de medicamentos psiquiátricos e da guerra às (pessoas que usam) drogas, proporcionando novos olhares para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas e reafirmando princípios condizentes com a atenção psicossocial.

Palavras-chave: Gestão Autônoma da Medicação; Redução de Danos; Grupo de ajuda mútua; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The experience of consuming prescribed and prohibited drugs is shaped by the phenomena of medicalization and prohibitionism, which establish contemporary moral and political paradigms on the subject. These phenomena foster the criminalization and stigmatization of certain substances, their users, and contexts of use, while making other drugs legal and widely accessible, promoting the false perception that, because they are prescribed or legal, they pose no health risks. It is understood that this differentiation generates stigma and negative impacts on mental health care, hindering critical reflection and the promotion of responsible actions on the topic of drugs. Based on this context, an intervention-research with a cartographic approach was conducted at a Psychosocial Care Center (CAPS) in a medium-sized municipality in the second health region of Paraná. Collectively, a mutual help group was created, based on Autonomous Medication Management (GAM) and Harm Reduction (RD), with the goal of providing a space for welcoming, experience sharing, and mutual care among people who use prescribed and/or prohibited drugs. The theoretical discussions of this research were based on institutional analysis and theorists of psychosocial care, pointing to five lines of analysis: relations of knowledge-power or "Is it the doctor who decides...?"; sick, poor thing, aggressive, agitated? "Let me speak, not my scars"; "If we separate the inside and the outside, we're back to the asylum"; experiences with substance use or "We like to anesthetize ourselves, right?"; GAM-RD group: "This is different, I can truly expose myself." In tracking the process, it was observed that the group fostered bonds of affection and provided a space for sharing experiences, confronting stigmas, and addressing the unique relationships with drug use. Furthermore, there was an increase in the participants' role in managing their own care and an expansion of contractuality in their health treatments. Finally, the research highlighted the strength of the GAM and RD strategies in addressing contemporary issues, such as the effects of the psychiatric medication epidemic and the war on (people who use) drugs, offering new perspectives for the field of mental health, alcohol, and other drugs, while reaffirming principles consistent with psychosocial care.

Keywords: Autonomous Medication Management; Harm Reduction; Mutual Help Group; Psychosocial Care.

1 Introdução

O processo de medicalização social consiste em um fenômeno complexo e polissêmico, tendo em comum a noção de uma ampliação da medicina sob o campo social de modo a transformar algumas experiências que compõem a vida em objetos da saúde (FREITAS, 2017). Isto é, há um alargamento do domínio biomédico em problemas da vida que originalmente são de ordem social, cultural, afetiva, moral e/ou política (ALMEIDA & GOMES, 2014), ocorrendo uma redução dos fenômenos à etiologia biológica, de modo a responsabilizar individualmente os sujeitos diante de questões que são de ordem multifatorial.

Neste processo de medicalização, a medicina passa a ganhar lugar na orientação e explicação de práticas de vida da população, intervindo diretamente sobre os corpos e sobre a organização da vida cotidiana (RYBKA; NACIMENTO; GUZZO, 2018). Questões como o sofrimento psíquico, dificuldades de aprendizagem e uso de substâncias psicoativas tornam-se objetos da psiquiatria ganhando diagnósticos e tratamentos farmacológicos como resposta (FREITAS, 2017). Este processo denota que a psiquiatria transcende a mera investigação das doenças orgânicas e possui um efeito de controle social ao relacionar diagnósticos psiquiátricos às condutas humanas que desviam e não se adequam às exigências políticas, sociais, econômicas de dado momento histórico (COSTA, 1976).

Um dos fenômenos englobados pela medicalização social é o uso de drogas, temática que será enfocada neste trabalho. Entende-se que o consumo de substâncias psicoativas faz parte da história do ser humano, sendo uma prática que possuiu diferentes significados ao longo do tempo: ritualísticos, espirituais, recreativos, muitas vezes ligados à expressão dos valores de determinada sociedade (RYBKA; NACIMENTO; GUZZO, 2018). Essa compreensão se transforma durante o século XIX, quando noções como dependência e vício se tornam hegemônicas e o consumo de drogas passa a ser visto como uma doença e um problema social (CARNEIRO, 2002). Por conseguinte, o consumo e a comercialização das drogas são criminalizados, convertendo-se em objeto da saúde e da segurança pública.

Este fenômeno de medicalização do uso de drogas ocorre, portanto, interseccionado ao proibicionismo, cujo paradigma moral e político modula a compreensão contemporânea acerca do uso de substâncias e regula a atuação dos Estados na proibição de determinadas drogas (FIORI, 2012; ESCOHOTADO, 1996 apud RODRIGUES, 2008). Neste sentido, o saber médico-criminal contribui na escolha de quais substâncias são passíveis de legalidade e quais

não, classificando-as em drogas positivas (lícitas e prescritas) e drogas negativas (ilegais e não prescritas). Tal definição embasa-se em interesses políticos, econômicos e culturais, não sendo definido em função da intensidade dos problemas de saúde decorrentes do seu uso (ACSELRAD, 2005), o que evidencia a legitimação do proibicionismo pelo saber psiquiátrico.

Segundo Vargas (2008), há uma partilha moral nesta classificação de drogas lícitas e ilícitas, ocorrendo em um movimento que incrementou o desenvolvimento de fármacos e o processo de medicamentação ao mesmo tempo que criminalizou as demais substâncias. Com efeito, observa-se um duplo processo de repressão/incitação do consumo que acaba por estimular o uso de drogas prescritas e lícitas e, por outro lado, reprime e medicaliza o uso de substâncias não prescritas (FREI; LOMONACO, 2019).

O estímulo de drogas prescritas pode ser evidenciado nos dados de 2017 que apontam o Brasil como terceiro maior consumidor mundial de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos, sendo o maior consumidor de Diazepam e Clonazepam e o segundo maior consumidor do hipnótico Zolpidem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Em consonância com o estímulo da prescrição, dados comparativos entre o ano de 2019 e 2022 (antes e durante a pandemia) demonstram o aumento em 36% da venda de antidepressivos e estabilizadores de humor no Brasil - de 82.667.898 para 112.797.268 unidades comercializadas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2023).

Ao considerar esse processo de medicamentação, salienta-se que seus impactos não são iguais em todas as populações, diferindo a depender de determinações sociais. Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), os usuários que necessitam de atenção em saúde mental, por exemplo, são uma das populações que está mais suscetível a sofrer o processo da medicamentação com alto índice de prescrição de psicofármacos, dado corroborado por pesquisas realizadas em CAPS que evidenciam que quase não há pacientes deste serviço sem usar psicofármacos de modo contínuo (JORGE; BEZERRA, 2018 apud MIRANDA, 2021). Sendo assim, observa-se que o consumo de drogas psiquiátricas é muitas vezes incentivado como principal terapêutica para lidar com os problemas de pessoas em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019).

Ao considerar as drogas proscritas, por outro lado, deve-se ter em vista a dimensão das políticas proibicionistas em que consideram estas drogas como ilegais e negativas. Neste contexto, produz-se um imaginário social que codifica consumidores de drogas ilícitas como desviantes e marginais, processo que estigmatiza certos grupos sociais e permite ao Estado realizar intervenções violentas em nome de uma guerra às drogas de cunho racista e classista

(COSTA, 2020 apud MELLI, 2023). Com efeito, há no campo da segurança pública brasileira uma guerra às pessoas que usam drogas que autoriza o extermínio e encarceramento de populações - sobretudo pretas e pobres - e por outro lado, no campo da saúde pública, legítimas ações como internação compulsória e involuntária em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos.

Destaca-se que, embora até este ponto, tenhamos reproduzido a divisão entre drogas prescritas e proscritas, este trabalho buscou desconstruir tal visão binária entre drogas lícitas, ilícitas, prescritas e proscritas, concebendo tal divisão como artificial e baseada em determinações políticas, econômicas e sociais. Tal classificação entre drogas gera uma partilha moral que positiva e negativa as substâncias, operando de modo a estigmatizar e criminalizar certos grupos populacionais e contextos sociais de uso. Entende-se que isso é efeito dos processos de medicalização social e proibicionismo que modulam o fenômeno das drogas e seu consumo no contemporâneo. Em resumo, este trabalho partiu de uma noção crítica a estes processos, entendendo que produzem violações de direitos de cidadania, comprometem a possibilidade de reflexão e de promoção de ações responsáveis acerca da temática das drogas (ACSELRAD, 2005) e, portanto, produzem impactos negativos sobre a produção de saúde e do cuidado, sendo determinante no sofrimento decorrente do consumo de substâncias.

Diante desta realidade, evidencia-se a necessidade de operar estratégias de cuidado que tragam consigo um olhar crítico sobre o processo de medicalização social e proibicionismo e seus efeitos nos territórios e nas pessoas atendidas. Sobretudo, ao entender que estas lógicas atravessam os espaços de saúde e as atuações profissionais e, se não refletidas e intervindas, podem gerar barreiras de acesso, altas exigências e produção de estigmas que impactam a adesão ao tratamento e o cuidado à saúde das pessoas atendidas.

A partir dessa contextualização crítica, esta pesquisa-intervenção objetivou a criação de um grupo de ajuda mútua de pessoas que fazem uso de drogas (prescritas ou proscritas) e que são atendidas em um CAPS Regional¹ de um município de médio porte na segunda regional de saúde do Paraná. O grupo foi embasado nas estratégias de gestão autônoma da medicação (GAM) e redução de danos (RD), as quais preconizam o cuidado em saúde mental de pessoas

¹ Em agosto de 2023, ocorreu uma reestruturação dos CAPS do município, prevendo os atendimentos segundo território adscrito das Unidades de Saúde da Família e não mais na divisão por clínicas conforme legislação federal vigente (CAPS ad e CAPS II). Isto é, ambos os serviços dos municípios passaram a atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas acima de 18 anos. A pesquisa teve início em agosto de 2024, um ano após esta transição.

que fazem uso de substâncias e mostram-se sensíveis às determinações sociais e seus efeitos no consumo de drogas.

A RD e a GAM são ferramentas que surgem em contextos histórico-geográficos distintos, mas possuem similaridades, uma vez que ambas: problematizam a noção de droga e seus sentidos; as duas entendem a relação entre sujeito-substância como singular partindo da relação sujeito, *set e setting*; a RD e a GAM tiveram o protagonismo das pessoas que usam drogas em sua constituição; ambas partem do reconhecimento do saber do usuário de drogas a respeito do uso que fazem delas (OLIVEIRA, 2023). Partindo deste solo comum, a seguir será apresentado um breve histórico e objeto de cada ferramenta para posteriormente aliá-las como proposta metodológica do grupo a ser realizado nesta pesquisa.

A redução de danos surge no Brasil no final da década de 1980 como estratégia de prevenção das infecções transmissíveis, sobretudo AIDS, logo sendo difundida como ferramenta para amenizar os riscos do consumo problemático de drogas (SANTOS, 2010). Consistindo em uma ética e prática social, a RD parte da concepção de que há diferentes formas de relação das pessoas com as drogas, pautando a autonomia de escolha dos sujeitos para decidir acerca de seu consumo de substâncias. Sendo assim, compõem um conjunto de práticas e políticas voltadas à redução de riscos e danos relacionados a todo o tipo de consumo potencialmente prejudicial. Seu enfoque não é a droga ou os comportamentos que envolvem a substância, mas o sujeito, seus vínculos e seu contexto (SANTOS, 2010). É, portanto, uma estratégia antiproibicionista que se opõe à política de guerra às drogas e se faz condizente com a reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que é protagonizada pelos sujeitos que vivenciam o consumo e aponta para o cuidado de acordo com as necessidades singulares dessas pessoas.

Já a Gestão Autônoma da Medicação surge no início dos anos 90 na cidade de Quebec no Canadá a partir do protagonismo de pessoas que vivenciavam sofrimento psíquico e buscavam por alternativas de tratamento de saúde mental não centralizados no consumo de drogas psiquiátricas (FERREIRA et al., 2021). A partir deste ponto a GAM constrói-se como uma estratégia e metodologia que parte do diálogo e compartilhamento de experiências entre participantes, familiares e trabalhadores acerca do cuidado em saúde mental, resgatando a participação ativa dos usuários e ampliando seu poder de negociação sobre seu tratamento (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012). A GAM, portanto, é considerada uma forma de cuidado que observa as drogas utilizadas pelos usuários, mas não se centra nelas, de modo a considerar a significação singular dada às substâncias e os efeitos do consumo em todos os aspectos da vida das pessoas que as usam (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Um dos principais produtos da GAM é o Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação que, no Brasil, foi publicado e traduzido culturalmente em 2012. A proposta é que o guia seja utilizado como um norte na construção de diálogos e compartilhamento de experiências em grupos GAM compostos pelos participantes e moderador(es) (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014). Segundo este guia, o objetivo do grupo não é seguir estritamente o que ele coloca, mas vivenciar os princípios e valores que orientam a GAM, em especial, as noções de autonomia² e cogestão³ – que serão melhor abordadas ao longo deste trabalho.

Salienta-se que, não obstante a GAM e seu guia focalizem no consumo e efeitos das drogas prescritas, no contexto brasileiro esta estratégia tem sido ampliada para as drogas proscritas a partir da ética e prática da redução de danos, como apresentado nas experiências em CAPS ad publicadas por Oliveira (2023), Avarca (2021) e Ferreira et al. (2021). Tal vinculação da GAM com a RD, ainda se revela recente denotando um campo a ser explorado, sobretudo na questão da interação de múltiplas substâncias (AVARCA, 2021; FERREIRA et al., 2021; MIRANDA, 2021).

Com esse arcabouço, a pesquisa-intervenção construiu coletivamente um grupo de GAM-RD intitulado “Gestão Autônoma do Cuidado”⁴ com o objetivo de possibilitar um espaço de acolhimento, partilha de experiências e cuidado mútuo entre pessoas que fazem uso de drogas. Com a construção conjunta dos participantes e trabalhando questões como os direitos dos usuários e educação em saúde, esperou-se como efeito a ampliação do coeficiente de protagonismo e autonomia em seu cuidado e maior poder de negociação em seu tratamento. E, junto a isso, a produção de tensionamentos das lógicas medica(menta)lizantes e proibicionistas instituídas, a partir de estratégias e relações de cuidado em sincronia com os princípios da atenção psicossocial.

² A autonomia é compreendida como a capacidade de o sujeito gerar normas e ordens para a sua vida, sendo oposta à noção de independência ou autossuficiência (KINOSHITA, 1996). Muitas vezes, no uso prejudicial de substâncias há um esfacelamento das outras relações e o fortalecimento da dependência restrita à droga. Compreende-se que a perspectiva da GAM e as trocas promovidas pelo grupo podem auxiliar na tessitura de novas relações e dependências, promovendo assim uma ampliação da autonomia dos participantes.

³ Poder de negociação ou cogestão, outro princípio da GAM, aponta para a relevância da decisão conjunta e informada sobre o tratamento, sendo considerada como uma negociação e não uma prescrição imposta unilateralmente.

⁴ Nome inspirado em grupos GAM na APS realizados na capital de São Paulo e divulgados no Fórum de Apoio GAM no youtube. Escolheu-se este nome a fim de enfatizar a dimensão do cuidado e retirar a centralidade do medicamento.

2 Objetivo Geral

- Promover a construção coletiva de um grupo de gestão autônoma da medicação (GAM) e redução de danos (RD) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o objetivo de proporcionar um espaço de acolhimento, partilha de experiências e cuidado mútuo entre pessoas que fazem uso de drogas.

2.1 Objetivos específicos

- Favorecer condições de ampliação da autonomia e do protagonismo dos participantes de pesquisa sobre suas vidas e seu cuidado em saúde mental;
- Estimular o fortalecimento da cogestão do cuidado e do poder de negociação dos participantes de pesquisa, auxiliando na promoção de seus direitos como cidadãos e usuários do SUS;
- Compartilhar informações acerca do uso de drogas a partir da educação para a autonomia na perspectiva da redução de danos, visando contribuir para os processos de educação em saúde;
- Contribuir com o questionamento do processo de medicamentação e medicalização social do sofrimento psíquico e do uso de drogas, fortalecendo a construção de outros olhares para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas;

3 Cartografia

Este estudo se utilizou da metodologia qualitativa do tipo pesquisa-intervenção de abordagem cartográfica, por meio da construção coletiva de um grupo de Gestão Autônoma da Medicação e Redução de Danos. Justifica-se este tipo de pesquisa por conceber a indissociação entre pesquisar e intervir, teoria e prática, sujeito e objeto, fazer e conhecer. Distancia-se, portanto, do paradigma moderno científico de neutralidade e objetividade, ao conceber a implicação do pesquisador e a intervenção como parte do processo de pesquisa (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

A cartografia tem como base a concepção de que o processo de conhecimento é composto pela experimentação como atitude de pesquisa e pela produção de subjetividades. Para pensar a experimentação, resgata-se a reversão metodológica proposta pela cartografia, em que busca transformar o méta-hódos em hódos-metá (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009), ou, como canta Chico César, o “caminho se conhece andando”⁵, isto é, é no transcurso da pesquisa, a partir dos encontros, que a intervenção e os objetivos são trilhados e não o

⁵ CHICO CÉSAR. Deus me Proteja. Álbum francisco forró y frevo, Gravadora: Chita Discos/EMI,2008

contrário. Logo, a construção do conhecimento está indissociada da produção e transformação da realidade e de subjetividades (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Mais do que observar ou representar, a pesquisa intervém e produz, consistindo em um processo de produção (FERRAZA; REZENDE, 2024). Assim, não se trata de buscar dados, verdades ou significados, mas acompanhar processos e os efeitos sobre o fenômeno de pesquisa, pesquisadora, participantes e seus resultados. Para Passos, Kastrup & Escássia (2009), o pesquisar é fruto desta composição coletiva e se faz por meio do que os autores chamam de um conjunto de pistas metodológicas. Estas pistas funcionam como “referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p.13). Algumas das pistas seguidas neste caminhar, foram: cartografia como método de pesquisa-intervenção; pesquisar é acompanhar processos; coletivo de forças como plano de experiência cartográfica.

Como estratégia metodológica para a análise de dados, partiu-se das ferramentas teórico-práticas da análise institucional que oferecem um modo de acessar a experiência em sintonia com a abordagem cartográfica (RENAULT, 2019). Como expoentes da análise institucional estão os franceses Georges Lapassade, René Lourau e Félix Guattari e, no Brasil, Gregório Baremlitt. Segundo Rossi & Passos (2014), no Brasil a pesquisa-intervenção consiste em uma inflexão da análise institucional sendo considerada uma proposta metodológica de produção de conhecimento implicado e de intervenção em organizações, grupos e/ou subjetividades que, tal qual a pesquisa-intervenção, monta sua direção no próprio ato de intervir.

Neste ponto, faz-se importante realizar uma pequena digressão a fim de abordar algumas noções importantes da análise institucional para este trabalho. Para esta concepção, a noção de instituição corresponde as lógicas que regulam a sociedade (leis, normas, hábitos) e pronunciam valorativamente a atividade humana, colocando o que deve ser e o que não deve ser (BAREMBLITT, 2002). Os termos instituído e instituinte descrevem as formas de poder que se estabelecem nas instituições. Instituído se refere ao que está estabelecido e naturalizado dentro de uma instituição, aquilo que está organizado e influencia a forma com que as pessoas se comportam e interagem. Já instituinte é o processo dinâmico de transformação ou criação na instituição - o instituído, portanto, é efeito da atividade instituinte (BAREMBLITT, 2002).

Para Baremlitt (2002), as instituições (e suas materializações: organizações, estabelecimentos, agentes e práticas) desempenham uma função que está sempre a serviço das

formas históricas de exploração, dominação e mistificação que se apresentam nesta sociedade. No entanto, apresentam-se de modo mistificado, se exprimindo como se fossem naturais, desejáveis e eternas. Os processos instituintes, portanto, têm em vistas transformar estas relações, fazer funcionar de maneira diferente sem a reprodução do mesmo. Há sempre um embate entre essas forças nas instituições, organizações e estabelecimentos e isso não quer dizer que o instituído é ruim e o instituinte é bom⁶. Usa-se essas noções para auxiliar a observar e analisar os movimentos em cena produzidos no grupo, termos que são destacados em vários momentos na pesquisa.

Por fim, salienta-se que na análise institucional a pesquisadora participa ativamente da intervenção – como na cartografia, não há uma postura neutra -, contudo, não é ela que opera a análise em questão. São o que Guattari chama de analisadores, conceito-ferramenta que provoca a análise e explicita elementos de dada realidade institucional ao mesmo tempo que a transforma (ROSSI; PASSOS, 2014). Os analisadores ocorrem em ato, operam a análise e forçam a pensar. A presente pesquisa operou a partir da construção e utilização de analisadores que aconteceram nos encontros ao longo das etapas de pesquisa e da realização do grupo GAM-RD.

4 Estratégias metodológicas

A pesquisa consistiu em uma intervenção em um CAPS regionalizado em um município de médio porte da segunda regional de saúde do Paraná, que propôs a formação coletiva de um grupo de gestão autônoma da medicação e redução de danos com usuários acompanhados pelo serviço. Sendo analisada no comitê de ética em pesquisa com aprovação sob parecer n. 6.944.979 (ANEXO 1) e iniciada em agosto de 2024.

Os critérios de inclusão foram: usuários que estejam em acompanhamento no CAPS e que no momento da realização do acolhimento ou atendimento individual relatam fazer uso de drogas prescritas e/ou proscritas; que tenham interesse e aceitem participar do grupo de gestão autônoma da medicação; que possuam disponibilidade nos horários e dias definidos; que sejam selecionados pelos Técnicos de Referência do CAPS a partir dos critérios aqui descritos; que

⁶ “A sociedade é uma rede constituída pela interpenetração de forças e entidades reprodutivas e antiprodutivas cujas funções estão a serviço da exploração, dominação e mistificação (atravessamento), assim como também está constituída pela interpenetração das forças e entidades que estão a serviço da cooperação, da liberdade, da plena informação, ou seja, da produção e da transformação afirmativa e ativa da realidade (transversalidade).” (BAREMBLITT, 2002, p.35).

estejam em condições de saúde física e psíquica para participar da pesquisa por meio do grupo. O critério de exclusão foi: usuários que após a discussão em equipe, apresentam especificidades no seu momento de acompanhamento que possam gerar sofrimento para esta pessoa.

A pesquisa foi efetuada em quatro momentos, em que o primeiro passo foi uma conversa sobre o projeto com os profissionais e gestora do serviço a fim de apresentar a pesquisa, ouvir suas percepções e ideias e combinar a divulgação de cartazes e convites aos usuários em acompanhamento no CAPS. Isto foi realizado no mês de maio e julho, quando eu estava passando neste campo como residente. As divulgações iniciaram em agosto, sendo realizadas em espaços coletivos (assembleias e informes) onde os critérios de seleção já foram evidenciados. Caso alguém não se adequasse, poderíamos reavaliar nos próximos passos de pesquisa.

Para aqueles interessados(as), a segunda etapa foi realizar uma conversa individual, a fim de explicitar detalhes da pesquisa e em caso de concordância, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). O terceiro passo consistiu em realizar, nesta mesma conversa com aqueles(as) que concordaram em participar da pesquisa, uma entrevista cartográfica e a aplicação de um questionário sociodemográfico. O último passo foi a participação nos encontros do grupo intitulado “Gestão Autônoma do Cuidado”.

Os principais instrumentos de coleta de informações para a pesquisa foram a entrevista cartográfica (ANEXO 3), o questionário sociodemográfico (ANEXO 4) e o diário de campo⁷ (ANEXO 5). O primeiro consistiu em perguntas abertas em uma conversa não diretiva sobre o consumo de substâncias, a relação pessoal com estas e as relações de cuidado e suporte. O objetivo foi criar um ambiente propício para que surgisse à consciência elementos sobre as experiências, o ambiente em que vivem e as linhas de forças coletivas que os atravessam e que se ligam ao tema desta pesquisa (RENAULT; PASSOS, 2022).

Já o questionário sociodemográfico foi escolhido por proporcionar uma visão mais aprofundada acerca das determinações sociais e de saúde que atravessam os participantes da pesquisa sendo, portanto, uma fonte complementar na caracterização da população estudada.

⁷ Como ferramenta da pesquisa-intervenção, o diário de campo é mais que uma descrição do que é observado, apresentando-se pela construção de uma narrativa que trata da relação e implicação do pesquisador e do mundo pesquisado (JUNIOR et al., 2020). Tal processo denota a articulação entre diferentes dimensões do campo de pesquisa, como a individual, interindividual, grupal, organizacional e institucional (PEZZATO; L'ABBATE, 2011). Para a escritura do diário de campo considerou-se a sistematização de determinadas informações, as quais estão elencadas no anexo 5 e que serviram como um guia geral para o andamento da pesquisa e do grupo. A partir dos registros, pôde-se analisar a intervenção realizada em sua dimensão teórico-prática e montar os analisadores aqui dispostos.

Por fim, o diário de campo foi a principal ferramenta metodológica utilizada. Este consiste no registro e posterior análise da experiência da pesquisadora e dos participantes (KROEF et al. 2020), sendo mais que uma simples descrição do que é observado, mas a construção de uma narrativa que trata da relação e implicação da pesquisadora e do mundo pesquisado (JUNIOR et al., 2020). Abaixo, encontram-se alguns dos dados autodeclarados do questionário sociodemográfico.

Participante	Gênero	Raça/cor	Idade	Escolaridade	Renda
Lima	Homem Cis	Preto	42	Fundamental Incompleto	Menos de 1
Isaque	Homem Cis	Pardo	56	Fundamental Incompleto	1 a 3
J.A	Homem Cis	Pardo	54	Superior completo	3 a 6
Simon	Mulher cis	Branca	35	Fundamental Incompleto	Menos de 1
P.	Homem trans	Preto	41	Médio completo	1 a 3
W.	Homem cis	Pardo	23	Médio completo	1 a 3
Vitor	Homem Cis	Branco	77	Fundamental completo	1 a 3
Zé ninguém	Mulher cis	Parda	59	Médio Incompleto	Menos de 1
Thalia	Mulher cis	Branca	39	Fundamental Incompleto	Menos de 1
Ysilone	Mulher cis	Branca	35	Médio Completo	1 a 3

Tabela 1 – Marcadores sociais dos participantes

As informações foram colhidas nas entrevistas com as dez pessoas interessadas na pesquisa, sendo dados importantes pois permitem abordar os vetores de forças coletivas que atravessam os participantes envolvidos, situando alguns dos lugares sociais que ocupam e se fazem presentes em suas experiências e falas nos encontros. Ao longo deste trabalho apresentamos outras tabelas com os dez participantes, uma vez que puderam participar da primeira etapa de pesquisa, no entanto, evidencia-se que duas pessoas (W. e P.) não puderam seguir com a participação por incompatibilidade de horários.

O grupo realizou 10 encontros semanais com duração de 90-120 minutos, ocorrendo entre agosto e novembro de 2024 em uma sala no CAPS escolhido. O grupo contou com um total de 8 pessoas, tendo oscilado em cada encontro entre quatro e oito participantes de pesquisa. A proposta no primeiro dia foi apresentar a gestão autônoma da medicação e a redução de danos e mapear os interesses do grupo para construir os próximos encontros, enquanto no último dia ocorreu a troca sobre o processo grupal e os caminhos de análise da pesquisa. Também neste dia cada participante escolheu um codinome próprio para sua identificação na pesquisa.

Destaca-se que o conteúdo dos encontros grupais era orientado pelo guia GAM, mas em cada encontro foi aberto para o desejo do coletivo e, já no primeiro dia, o manejo deslocou-se da pesquisadora para o grupo – questão que será mais bem abordada ao longo do texto. Ao final do processo de análise e escrita, propôs-se a apresentação do trabalho aos profissionais do CAPS, demais membros da rede de saúde e usuários interessados.

5 Efeitos e discussões

Com a finalização do grupo e descrições no diário de campo, os analisadores surgiram como ferramenta analítica que deslocou/despessoalizou a intervenção, destacando os vetores de forças que atravessam o campo pesquisado (ROSSI; PASSOS, 2014). Estes analisadores foram acontecimentos de toda ordem, como uma situação, um caso, a presença ou ausência de algo ou alguém, um gesto, uma enunciação (RENAULT, 2019). A partir destes analisadores, criaram-se linhas de análise que se entrelaçaram com discussões bibliográficas e dinâmicas afetivas.

Salienta-se que tais linhas se transversalizam, mas para fins de análise foram divididas em: 1) Relações de saber-poder ou “é o médico que manda...?”; 2) Doente, coitado, agressivo, agitado: “Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes”; 3) “Se a gente separa o dentro e o fora, a gente já voltou pro manicômio”; 4) Experiências com o consumo de substâncias ou “a gente gosta de se anestésiar, né?”; 5) Grupo GAM-RD: “Aqui é diferente, eu posso me expor de verdade”. Em cada uma destas seções, outras linhas de análise se cruzam e se dividem em subtópicos.

5.1 Relações de saber-poder ou “é o médico que manda...?”

No primeiro encontro do grupo, em conversa inicial sobre o uso e não uso de medicações, Ysilone relatou que tem tomado mais que o prescrito pois não tem conseguido dormir. Vitor de súbito a respondeu “Não pode guardar segredo do médico, a gente não pode esconder nada... é o médico que manda!”. Prontamente, talvez pelo susto e incerteza se ouvi direito, repeti aquela mesma frase em tom de pergunta: “o médico que manda?”. Ysilone, a mesma que iniciou o assunto, respondeu: “Mas o corpo é nosso, recomendam 10 gotas de clonazepam, eu tomo vinte pra dormir e não faz nem cócega”. Pensei: pô! Só isso já dá uma pesquisa... e eram apenas os primeiros cinco minutos de grupo.

(diário de campo, encontro de agosto de 2024)

A gestão autônoma da medicação e a redução de danos são estratégias que se iniciam pelo protagonismo dos usuários de substâncias, partindo do reconhecimento do saber do usuário a respeito de sua vida e de seu uso de drogas (OLIVEIRA, 2023). Questionam, portanto, posições hegemônicas que enfatizam relações hierárquicas entre usuários e profissionais de saúde. No grupo GAM-RD ambos os discursos se fizeram presentes e coexistentes, revelando as distintas relações de poder no campo da saúde.

Caminhando com Foucault (1985), compreende-se que poder não seria algo fixo e próprio de algum grupo, mas uma relação que se dissemina de modo capilar por toda a estrutura social. Assim, nada é isento de poder e este estaria em constante exercício e disputa, em suas dimensões macro e micropolíticas. Ao mesmo tempo que pode reprimir e controlar, Foucault (1985) aborda a dinâmica positiva do poder, evidenciando que ele também é produtivo na medida em que fabrica relações, subjetividades e saberes. Logo, ao falar de relações de poder, ressalta-se que certos saberes são dotados de poder, como o conhecimento médico e mais amplamente, da própria área da saúde.

Nesta concepção, há um questionamento das relações de poder e de saber-poder como algo natural, de maneira a apontar para a construção da desigualdade social e a produção de relações e divisões hierárquicas - que se entrecruzam de modo interseccional. Aliando ao pensamento de Rancière, entende-se que a sociedade é organizada por uma partilha do sensível, a qual configura modos de agir, sentir, olhar, ouvir, pensar. O que se coloca de modo majoritário nesta partilha do sensível é o que o autor chama de polícia, isto é, o poder instituído que separa a comunidade em grupos, posições sociais e funções desiguais: dividindo quem pode falar e ser visto e quem é destituído de escuta e participação social (RIZZO; CHUEIRI, 2021).

Rancière, no entanto, parte da noção de igualdade radical, a qual compreende que a princípio todos são iguais e a igualdade é condição de todos os seres humanos. A igualdade, no entanto, não é dada ou garantida pelo governo e instituições, mas reivindicada e conquistada - tal ato, para Rancière é nomeado de política - e, ao fazê-la, há uma perturbação dos arranjos sociais vigentes que sustentam as desigualdades. Historicamente, pessoas que desviavam de normativas sociais foram psiquiatrizadas, ocupando a posição de dominados, ou dos sem-parte, em que “sequer são ouvidos como linguagem capaz de carregar significado (DAVIS, 2010, p. 91 apud RIZZO; CHUEIRI, 2021, p.1717). Embora tal posição tenha sido e segue sendo confrontada, sobretudo pelos usuários e familiares do movimento da luta antimanicomial,

segue instituído no plano macropolítico a impossibilidade de questionamento e disputa de poder por este público.

Ao mesmo tempo, aos técnicos de saúde permanece o mandato social de controle: a reprodução do poder de polícia que mantém as relações desiguais. A cadeira do profissional que é mais confortável que a do “paciente”, as discussões de equipe em que se discute sobre a vida do usuário sem sua presença e do familiar, os eventos sobre saúde mental em que as mesas são majoritariamente ocupadas por gestores e técnicos. É no tensionamento destas relações que a presente análise se implica: como incidir na partilha do sensível no campo da saúde mental, álcool e outras drogas e perturbar tais relações hierárquicas? Sabendo que, ao compor o grupo GAM-RD como técnica do saber-poder da saúde e pesquisadora (e tantos outros marcadores sociais), estas lógicas também são incorporadas por mim e em alguma medida serão reproduzidas? São questões que caminharam comigo ao longo da pesquisa e, ao longo desta pesquisa pude encontrar algumas respostas (temporárias) que são descritas em outras seções deste texto.

Simon: “Lá no ambulatório eu era cobaia, testaram tudo que é tipo de medicação em mim.”

Ysilone: “Comecei a tomar fluoxetina por receita do médico da unidade, mas eu não sabia pra que era... foi um choque quando descobri, me senti louca... tavam me dando remédio e nem sabia pra que era. Depois em consulta de retorno perguntei do remédio e ele disse que era um remédio fraquinho, que todo mundo tomava.”

Zé ninguém: “Eu já ouvi médico falando que eu não tinha nada que ler a bula, tinha só que tomar.”

Zé ninguém: “Tem uma coisa, se eu falar que não quero o tratamento e depois eu mudar de ideia vão punir, falar que agora não e vão me deixar sem.”

J.A: “Aqui no CAPS a médica falou 'o que você acha de internar? eu falei 'e se eu não quiser?' ela respondeu que alguém da família pode assinar pra ser involuntário. Eu falei que pra fazer isso eles iam ter que me achar.”

(diário de campo, encontros de setembro de 2024)

Em diferentes encontros foi comum narrativas que convocaram a pensar estas relações desiguais: o poder médico em detrimento da passividade e submissão dos usuários. Como a sensação de ser cobaia, alvo de experimentações sem o conhecimento sobre o próprio tratamento prescrito, e em momentos de questionamento acerca da bula e da prescrição, respostas dos médicos que reiteravam a percepção de que a eles cabe mais obedecer do que questionar. Já acerca da possibilidade de escolher sobre o tratamento, a percepção dos participantes da impossibilidade de se posicionar de modo contrário à RRR médica por haver a certeza de punição.

Tais relatos dizem da reprodução de hierarquias, apontando o médico e os profissionais da saúde em geral como pessoas detentoras do saber com poder de decisão e punição. No caso da internação, tal poder é também alargado à família, que pode solicitar a internação independente da vontade e da escuta da pessoa em questão. Diante disso tudo, foi questionado aos participantes do grupo o que faziam quando o tratamento não condizia com as suas necessidades, ao que Ypsilone respondeu:

Ypsilone: “Se a gente quer diminuir e não tem apoio, acaba parando de tomar o remédio... é isso que acontece comigo.”

Ypsilone: “No começo quando a gente toma clonazepam é bom né, dá soninho... Eu fui tomando 10 pra dormir, depois passei pra 15, 20, 25, aí fui pro 30 pra apagar. Fui na psiquiatra e tomei uma puxada de rabo. Ela chamou minha mãe, falou pra ela guardar o remédio e disse pra eu voltar pra 15. Tive que me virar pra conseguir voltar pra 15.”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

Ypsilone aborda que por vezes a falta de suporte para a redução progressiva do medicamento é um fator para a interrupção do consumo. Ao mesmo tempo, relatou momentos de aumento considerável da dose sem prescrição médica. No caso de relatar a médica o excesso de consumo da medicação, seja por decisão própria ou por precisar de nova prescrição⁸, a resposta da profissional foi uma “bronca”, o retorno a prescrição inicial e a necessidade de ter alguém de vigia – restando, novamente, lidar sozinha com a redução do medicamento e seus efeitos. Contrariar a conduta médica e revelá-la, portanto, implicou em uma repetição da normativa e da necessidade de obedecê-la. Ainda mais importante, não parece ter ocorrido uma escuta e tentativa de compreensão da experiência e motivos que levaram a participante a aumentar a dose.

Uma das chaves de compreensão para este movimento é a autogestão da medicação. Este é um fenômeno comum, como quando as pessoas fazem uso de outras substâncias e não se medicam para não ocorrer interação, tomam comprimido a mais para dormir melhor ou deixam de tomar um remédio em determinado período para economizar (ONOCKO-CAMPOS et. al, 2014). Salienta-se que essa questão se mostrou muito comum nas narrativas do grupo e pouco refletida. Embora a escolha da autogestão possa ocorrer, a partir das dinâmicas de saber-poder explicitadas, questiona-se o quanto tais relações hierárquicas potencializam decisões não compartilhadas acerca do cuidado em saúde.

⁸ Neste caso, uma medicação que é bem conhecida por seus efeitos de dependência e síndrome de abstinência.

O saber médico como soberano da relação é explicitado pelas conversas monológicas, que, para Seikkula e Arnkil (2020), envolvem a passivação do outro e o silenciamento, seja pela dominação ou pelo controle dos meios de explicação. No monólogo a ênfase está no comportamento e diagnóstico do usuário: o técnico possui uma linha de compreensão do fenômeno e instruções bem estabelecidas e as respostas do usuário ficam sob o controle desse discurso. Alargando esta noção, pode-se refletir o quanto estes tipos de relação produzem monólogos dos dois lados, em que os usuários seguem suas próprias condutas, assim como os técnicos.

Uma contraposta ao monologismo é o que Seikkula e Arnkil (2020) chamam de Diálogo Aberto⁹, abordagem dialógica que concebe a construção coletiva de ideias, um modo de pensar junto, ato mútuo entre as pessoas envolvidas no cuidado (técnicos, usuários, rede suportiva). Para isso, são realizados diálogos em que todos podem expressar suas preocupações e experiências, ouvindo e sendo ouvidos, a fim de surgir novas compreensões e saídas (SEIKKULA; ARNKIL, 2020). Nesta perspectiva, os técnicos deixam de ser interventores e responsáveis pelo cuidado, recusando-se a exercer o mandato social de controle, e se tornam participantes de um processo recíproco, enquanto os usuários e familiares se tornam sujeitos ativos corresponsáveis no processo do tratamento.

Uma noção que se alia ao dialogismo é o princípio de cogestão da GAM, a qual propõe a decisão compartilhada sobre o tratamento entre o usuário, técnico e demais membros da rede de apoio. Assim como o diálogo aberto, a cogestão problematiza as relações de poder e suas incorporações nos atores envolvidos ao explicitar as hierarquias existentes nas instituições de saúde - em vez de negá-las - e propor uma gestão e decisão informada e conjunta. Entende-se que a efetuação dessas noções não é algo dado, mas construído e sustentado em meio a dificuldades, frustrações e embates. Pois, ao propor o reconhecimento e escuta dos atores em

⁹ A proposta do diálogo aberto surgiu no início da década de 1990 na Lapônia Ocidental (Finlândia) desencadeada por práticas e estudos liderados por Jaakko Seikkula e colegas. Esta experiência é reconhecida internacionalmente por propor outro modo de conceber as questões psiquiátricas e as crises utilizando como ferramenta as práticas dialógicas, pressupondo a participação das pessoas em sofrimento e suas redes em todas as etapas do cuidado (SEIKKULA; ARNKIL, 2020). Em livro publicado no Brasil “Reuniões Dialógica de Redes Sociais”, aborda-se que após vinte anos de pesquisas na Finlândia, observou-se que ao fim de 5 anos, 80% dos pacientes que tiveram episódio psicóticos não tiveram mais e retornaram a vida de trabalho ou estudos, e dois terços que tiveram o primeiro episódio nunca haviam sido expostos a um antipsicótico, apenas 20% dos usuários tomavam regularmente. No Brasil, esta proposta já tomou corpo em cidades como Jaraguá do Sul (SC) e Carmo do Cajuru (MG).

questão, tensiona-se as relações de dominação e submissão que são reproduzidas até inconscientemente¹⁰.

O início da gestão autônoma da medicação no Québec, Canadá, pode ser um exemplo deste tensionamento. Esta experiência surge de um movimento de pessoas em sofrimento psíquico que precisavam de longas peregrinações para conseguir informações básicas sobre seu tratamento (ONOCKO-CAMPOS et. al, 2014). Como saída, criaram iniciativas de grupos de usuários com transtornos mentais para auxiliar outras pessoas a lidarem com o tratamento psiquiátrico e tudo que este envolvia. Tal proposta se construiu pela mobilização de usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários, pesquisadores e profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde, como estratégia para troca e acesso a informações, ampliação do poder de contratualidade¹¹ dos usuários em relação ao seu tratamento e defesa de direitos humanos (ONOCKO-CAMPOS et. al, 2014). Partindo desse início, entende-se que a GAM aponta para a educação em saúde como forma de exercer a cidadania e o grupo GAM-RD foi um modo de realizar estas buscas, pesquisas e partilhas no coletivo.

As estratégias que guiaram o grupo GAM-RD foram a gestão autônoma da medicação, a redução de danos e a educação para autonomia (ACSELRAD, 2005). Todas, a seu modo, apoiam a educação em saúde, uma vez que instigam a partilha de práticas educativas sobre as drogas e promovem reflexões e ações responsáveis acerca desta temática. Ao longo dos encontros do grupo, a partir das noções de dialogismo e cogestão, construiu-se um espaço de transversalidade¹² com trocas de saberes e práticas sobre o consumo de substâncias -

¹⁰ Essa foi uma questão que me acompanhou na pesquisa pois, ainda que o dialogismo e cogestão pareçam realidades muito distantes e até, por vezes, impossíveis de serem alcançadas, ao longo do grupo fui encontrando algumas direções e posturas que facilitaram o tensionamento das relações de poder entre nós. Essas são mais bem descritas nas próximas seções deste trabalho.

¹¹ O poder contratual se refere às possibilidades de troca dos sujeitos com a comunidade e o laço social. Para Kinoshita (1996), o processo de reabilitação passa pela restituição do poder contratual do usuário, uma vez que, ao serem considerados desviantes, sua contratualidade é “anulada no jogo de trocas sociais, visto que seus bens são considerados suspeitos, as suas mensagens são tidas como incompreensíveis e seus afetos compreendidos como desnaturados; nesse cenário, as trocas sociais tornam-se impossíveis (Kinoshita, 1996).” (BRAGA, 2019, p.205).

¹² A transversalidade ocorre em ato, portanto foi no a posteriori que se pôde analisar a direção transversal do grupo. Junto aos analisadores que surgiram nos encontros, a transversalidade proporciona um questionamento das hierarquias e especialismos e despessoalizam as falas (ROSSI; PASSOS, 2014). Segundo Baremblytt (2002), a transversalidade não se reduz à ordem hierárquica vertical e nem à ordem informal horizontal, mas propõe maneiras instituintes e produtivas de relação. Seus efeitos se caracterizam por "criar dispositivos que não respeitam os limites das unidades organizacionais formalmente constituídas, gerando assim movimentos e montagens alternativos, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais e consagradas" (BAREMBLYTT, 2002, p. 34).

problematizando as relações de poder e produzindo movimentos alternativos às lógicas instituídas.

Nesta direção, a partir das dúvidas e questionamento do grupo, uma farmacêutica¹³ residente foi convidada para um encontro a fim de dialogar sobre assistência farmacêutica e os direitos dos usuários, em outro momento, membros do grupo se dispuseram a pesquisar sobre drogas, seus efeitos e estratégias de cuidado e partilhar com o grupo. Embora a moderadora tenha se implicado em pesquisar e em deixar materiais expostos sobre os temas em cada encontro, buscou-se desde o início convocar o grupo a uma postura ativa acerca do conteúdo abordado, ao qual eles assumiram com prontidão.

Acerca dos temas trabalhados, abordou-se temas concernentes à redução de danos e gestão autônoma da medicação, como efeitos terapêuticos e colaterais, contraindicações, interações e estratégias de redução de riscos e danos. Além disso, houve momentos de trocas sobre controle social, violações de direitos e canais de denúncia, direitos em saúde e em outras políticas sociais. Estes momentos coletivos de reflexão se embasaram na educação popular que busca a participação ativa e crítica das pessoas na construção do conhecimento a partir de suas experiências e saberes, apostando que estas partilhas têm o potencial de ampliação da autonomia e da promoção e prevenção em saúde.

Nesta direção, ao longo das discussões grupais houve um movimento por parte dos usuários em conversar mais com familiares sobre o tratamento e agendar consultas com médicos e técnicos de referência do CAPS, a fim de perguntar e conversar sobre seu diagnóstico, suas prescrições e seu projeto terapêutico singular. Também passaram a ocorrer questionamentos sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e a solicitação das bulas durante a dispensação dos remédios na farmácia da unidade de saúde. Neste processo, foi evidenciado o assujeitamento que comumente é imposto aos participantes e incorporado por eles, o que produziu deslocamentos nas relações e posições de cuidado.

Na entrevista individual antes do grupo, em pergunta sobre os objetivos terapêuticos que possui no CAPS, J.A relatou que existia um atendimento chamado Projeto Terapêutico Singular que ajuda a pensar nestes objetivos, no entanto referiu nunca o ter usado nos seis meses que estava em acompanhamento. Dois meses depois, no oitavo encontro, J.A contou ao grupo que havia solicitado este atendimento para abordar sobre suas escolhas relativas a não

¹³ Partimos da noção que o direito à informação e a educação em saúde são basilares para o cuidado em saúde mental, agradeço a Nayara Rigobello por ter me ensinado isso e ter aceitado partilhar seus saberes e experiências com os participantes do grupo e contribuir de modo tão rico com esta pesquisa.

tomada de medicação e para compreender melhor seu diagnóstico e plano terapêutico. Entende-se que este movimento produzido pelo participante consiste em um importante analisador acerca das relações de saber-poder na área da saúde, abaixo iremos abordá-lo para dar corpo a discussão feita até o momento.

5.1.1 E se eu te falar que não tomo os remédios que prescrevem?

No primeiro momento da pesquisa, na realização da entrevista cartográfica individual, questionou-se sobre as substâncias que cada um consumia naquele momento. Embora tenha citado algumas substâncias e medicamentos, após 50 minutos de conversa, J.A disse que desde o início do tratamento no CAPS não fazia uso dos remédios prescritos e era a primeira vez que contava para alguém do serviço. Abordou que ao longo de sua vida consumiu outras drogas e que anos atrás os medicamentos tornaram-se um jeito de “ficar doido sem usar droga”. No entanto, com os medicamentos teve efeitos como tremores, pressão alta, aumento significativo de peso e necessidade de interromper o consumo de álcool. Após um tempo, decidiu parar de tomá-los e buscou outras estratégias de cuidado para manter-se bem. Assim, quando entrou no CAPS e recebeu as prescrições, optou por não tomar os medicamentos e não contar aos técnicos.

Considerando o cunho interventivo desta pesquisa, perguntei o que o levou a decidir manter isto em segredo. Respondeu que não sabia, e após um tempo abordou que recebe o benefício do INSS e tem medo de que, ao contar a equipe, possa perdê-lo. Também retomou uma fala de uma usuária da luta antimanicomial da região que disse que perdeu seu tratamento no CAPS ao não querer fazer uso de medicamentos. Dialogou-se sobre isso e, pela ética da pesquisa e do vínculo, guardei comigo o que ele disse. Mas o alertei que, embora no grupo prezávamos pela manutenção da confidencialidade, não poderia garantir que os demais participantes não contassem a equipe, ao que J.A entendeu. No terceiro encontro do grupo, no entanto, J.A contou aos demais integrantes sobre isso:

J.A: “Eu voltei a usar droga, o remédio não fazia mais efeito, queria só a droga pra fugir... e agora desde minha tentativa de suicídio eu peguei pra mim que não queria mais tomar remédio”

Simon: “Nenhum? Você é forte, parabéns!”

J.A: “Quando eu parei emagreci 20kg, comecei a ficar satisfeito comigo mesmo. Aqui no CAPS eu só falei pra Joana, mas eu não tô mais tomando os remédios. Eles prescrevem, mas eu não tomo.”

Zé ninguém: “Você não tem medo deles puxar lá e ver que você não retira os remédios?”

Simon: “E você não tem medo de perder o controle? A gente é humano, mas mesmo com esses efeitos colaterais que o remédio dá, acho melhor não desmamar se for pra perder o controle.”

J.A.: “Mas ser humano é ter uns momentos fora do controle e encontrar jeitos de lidar.”

Simon: “Mas você não se sente caído sem a medicação?”

J.A.: “Eu sinto, mas eu lido, tenho que passar por isso. Os pensamentos vêm, mas eu entendo que o remédio só lida com o sintoma. Eu queria descobrir as causas disso, e a minha é mais espiritual. Agora eu tô tratando a causa. Pode vir voz que for... não adianta! Eu não vou me matar”

Todos riem.

(diálogo do diário de campo, encontro em setembro de 2024)

O compartilhamento sobre a não tomada de medicação reverberou por vários encontros, sendo motivo para o grupo problematizar a ideia de que pessoas que possuem diagnóstico psiquiátrico precisam de medicamentos o tempo todo e para o resto da vida. Também pôde-se dialogar acerca dos diferentes sentidos atribuídos às drogas psiquiátricas, como a possibilidade de manter-se no controle e sem oscilações, ou a noção de que se é forte por não precisar tomá-las. Ao mesmo tempo, para aquelas pessoas que necessitavam dos remédios, foi aberto um lugar de reconhecimento e afirmação, como colocado por Simon: “Você pode parar com a medicação, mas eu tenho epilepsia e tenho que tomar. Tem gente que pode, gente que não pode”. O grupo acolheu e manteve consigo a informação compartilhada. Algumas semanas depois, J.A contou ao técnico de referência e agendou uma consulta com a médica do CAPS.

J.A.: “Na consulta primeiro eu perguntei sobre o diagnóstico de bipolaridade, queria entender o porquê eu tinha ele. A Dra. disse que eu já vim ao CAPS com ele. Perguntei então se com TAB eu precisava tomar remédio para o resto da vida. Ela disse que sim. Então eu falei: e se eu te falar que não tomo remédio? Ela ficou quieta, assustada, perguntou como assim?”

(diário de campo, encontro de novembro de 2024)

A partir desta consulta, como exposto anteriormente, foi realizado o atendimento chamado projeto terapêutico singular para abordar sobre sua escolha e seu tratamento. J.A contou posteriormente ao grupo que neste atendimento foi realizado de modo compartilhado seu desligamento do serviço. Maiores detalhes sobre o projeto terapêutico singular e processos de desligamento serão abordados nas seções seguintes.

O relato acima denota-se como um analisador que emergiu no grupo e força a refletir sobre as relações de saber-poder instituídas. Do primeiro ao último encontro, a revelação provocou vários deslocamentos nos participantes, no grupo e na instituição CAPS. Em um primeiro momento, ao longo de seis meses, ocorreu a autogestão da medicação ao J.A decidir

não tomá-la e não informar sobre esta escolha aos técnicos que o acompanham. Os profissionais notaram uma piora do quadro de saúde mental e, segundo J.A, a principal resposta médica foi o aumento da dosagem e a proposta de um internamento, além de seguir o acompanhamento próximo nas atividades e atendimentos do CAPS. Quando questionado por mim, J.A abordou que mantém o segredo pelo receio de que a não tomada da medicação implique em perder direitos assegurados que independem do consumo de remédios: o benefício do INSS e o tratamento no CAPS. O que denotaria a percepção de que profissionais da saúde podem exercer um controle e poder de polícia diante das pessoas que atendem.

Enquanto pesquisadora, na medida em que este acontecimento foi se desdobrando, me perguntei sobre a confissão da autogestão e as implicações disso. Perguntas que ecoaram no diário de campo: por que ele se sentiu à vontade para contar na entrevista e no grupo e não à equipe? Quando eles souberem, irão parar para pensar? Utilizar a situação como analisador da instituição e das práticas? Ou será que ele será punido? Internado? Desligado? E se outras pessoas do grupo decidirem não tomar mais medicação? E se a equipe passar a questionar o projeto de pesquisa e o trabalho no grupo?

Questões quase paranoicas que dizem de minha subjetividade, mas também convocam a pensar sobre os vetores de força que atravessam as instituições e estabelecimentos em questão (saúde, tratamento, CAPS, relação médico-paciente) e, sobretudo, como podemos atuar sobre esses vetores. Sendo assim, a aposta conduzida no grupo foi de que, ao se debruçar sobre o analisador e atuar com ele, novas forças poderiam passar pelo campo: seja produzindo linhas de fuga instituintes que permitem outras partilhas do sensível, ou, e ao mesmo tempo, talvez, linhas que reiteram e recrudescem a dinâmica desigual instituída.

Na medida em que o grupo caminhou surgiram diferentes perspectivas dos participantes sobre a situação. Além de questionar a ideia de que todos os pacientes psiquiátricos precisam de medicação para o resto da vida, o acontecimento convidou a olhar para a postura de submissão sem questionamento e sem tentativa de diálogo que, por vezes, os usuários reproduzem. Problematizando, também, a comum resposta de punição e não escuta dos técnicos e como isto influencia na relação de submissão. Uma das maneiras de abordar este tema foi por meio da carta dos direitos dos usuários de saúde, a qual indica o direito de recusar o tratamento proposto e assumir a responsabilidade da recusa e/ou descumprimento do plano de tratamento, e, ao mesmo tempo, o papel do técnico em realizar atendimento humanizado, acolhedor, explicando com detalhes o plano de cuidado e - mediante a recusa do tratamento - ofertar alternativas, quando possível, ao usuário e familiares.

Abordar os direitos e deveres dos usuários e técnicos, portanto, foi um caminho para problematizar as relações de poder e seus efeitos no tratamento em saúde mental, de maneira a propor um diálogo entre as partes. Com Rancière, entende-se que, ao observar os efeitos no grupo, este acontecimento pode ser considerado como político, pois:

“Rompeu com a configuração "normal" do sensível através de uma série de atos que reconfiguram o espaço onde as partes e as ausências de parte se definiam. A atividade política desloca um corpo do lugar que lhe era designado ou muda a destinação de um lugar; ela faz ver o que não cabia ser visto ou faz ouvir um discurso onde só tinha lugar o barulho (RANCIÈRE, 1999, p. 2 apud RIZZO; CHUEIRI, 2021, p.1723).”

Segundo Rancière, esta atividade política instituinte ocorre como um acidente provisório no encontro com as normas de dominação que não cessam de se perpetuar. Ao acontecer, revela a possibilidade de que as coisas poderiam ser diferentes do que são (RIZZO; CHUEIRI, 2021), neste caso, de que se pode produzir outras formas de relação no cuidado em saúde. Sobretudo, quando há a sustentação das tensões e desconfortos que surgem com este ato político: talvez, quando o ponto de exclamação ao fim da frase “é o médico que manda” é trocado por um ponto de interrogação, transformando em uma pergunta que não se resolve, mas se abre para novas interrogações.

5.2 Doente, coitado, agressivo, agitado? “Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes”

Uma fábula oriental narra a história de um homem que dormia quando uma serpente rastejou para dentro da sua boca. Tendo deslizado até o estômago, a serpente ali se estabeleceu, impondo sua vontade ao homem, a ponto de privá-lo da liberdade. O homem ficou à mercê da serpente: já não pertencia a si mesmo. Até que, certa manhã, o homem sentiu que a serpente fora embora e ele estava novamente livre. Mas então deu-se conta de não saber o que fazer com sua liberdade. ‘No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal modo a submeter sua própria vontade à vontade desta, seus próprios desejos aos desejos desta, seus próprios impulsos aos impulsos desta, que perdera a capacidade de desejar, de se voltar para alguma coisa, de agir autonomamente. No lugar da liberdade encontrará o vazio, porque sua nova essência, adquirida no cativeiro, tinha ido embora junto com a serpente, e a ele só restara reconquistar pouco a pouco o anterior conteúdo humano de sua vida. (BASAGLIA, 1967/2010, p.80).

O homem e a serpente é uma fábula conhecida na reforma psiquiátrica, inicialmente descrita por Franco Basaglia na conferência intitulada “Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional” e retomada por Paulo Amarante em sua obra “O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria”. Ao apresentá-la, Basaglia (1967/2010) coloca o homem como a pessoa internada e a serpente como

as regras da instituição psiquiátrica as quais tornam a pessoa um sujeito destituído de si, que adere as regras institucionais ao corpo de maneira a reproduzir as ideias e desejos desta. Esta cena convida a ir além do manicômio e pensar a serpente como os modos de institucionalização que existem nos diferentes territórios físicos e psíquicos relacionados ao processo saúde-doença.

Uma das direções para o debate é adentrar no processo de medicalização social, que, como já descrevemos, fala da codificação pela medicina do campo social, passando a explicar como questões de saúde o que, antes, faziam parte da vida. Isso fez com que a psiquiatria ganhasse poder de controle social e transformasse questões como uso de drogas e o sofrimento psíquico em objetos psiquiátricos, ganhando diagnósticos e medicamentos como resposta (FREITAS, 2017). Ao desnaturalizar o saber psiquiátrico e entendê-lo como ferramenta de controle, pode-se concebê-la como uma instituição que funciona com suas regras e institui partilhas do sensível. Logo, a psiquiatria, como uma serpente, tem o poder de objetificar os sujeitos à doença de maneira que a vida seja explicada a partir deste saber (BASAGLIA, 1965/2010).

5.2.1 “É bom lembrar que a gente não é nosso CID”

Um exemplo da captura psiquiátrica ocorreu no primeiro encontro do grupo GAM-RD, em que em uma roda de apresentações, foi perguntado - de modo aberto e sem direcionamento - como os participantes se apresentam para alguém que gostaria de conhecê-los (tal qual o guia GAM). A primeira pessoa respondeu: nome, idade, CID e porque está no CAPS. Todos os outros seguiram o mesmo caminho, sem diferença alguma. Ao final do encontro, abordou-se a frase contida no Guia “Eu sou uma pessoa e não uma doença” onde surgiram reflexões acerca de suas relações com o adoecimento e a percepção de que todos ali haviam se apresentado a partir do diagnóstico.

Ypsilon: “Essa frase 'eu sou uma pessoa, não uma doença'... é bom lembrar que a gente não é nosso CID”

Ypsilon: “A gente não quer ser a doença, é difícil aceitar que tem, mas quando aceita os outros ficam tratando como coitadinhos...Só porque é doente, dependente, trata mal, não tratam como gente.”

Simon: “A gente se acostumou a falar que tal coisa é nosso problema...ansiedade, depressão...acostumamos a falar mas não é nosso, a gente adquiriu. Eu quero ficar longe dele. Tô me tratando pra isso.”

(diário de campo, encontro de agosto de 2024)

Um discurso muito presente no grupo foi o quanto o diagnóstico se mistura com a identidade, de modo a definir quem são e intermediar suas relações com o mundo. Parte-se da concepção de que, a depender como utilizado, o diagnóstico tem o potencial de ser uma ferramenta no processo de conhecer a si e seu modo de funcionar no mundo, bem como possibilitar encontros entre pessoas com experiências similares gerando pertencimento coletivo. Todavia, neste movimento também pode recair numa restrição e/ou fixação das pessoas ao diagnóstico, a um tratamento, ou a uma instituição. Pois, não é possível falar sobre o papel do diagnóstico sem abordar o lugar histórico que as categorias psiquiátricas ocuparam na institucionalização e exclusão de pessoas desviantes, como ferramenta de individualização e biologização dos sintomas.

Um exemplo disso foi a internação psiquiátrica de pessoas que faziam uso de álcool nas décadas de 1920 e 1930 no Brasil. Grande parte dos psiquiatras brasileiros da época compreendia enquanto um problema psiquiátrico, utilizando de explicações eugênicas e higienistas que desembocaram no internamento em massa da população negra, criando uma associação entre alcoolismo-pobreza e sífilis-população negra (KIMATI; MUHL, 2020). Ou seja, tomando os efeitos da realidade social de exclusão imposta à população negra após a abolição da escravatura, como explicação psiquiátrica para internação e seguimento das ações de higienização e extermínio contra esta população.

Atualmente isto se reproduz por meio das internações em hospitais psiquiátricos de pessoas que fazem uso de drogas. O que se observa no cotidiano dos serviços da RAPS é que os internamentos seguem como estratégia temporária de privação de liberdade em situações de crise e/ou situações de vulnerabilidade social, e que estes estabelecimentos não possuem qualquer articulação de cuidado com os serviços do território, possuindo como principal intervenção o afastamento social e a prescrição de medicamentos. O mesmo ocorre com as Comunidades Terapêuticas, onde há um afastamento da sociedade daquelas pessoas que sofrem os efeitos da desigualdade social e da guerra às drogas, reduzindo a complexidade dos atravessamentos políticos e econômicos à um problema individual de “dependência química”.

Um dos efeitos deste discurso psiquiátrico e psicológico é a promoção de identificação com o diagnóstico, como citado pelos membros do grupo GAM-RD que se apresentaram a partir do código CID. Considera-se que esta identificação é reflexo da institucionalização engendrada pela medicina e incorporada pelos sujeitos e, para adentrar nisso, pega-se emprestado o que Deleuze e Guattari nomeiam como rostidade. Esta noção concebe o rosto como uma representação de identidade, algo que impõem e fixa significados, pois aponta para

codificações prévias que “neutralizam antecipadamente as expressões e conexões rebeldes às significações conformes” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.29). Para os autores, alguns agenciamentos de poder têm necessidade de produção de rosto como aparato de controle e normalização, e aqui pode-se pensar na psiquiatria como produtora de rostidades na medida em que convoca uma identificação ao diagnóstico, uma explicação de si a partir do código CID.

No campo da saúde mental, as rostidades poderiam ser pensadas como o “louco”, o “noia”, “dependente químico”, “doente mental”, “usuário do CAPS”, termos estes citados pelos participantes, e que são carregados de significados que emergem de uma realidade sócio-histórica. Segundo Akotirene (2018), há matrizes de opressão estruturais que perpassam os corpos (como o racismo, capitalismo, cisheteropatriarcado) e que criam aparatos de controle, exclusão e exploração a determinados rostos em detrimento de outros. No Brasil, a exclusão nos manicômios foi majoritariamente de pessoas negras, pobres, mulheres, LGBTQIAPN+, pessoas com deficiência (ARBEX, 2013). Hoje, o controle psiquiátrico segue por outras vias: comunidades terapêuticas, guerra às drogas, medicamentação do sofrimento e da violência, que seguem incidindo sobretudo contra pessoas pretas e pobres. Os signos das rostidades, portanto, são determinados por esta realidade e possuem cor, gênero e classe.

É sob esta concretude que as rostidades são produzidas, pré-determinando concepções morais e criando uma falsa representação estática dos sujeitos e do mundo. Salienta-se que tal crítica não busca refutar a existência de identidades e sua afirmação como categoria política, mas chamar atenção para o modo com que ela opera socialmente, promovendo territorializações que restringem ao uno aquilo e aqueles que são múltiplos, heterogêneos, dinâmicos. Pois fabricam uma codificação externa, imposta de fora, e carregam consigo ordenamentos e marcas prévias àqueles que enquadra. A rostidade, portanto, funciona como mecanismo de captura que coaduna com a estrutura social, na medida em que reduz a complexidade do real e o converte em categorias e símbolos representacionais.

Entendendo como um processo em constante movimento, Deleuze e Guattari propõem a destruição da rostidade, apontando sua potência de devir outra. Pois, em todo rosto há paisagem desconhecida e inexplorada (DELEUZE; GUATTARI, 1996) e, para fazê-la, cabe liberá-la dos signos externos prontos que a aprisionam, desfazer o rosto, criar outras expressões singulares para si. Abrir-se para a multiplicidade que é móvel, inventar outras identidades, resistindo à rostidade como aparato de codificação e controle.

Durante o grupo GAM-RD, pôde-se debruçar sobre as marcas das rostidades e como os aparatos psiquiátricos parecem produzir institucionalizações que definem modos de estar no

mundo e, ao mesmo tempo, barram outras formas de existir. Durante todos os encontros, foi comum ao grupo a discussão de lógicas instituídas totalizantes. Um dos exemplos foi uma fala reiterada de Vitor que, ao ser perguntado sobre vários temas, em meio a resposta dizia “é que eu sou depressivo e bipolar” como uma explicação que resumia ele mesmo aos CID. Se no início o seu discurso era esse, em torno da doença, aos poucos, com o andar do grupo, observou-se o deslocamento em suas narrativas. Vitor passou a dizer de si através da relação com a família, vizinhos, seu cachorro, sua aposentadoria, do quanto gosta de açúcar e por isso era apelidado de “formigão”. E, se antes seu movimento era apenas Casa-CAPS-CAPS-Casa, com o passar das semanas, ele trouxe ao grupo que conseguira sair da rota definida e retornar à instituição religiosa, a qual tinha grande significado para ele e que não frequentava há mais de dois anos. Assim, foi sendo produzido novos territórios físicos e subjetivos.

Com isso, entende-se que o grupo operou sobre os modos de subjetivação e produção de rostidades. Desfazendo, ou no mínimo desenrijecendo/rachando, os modos duros e únicos de ser, ver, pensar, sentir. Ao mesmo tempo, desenhando novas rostidades também para a instituição, que foi provocada a uma nova partilha do sensível (RIZZO; CHUEIRI, 2021). Entendemos que tais mudanças advém da construção de uma Relação que, segundo Glissant (2005 apud DAVID et al., 2024), ocorre quando se permite o encontro da diferença sem hierarquizá-la - o que possibilita um deslocamento da posição do “sou”, fixa e bem estabelecida, para o lugar fluído e efêmero do “sendo”. Nesta Relação, portanto, pôde-se sair das dinâmicas instituídas na instituição, no grupo, em nós, e abrir brechas para imaginar e construir novas rostidades.

5.2.2 “Será que tenho isso mesmo?”

Retomando a discussão sobre a identificação com o diagnóstico, a partir da Relação construída no grupo, foi possível notar um deslocamento também em outros participantes de pesquisa que passaram a questionar as sintomatologias e a categoria psiquiátrica como uma verdade absoluta sobre si. A partir da experiência singular e da sua história de vida, J.A questionou sobre o diagnóstico de bipolaridade, apontando que não sabe por que o recebeu: “Será que tenho isso mesmo? Na época que tentei suicídio até entendo, mas hoje não sei se ainda tenho”. Este discurso aponta para um possível desconhecimento acerca do diagnóstico e seus critérios, o que foi contribuído no diálogo com a médica, que ao ser perguntada por J.A sobre o porquê ele possuía tal diagnóstico, respondeu que ele já veio ao CAPS com esse laudo.

Além disso, ao tomarmos essa pergunta “Será que tenho isso mesmo?” podemos pensar que há uma percepção de si que se revela incongruente ao diagnóstico que lhe foi dado anos atrás. Percepção essa que, de algum modo, acaba por problematizar o CID como uma categoria orgânica inerte, ou uma sentença, a qual determina o sujeito e com o que terá de conviver o resto da vida – e, como efeito, tomar medicamentos também para o resto da vida.

Seguiremos esta reflexão a partir da fala de J.A, entendendo-a como um questionamento desta explicação hegemônica da psiquiatria e que nos convoca a abordar a questão da origem dos transtornos mentais e seus mitos. Diferente do que é comumente expressado no senso comum, nos livros de psiquiatria e por técnicos nos serviços de saúde, não é possível explicar ou observar diretamente as fisiopatologias dos transtornos mentais e ainda não foram encontradas origens genéticas para eles (KENDLER, 2021 apud SIMONS, 2021a). Por isso para a grande parte dos transtornos mentais não é possível realizar um exame como uma tomografia ou ressonância magnética para constatar a existência daquela condição - diferente de outras condições orgânicas e de outras áreas da medicina. E, ao mesmo tempo, embora possa haver uma correlação entre a existência de questões genéticas com transtornos mentais, não é possível afirmar que os genes são a causa dos transtornos – tendo muito mais relação com circunstâncias sociais do que orgânicas (SIMONS, 2020).

Outra noção comumente partilhada é de que os transtornos mentais teriam origem em um desequilíbrio químico - como a teoria da serotonina da depressão. Segundo Gotzsche (2023), este foi um mito simplista criado para justificar o consumo de drogas psiquiátricas, uma vez que estas corrigiriam as alterações na química cerebral causadas pelo transtorno. É irrefutável que o medicamento atua nos neurotransmissores e pode causar uma melhora significativa nos sintomas. A psiquiatria, no entanto, realizou um salto lógico ao partir da premissa de que, pelo medicamento auxiliar no transtorno e atuar em um sistema de neurotransmissores, a causa do transtorno seria o desequilíbrio neste sistema cerebral. Para Freitas e Amarante (2017, p.81), “isso é tão lógico quanto se dizer que as dores de cabeça são causadas pela falta de aspirina no corpo”.

A teoria do desequilíbrio químico como origem de transtornos mentais seria, portanto, como uma “metáfora que a psiquiatria aprendeu para explicar doenças cujas causas são desconhecidas” (MIDDELBOE, 2013 APUD GOTZSCHE, 2023). O sofrimento é um fenômeno complexo e não se nega que o conjunto de sintomatologias podem ter base orgânica que ainda não foram descobertas. Contudo, o que questionamos é a narrativa biologicista inconsistente e reducionista que explica a vida das pessoas pelo conjunto de sintomas que

vivenciam e que, propõem como principal terapêutica, medicamentos que seriam capazes de corrigir um “mau funcionamento cerebral” - tema que será retomado na linha de análise sobre drogas.

Desmistificar e complexificar o lugar dos diagnósticos, medicamentos e seus papéis sociais e singulares tornou-se algo presente em todos os encontros do grupo GAM-RD. Na medida em que os temas eram abordados e levantados por eles próprios ou por intermédio do guia GAM, os participantes apontavam a ausência de espaços para dialogar abertamente sobre este assunto. Referiam a impressão que questionar sobre o medicamento ou o diagnóstico era entendido como negativo por muitos profissionais. Zé ninguém contou que ao perguntar sobre os efeitos do medicamento e se poderia ter acesso a bula em consulta, ouviu como resposta da profissional: “você não tem nada que ler a bula, tem que tomar!”. Quase como se querer saber sobre isso fosse perigoso, se o conhecimento fosse levá-los a desistir do tratamento.

Diante disso e do exposto até então, uma das finalidades do grupo se tornou sustentar estes temas na roda e explorar juntos outras camadas e perspectivas que compõem o processo saúde-doença. Dar lugar à complexidade de histórias, maneiras de sentir prazer e sofrimento, mostrou-se como uma das formas de constatar que a vida não é redutível ao funcionamento cerebral, ou a um rosto, uma identidade, um CID.

5.2.3 “É como uma ferida aberta que a gente não tá tratando”

Seguindo os traços da rostidade e da identificação com a doença, um dos temas que mais esteve presente durante o grupo GAM-RD foi a dimensão do preconceito social que sofrem e os modos com que eles têm lidado com isso. Logo após a participante do grupo relatar que era bom lembrar que não eram o CID, foi como se um vendaval tivesse entrado na sala e todos foram provocados ou, minimamente, não passaram inertes ao tema: alguns se mexeram na cadeira, inclinando o corpo em direção ao grupo, os tons de vozes ganharam maior entonação e as falas passaram a ter uma cadência ininterrupta.

Vitor: “Eu procurava me esforçar pra mostrar que tava melhor... sempre fui um homem ativo, esforçado. Quando vinha visita eu me levantava da cama.”

W.: “Eu tento ficar animado, me esforçar pra mostrar que tô bem, que nem o Vitor.”

Zé ninguém: “Eu também... tem que se fazer forte, mostrar que tá bem... mas visita sai a gente cai”

(risos)

Thalia: “Às vezes ficam me olhando, fico pensando o que a pessoa tá pensando? ... Eu não consigo arrumar namorado”.

Ysilone: “Ficam me perguntando ‘por que você tá assim? sua vida tá boa! isso é frescura!’”

Lima: “Eu sou eu, verdadeiro, gostou não gostou... Não preciso provar quem sou, tô sendo eu.”

Vitor: “Mas cada um é cada um... cada um sente diferente. Eu não desejo depressão pra ninguém”

Ysilone: “A gente não quer ser a doença, é difícil aceitar que tem, mas quando aceita os outros ficam tratando como coitadinhos...é como uma ferida aberta que a gente não tá tratando.”

W.: “Eu tento esconder ao máximo para os outros, eles não sabem que eu tô tomando medicação... dou tudo de mim pra manter imagem boa.”

Ysilone: “E aí é isso, a gente tenta manter a máscara mas quando ela quebra taca remédio, taca bebida.”

Zé ninguém: “Passei um tempo sem sair de casa, quando o vizinho me encontrou na rua disse que achou que eu tinha me internado de novo... falei pra ele ir cuidar da vida dele.”

Ysilone: ”É por causa dessas pessoas que a gente faz CAPS!”

(diálogo do diário de campo, primeiro encontro do grupo em agosto de 2024)

No diálogo, saltou aos olhos a necessidade de forjar um outro modo de ser para conviver socialmente, o que foi chamado pelos participantes de máscara: esconder seu adoecimento e tratamento para poder trabalhar, esforçar-se para manter a “imagem boa” com a família e amigos. Como uma possível estratégia de proteção, para evitar comentários preconceituosos e mudança no modo com que são tratados. Este movimento é trabalhado nos estudos de Goffman (2004) sobre estigma¹⁴, onde reflete sobre os efeitos das marcas na vida das pessoas e grupos tidos como fora da norma, apontando como um destes grupos as pessoas com “transtornos mentais”.

Considera-se estigma como atributos depreciativos colocados às pessoas fora da norma e que, ao fazê-lo, instituem um grupo dominante considerado “normal”. Para Goffman (2004), os momentos de contatos mistos (quando as pessoas estigmatizadas e as consideradas normais estão na mesma situação social) promovem concepções de categorias e atributos destinados ao outro que incorrem em expectativas normativas sobre como esta pessoa ou grupo deveria ser. Dizendo de outro modo, é conferida uma identidade social que prevê que as pessoas do grupo estigmatizado apoiem e cumpram as normas imaginadas (GOFFMAN, 2004).

¹⁴ Até onde alcanço no momento, compreende-se que a rostidade que tratamos acima diz de uma multiplicidade que se abre para diferentes signos e códigos e pode se aplicar para além do humano, já o estigma parece fixar uma dualidade que institucionaliza e hierarquiza por meio de signos que negativam e positivam certos grupos. É como se a rostidade fosse um aspecto maior e pudesse implicar em rostos estigmatizados, mas ao mesmo tempo se abrir para compreensões múltiplas que não se restringem ao estigma. Se propomos a invenção de outros rostos, e pensarmos naqueles que são atribuídos estigmas, podemos dizer também de uma quebra do estigma ou de uma incorporação que o transforma – como os movimentos de usuários que se intitulam pelo signo da loucura e da drogadição (“junkies”, “mentaleiros”).

A noção de “coitadinhos” exposta por Ypsilone revela este movimento. Segundo o dicionário Michaelis, a etimologia da palavra coitado vem do latim *coctare* que significa desgraçar ou atormentar, logo, relaciona pessoas em sofrimento psíquico ao padecimento de uma desgraça e que, por isso, seriam dignas de pena e compaixão. Lima, ao abordar seu histórico de trajetória de rua e consumo de substâncias, sente que foi tratado como coitado no CAPS: “Aqui mesmo tem profissionais que tratam a gente como coitado. Tô ligado que eles vão se acostumando. Mas tratam que nem coitado, desacreditam da gente.”

Tal modo moralizado de se relacionar com a imagem do outro parece advir da assunção de que se já se sabe quem são essas pessoas e como agem, antes mesmo de conhecê-las. E, por serem concepções partilhadas socialmente, técnicos de saúde e de outras áreas também as reproduzem - mesmo que inconscientemente. Diante dos preconceitos, Ypsilone expõem a dificuldade de aceitar o próprio adoecimento, fazendo refletir o quanto os estigmas (re)produzidos socialmente sob estas pessoas produzem sofrimento e podem criar obstáculos no tratamento - sobretudo, quando os técnicos que possuem o papel de acolher acabam por estigmatizá-los ainda mais.

Para Goffman (2004), diante do (des)encontro com estas expectativas e com o próprio grupo dominante, o grupo estigmatizado possui motivos para sentir que este contato são produtores de angústia. Como resposta, vista na narrativa do grupo, pode surgir o movimento de tentar esconder e mentir sobre o que se vive ou de antecipar que desconfortos possam acontecer e assim evitar estes encontros. Uma vez que é comum que neste contato uma expressão corporal ou falada seja interpretada por meio do atributo estigmatizado que diferencia essa pessoa das outras - acabando por enquadrar e reduzir os sujeitos às categorias.

Destaca-se que o estigma é interseccionado com os marcadores sociais da diferença e tem efeitos distintos a depender da visibilidade destas marcas. Este foi um dos temas abordados pelo grupo, em diálogo que as mulheres Simon e Thalia abordaram o receio de vir ao CAPS sozinhas por terem medo de que homens “mexam com a gente na rua”, já, por outro lado, Vitor, também aborda este receio de vir sozinho ao CAPS, mas por conta da família que diz que ele já não pode fazer as coisas sozinho em sua idade (idoso) e condição de saúde. A partir destes exemplos no grupo, pôde-se dialogar sobre as intersecções entre os marcadores de classe, raça, gênero, sexualidade, deficiência e território e como a sociedade os encara de modos distintos fazendo com que sejam atribuídos estigmas que podem vulnerabilizar estas pessoas a situações de violência e sofrimento.

Isto levou o grupo a refletir sobre como o estigma produz sofrimento e, para lidar com eles, cada um encontra diferentes “máscaras” para evitar o julgamento e violência social. No entanto, como disse Ypsilone, quando as máscaras são insuficientes ou deixam de funcionar, cada um no grupo tem encontrado artifícios distintos para lidar com o sofrimento: como beber álcool, abusar de medicamentos, fugir das relações. E, a depender como enfrentam, podem passar a sofrer mais estigmas: “aí dizem que a gente é doente, dependente, nos tratam mal, não nos tratam como gente” (Ypsilone).

Um outro ponto envolto a isso é a incorporação desse estigma negativo, quando se passa a identificar-se com aquilo que lhe é colocado socialmente. Nascimento e Leão (2019), expõem a ideia de dois estigmas, o social - abordado até o momento - e o internalizado que é efeito do estigma social e implica nessa aceitação e identificação com o estigma sofrido, fazendo com que seja aplicado e reproduzido crenças desfavoráveis sobre si. Segundo Goffman (2004), é comum que a pessoa estigmatizada tenha as mesmas crenças sobre sua identidade, acreditando na noção social que funda a estigmatização.

Ypsilone: “Queria voltar a ser normal, não me sinto normal hoje, preciso me preparar até pra ir ao mercado.”

Simon: “Eu não consigo trabalho, não tenho responsabilidade... precisaria acordar cedo.”

(diário de campo, encontros de setembro de 2024)

Nestes casos, o estigma internalizado aponta para a sensação de impossibilidade, anormalidade, como se o adoecimento interditasse possibilidades de existência e as condenasse àquela. Sensações essas que são disseminadas socialmente e podem ser reiteradas pela rede de apoio e pelos técnicos de saúde, sobretudo quando promovem visões totalizantes e descontextualizadas da realidade das pessoas em questão.

5.2.4 “Eu sempre tive a visão que esse CAPS que era de álcool e drogas os pacientes eram agitados, agressivos”

Outra problematização realizada pelo grupo foi o estigma às pessoas que fazem uso de drogas. Este assunto surgiu em alguns encontros ao abordar a mudança realizada no município que regionalizou os CAPS, fazendo com que boa parte dos usuários do grupo que eram atendidos no CAPS II passassem a ser atendidos no serviço que antes era um CAPS-AD.

Simon: “Quando me mandaram pra esse CAPS eu achava que o pessoal era agressivo. Fiquei uma semana sem vir. No começo eu não queria.”

Thalia: “Eu não falo que venho no CAPS. O pastor logo acha que é vício em droga.”

J.A: “Isso é preconceito!”

Pesquisadora: “A gente vem conversando muito sobre os preconceitos que vocês sofrem, mas parece que nós mesmos podemos reproduzir alguns preconceitos sem perceber... o que a gente pode fazer com isso?”

J.A.: “Quando eu vim pro CAPS já falaram que eu era louco, aí piorou ainda mais. Eu tinha um amigo que cresceu comigo, mas porque eu usava droga e ele não, ele começou a me tratar diferente, com preconceito. É pura falta de conhecimento. Se conhecessem como é não agiriam assim.”

Simon: “Eu sempre tive a visão que esse CAPS que era de álcool e drogas os pacientes eram agitados, agressivos.”

Pesquisadora: “Acho que uma das coisas do estigma é a generalização... às vezes a gente escuta uma ideia ou tem uma experiência ruim relativa a alguém ou a algo e acaba generalizando pra todo um grupo, sem pensar, sem conhecer direito... faz sentido pra vocês?”

Simon: “É... eu acho que sim...é isso, eu eu tinha um familiar que usava droga e era muito agressivo, vendia tudo que tinha em casa. Eu tinha medo.”

(diário de campo, encontro de outubro de 2024)

Esse diálogo, realizado mais próximo ao fim do grupo, fala de um processo reflexivo acerca dos próprios preconceitos e a reprodução irrefletida destes. O grupo aponta como o desconhecimento sobre o assunto, a generalização de situações e o distanciamento da realidade em questão podem contribuir com noções estigmatizantes e levar a atitudes discriminatórias. Neste diálogo também se observa a reflexão dos próprios estigmas incorporados pelo grupo, de maneira a tensionar as ideias preconceituosas de cada um.

Neste ponto, faz-se importante destacar uma diferenciação que se percebe no estigma que recai sobre os usuários do campo de álcool e outras drogas e do campo dos transtornos mentais. Uma determinação desta diferença é o proibicionismo que promove a criminalização e estigmatização de certas substâncias, pessoas e contextos sociais de uso. E que faz com que haja uma partilha moral (VARGAS, 2008) em que as drogas proscritas são negativadas e as drogas lícitas, por outro lado, estimuladas e incentivadas – como podemos ver com os medicamentos. Esta moralização promove uma diferenciação no tratamento às condições de saúde, aos usuários e, por consequência, do estigma atribuído a depender da substância consumida – que vai se interseccionar aos marcadores sociais das pessoas e grupo em questão.

Esta realidade também se manifestou no grupo GAM-RD, uma vez que o CAPS em questão está em uma região periférica do município próxima a contextos sociais de consumo e venda de drogas ilícitas e, historicamente, é conhecido por ter sido um CAPS-AD. Ao tornar-se um CAPS Regional e atender ambas as clínicas, os estigmas contra pessoas que usam drogas ilícitas foi reproduzido pelos usuários do antigo CAPS II que no grupo expressaram o quanto isso, inclusive, foi motivo de atrasar a retomada de seu tratamento.

Esta questão permite refletir sobre o processo de regionalização dos CAPS que transformou toda a rede de atenção psicossocial do município, e fez conviver usuários que antes ficavam separados em diferentes serviços e fez os técnicos de saúde mental atenderem e se responsabilizarem por ambas as clínicas. Embora o objetivo da pesquisa não tenha sido cartografar os efeitos desta mudança, ao permear os assuntos elencados pelo grupo, mostra-se importante se debruçar sobre alguns destes tópicos.

Entende-se que o estigma e isolamento social produzidos pelo proibicionismo podem constituir barreiras para busca de ajuda e limitar o acesso e utilização dos serviços (MARQUES; RICHERT, 2024). Questão que não se faz presente apenas nas pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, mas também afeta as pessoas que fazem uso de drogas lícitas – como vimos, atrasando a retomada do tratamento. Compreendemos, então, que o proibicionismo afeta a todos e o estigma que é (re)produzido deve ser um dos focos do trabalho da atenção psicossocial e educação em saúde. Como discutimos no grupo, isso parece não ter ocorrido de modo efetivo no processo de mudança dos CAPS no município.

Em paralelo a isso, entende-se que a junção das clínicas ocasionada pela regionalização tem o potencial de problematizar os processos de trabalho das equipes, fazer conviver a diferença e tensionar os estigmas às pessoas que usam drogas e que possuem transtornos mentais. Junto com o potencial, no entanto, há o risco de homogeneização das diferenças e perda das especificidades no cuidado das clínicas - sobretudo, quando não se opera nos efeitos do proibicionismo e medicalização social. Para o balanço desta mudança, portanto, é essencial um processo reflexivo das equipes, avaliação de indicadores pela gestão, escuta dos usuários e familiares que compõem o serviço e, em especial, o enfrentamento ao estigma entendendo-o como determinante no sofrimento dos usuários e no abuso de drogas lícitas e ilícitas – enfrentamento este não apenas dentro do CAPS, mas, sobretudo, nos território social.

No âmbito micropolítico do grupo, buscou-se criar espaço para que tensões versando o cuidado em saúde mental surgissem e pudessem ser problematizados coletivamente. Observou-se que as relações de afeto e confiança construídas foram basilares para o surgimento de desacordos entre as perspectivas e experiências dos usuários, de maneira que puderam expressar e sustentar suas percepções e, ao mesmo tempo, convocar outros olhares sobre o tema. Como a situação do diálogo acima, em que uma pessoa que sofre pelo estigma de ser usuário de drogas apontou a outro participante o estigma que estava sendo reproduzido contra pessoas com experiências como as dele – e isso levou a reflexão sobre como cada um ali tem seus preconceitos e podem estar os reproduzindo sem perceber.

Um dos objetivos do grupo era este: promover um espaço acolhedor para que as pessoas pudessem se sentir protegidas para se expressar livremente. A aposta foi de que um local para falar abertamente sobre o consumo de drogas e acolher os diferentes modos e sentidos de uso pudesse tensionar os estigmas sociais e internalizados. Abrir lugar que as pessoas pudessem aparecer para além do seu consumo, de sua doença, de seu sofrimento, suas feridas. E assim, quem sabe, fortalecer processos de subjetivação que afirmam modos múltiplos de ser.

(...)

Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes
Que nem devia tá aqui
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí

Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência, me resumir à sobrevivência
É roubar o pouco de bom que eu vivi
Por fim, permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem é o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós sumir
(...)

AmarElo - Emicida¹⁵

(Sample: Sujeito de Sorte - Belchior)

(part. Pablo Vittar e Majur)

Nesta seção abordamos um pouco sobre as serpentes impostas e incorporadas que aparecem com o nome de transtornos, estigmas e características externas e negativas. Tentou-se apontar a importância de abordarmos e intervirmos coletivamente nessas feridas para que não sigam em carne viva. Para que as pessoas não sejam resumidas a elas. Apostando que a fala e a escuta coletiva podem ser um processo de tratamento, quiçá de cura.

¹⁵ O nome desta linha de análise é inspirada nesta música. EMICIDA. AmarElo (Sample: Sujeito de Sorte). Álbum: AmarElo, Gravadora: Sony Music Entertainment / Laboratório Fantasma, 2019.

5.3 “Se a gente separa o dentro e o fora, a gente já voltou pro manicômio”

Embora já tenhamos abordado sobre os CAPS neste trabalho, nesta seção gostaria de aprofundar um pouco mais sobre esse serviço e sua constituição histórica. Os CAPS surgem na Reforma Psiquiátrica Brasileira como serviço substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, sendo estratégico para a reversão do modelo asilar (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). O primeiro CAPS do país, nomeado como CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira e conhecido como CAPS da Rua Itapeva, nasceu em 1987 em São Paulo. Dois anos depois, em 1989, com a desinstitucionalização do Hospital Casa de Saúde Anchieta em Santos, são criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), serviços territoriais articulados com outros serviços, com atendimento 24h/dia e com leitos para atendimento à crise de pessoas com transtornos mentais.

Ambas as iniciativas surgiram no contexto de lutas pela redemocratização, em meio aos movimentos de luta antimanicomial e da reforma sanitária no país. Segundo Onocko-Campos e Furtado (2006), estas experiências foram precursoras e tornaram-se referências de ruptura ao modelo hospitalocêntrico, subsidiando a Portaria n. 224/92 em âmbito federal que estabelecia critérios para o CAPS. Com a publicação da portaria decorreu um aumento significativo dos CAPS e NAPS no Brasil, de 160 serviços no ano de 1995 para 500 serviços em 2004.

Cabe pontuar que este resgate histórico diz respeito aos serviços voltados a pessoas com transtornos mentais graves. Ao adentrar no cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, observa-se um atraso histórico desta pauta fazer-se presente na reforma psiquiátrica, refletido na própria construção de serviços voltados ao atendimento deste público - enquanto o primeiro CAPS no país foi criado em 1987, os primeiros CAPS AD foram implementados nos anos 2000 (FREI, 2019). Apenas em 2003 o Ministério da Saúde apresentou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, orientada pela redução de danos.

Esta diferenciação histórica entre as clínicas álcool e drogas e de transtorno mental é explicitada, pois, como apontamos ao longo deste trabalho, entende-se que dentro da atenção especializada há especificidades na atenção destes públicos e cada um deles é formado por atravessamentos políticos e sociais que demandam uma atuação atenta e diferenciada. E, não por acaso, estas distinções entre ambas se faz presente no atraso na implementação da política e serviços voltados ao público que apresenta sofrimento em razão do uso de álcool e outras drogas.

Ainda que se pontue diferenciações, em termos de legislação os objetivos dos CAPS são comuns, consistindo em oferecer atendimento à população da área de abrangência, de maneira a realizar acompanhamento clínico a partir de atendimentos individuais, grupais, aos familiares e em âmbito comunitário focando na reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Na Portaria de Consolidação nº 3 que agrupa diversas legislações do SUS, explicita-se que as atividades do CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Além disso, na lei se coloca a importância do acompanhamento do CAPS ser intermediado pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é construído pela equipe, usuário e familiares. Este se volta para o tratamento e reabilitação psicossocial e deve conter iniciativas aos familiares e às questões de ordem social vividas pelos usuários (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Após esta breve explicação sobre o histórico e funcionamento dos CAPS, partiremos para as discussões englobadas nesta linha de análise. Estas falam da relação entre serviços no território e hospitalares e os desafios para a efetuação do cuidado em liberdade, trazendo a experiências dos usuários acerca de sua relação com o dentro e fora do CAPS e um pouco de minha experiência como trabalhadora residente do SUS.

5.3.1 Como é a sua relação com o CAPS?

Lima: “Aqui no CAPS tá tudo massa, aqui é bom pra conversar, tem os remédios, ajuda a se enxergar e observar outras pessoas.”

J.A.: “Vir ao CAPS faz bem... tem os oficinairos, os técnicos... dá pra mostrar quem sou sem julgamentos. Mas... pra falar mesmo pra você, hoje venho mais pra aliviar minha mãe, minha esposa... por causa do INSS. E pra não ficar em casa sem fazer nada”

Simon: “O pessoal aqui me entende, outro lugar eles não entendem... sei lá o que pensam, nem a igreja me entendeu.”

W.: “Dá um conforto saber que passaram por algo parecido. Espero ser bem cuidado aqui, ter medicação ajustada da maneira correta... ao ponto de viver com harmonia.”

Vitor: “Está indo bem, tenho compromisso de vir, sei que não posso ficar na cama. Estou aqui pra ocupar o tempo, melhorar a mente.”

Zé ninguém: “Sei que não é só remédio... me falaram pra ir ao CRAS, caminhar. Não tenho vontade. Mas pra mim é bom vir aqui, às vezes venho e não faço nada.”

Thalia: “É uma ajuda que a gente tem”.

Ypsilon: “Apoio total, posso conversar de tudo, tem atendimento médico, oficinas pra distrair e tirar os nós na cabeça.”

(diário de campo, falas da entrevista cartográfica de agosto de 2024)

As falas elencadas surgiram nas entrevistas a partir da pergunta “como é a sua relação com o CAPS?”. Observa-se que são citadas algumas atividades realizadas no CAPS, como as oficinas, grupos terapêuticos, atendimentos, consultas individuais e uso de medicamentos. No CAPS em questão, todos os participantes do grupo estavam inseridos nestas atividades em três ou mais dias, onde ficam meio período no CAPS e podem escolher entre diferentes atividades que variam conforme o dia, dentre elas: horta, música, percussão, consciência corporal, meditação, artesanato, práticas integrativas, dança, grupos terapêuticos. Também possuem um grupo de geração de renda em que a entrada é mediante diálogo com profissionais do serviço.

Além destas atividades coletivas, neste CAPS são agendadas avaliações com diferentes profissionais (terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, enfermeira), consultas com médica clínica e/ou psiquiatra e atendimentos individuais com técnico de referência de cada usuário. Também há – em caso de necessidade advinda da dificuldade de tomada ou abuso de medicamentos - a oferta de medicação assistida e/ou fracionada, em que os usuários comparecem no serviço para retirar a medicação conforme fração determinada por médico ou para tomar cotidianamente de modo assistido no serviço. Dos participantes do grupo, quatro deles no momento faziam medicação assistida e fracionada e um deles medicação fracionada, levando para casa os comprimidos para a semana.

No discurso dos usuários, observa-se que, de modo geral, apontam experiências positivas com o serviço. Ainda que alguns coloquem o medicamento como parte importante do tratamento, nenhum deles focaliza apenas no remédio, indicando a percepção comum de que neste serviço o tratamento não se restringe à farmacoterapia. Como destaque das falas, alguns usuários apontam o papel do CAPS em auxiliar na distração e ocupação do tempo ocioso, o que dá indícios de ausência de atividades em suas vidas fora deste espaço. Ao mesmo tempo, há em comum nas falas a dimensão da convivência encontrada neste espaço, a sensação de acolhimento e pertencimento pela semelhança entre as experiências dos usuários.

Tal dimensão de apoio encontrada no CAPS foi um assunto recorrente no grupo. Como se dentro do serviço conseguissem ser quem são, ser compreendidos e acolhidos de modo a não se sentirem sozinhos no adoecimento. Já fora do CAPS isso não aconteceria, pelo contrário¹⁶.

¹⁶ Vale destacar os Centros de Convivência e Cultura (CECCO) como espaços parte da Rede de Atenção Psicossocial e que são potencializadores de inclusão social, ocupação do território e convivência comunitária diversa - entre pessoas com transtorno mental e uso de álcool e outras drogas, populações em vulnerabilidade e demais membros da comunidade, por meio de oficinas de atividades diversas (teatrais, de música, educativas,

Esta percepção mostra a importância do CAPS em sua função de acolhimento e convivência da diferença e como tem cumprido este papel na visão dos participantes. Ao mesmo tempo, revela a distância do serviço com a comunidade e vice-versa, como se houvesse uma membrana rígida que separasse o dentro e fora do CAPS, em que lá fora estaria a incompreensão e preconceito e dentro o acolhimento e entendimento.

5.3.2 “Eu me sinto autônoma no CAPS, fora não”

Simon: “Às vezes eu falo que vou pra escola pra não dizer que vou no CAPS.”

Thalia: “Eu também não falo, tem gente que julga.”

Lima: “Eu conto que tô no CAPS, não devo nada a ninguém!”

Ypsilon: “Eu me sinto autônoma no CAPS, fora não. Aqui eu tenho voz, sou vista. Lá fora eu falo que tenho transtorno mental e perco a voz. Só quem tá do meu lado fala e é escutado.”

Lima: “É... tem muito preconceito contra o CAPS mesmo. Tem um paciente aqui que disse que a gente tinha que montar uma academia aqui dentro pra lutar artes marciais e conseguir se defender lá fora!” (risadas)

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

Como já abordado, a questão do estigma foi muito abordada pelos participantes ao longo dos encontros. Aqui, no entanto, gostaríamos de abordá-lo na medida em que aponta para uma importante questão colocada como central na reforma psiquiátrica e a ser efetivada pelos CAPS em sua atuação no território: a reinserção social. Isto é, a instalação de ações que possam ter incidência na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007)¹⁷, quebrar os muros concretos e simbólicos que separam da sociedade os ditos “loucos” e “noias”, fazer (con)viver a diferença.

Em vários momentos do grupo os participantes enfatizaram o preconceito e julgamento que sentem fora do CAPS como fatores de sofrimento, em espaços como emprego, na família, na rua, nos serviços de esporte, cultura e lazer que são encaminhados pelo CAPS, nas unidades de saúde da família. Ypsilon compartilhou sua experiência de que dizer que tem um transtorno mental significa deixar de ser escutada, perder a voz, ser invisibilizada. Enquanto dentro do serviço, por outro lado, sente-se escutada, vista. Esta narrativa convida a olhar para a dimensão

laborais, etc.). Este equipamento é uma estratégia fundamental de reabilitação psicossocial de diluição dos muros do CAPS com o território. No entanto, não há nenhum CECCO atualmente nesta regional de saúde.

¹⁷ Para Paulo Amarante (2007), a desinstitucionalização é um processo social complexo e dinâmico que convoca uma transformação para além da técnica e que consistiria em mudanças em quatro dimensões: 1) dimensão teórico-conceitual ou epistemológica; 2) dimensão técnico-assistencial; 3) dimensão jurídico-política; 4) dimensão sociocultural – por nós enfocada.

do dentro/fora, como se do muro para lá houvesse preconceito e dentro do CAPS, segurança e autonomia. O risco, contudo, é o movimento de (en)CAPS(sulamento), onde o serviço perde a força de incidência na dimensão social e acaba envolto em si mesmo.

“Lembro do que Tamiris, colega enfermeira e coordenadora do CAPS AD ZOI¹⁸ de Santos, disse em uma reunião de equipe um tanto encalorada. Era minha primeira participação em uma reunião do serviço e lembro que o técnico de enfermagem recém-chegado falava algo sobre como tal usuário precisava aprender ali no CAPS determinada coisa, para que conseguisse fazer isso lá fora na sociedade. Tamiris parou, pensou e pacientemente respondeu algo do tipo: ‘Veja, não existe dentro e fora do CAPS. O CAPS foi criado para ser aberto, parte do território. Se a gente separa o dentro e o fora a gente já voltou pro manicômio’. Ainda me pego pensando nessa fala e em como recusar o manicômio e os muros parece ser uma tarefa constante.”

(diário de campo, outubro de 2024)

5.3.3 O manicômio é aqui (do lado)

É comum em eventos em alusão à luta antimanicomial e saúde mental retomarmos um histórico dos manicômios como uma realidade passada e distante. Inclusive retomar o holocausto de Barbacena colocando-a como um grande exemplo dos manicômios brasileiros. Eu mesma faço isso todo 18 de maio. Mas desde que entrei na residência esse retorno tem me incomodado. Não consigo mais falar (apenas) do que aconteceu em Minas Gerais. Próximo ao CAPS da pesquisa, temos um hospital colônia que existe há quase 70 anos, também com um histórico de superlotação, violência e mortes. Atualmente está em funcionamento e franca expansão. O Paraná tem uma história manicomial que não ficou só no passado, mas segue viva. Já não como era, mas com novos arranjos e roupagens. Ou não tão novas.

Desde 2001, a legislação vigente coloca a internação como uma opção apenas diante da insuficiência de recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2001). O projeto de lei da reforma psiquiátrica - que se tornou a lei 10.216/01 que redirecionou o modelo assistencial de saúde mental - surgiu em 1989 na Câmara dos Deputados e propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989, p.10.696 apud PEREIRA, 2004). Este projeto ficou mais de dez anos tramitando, acompanhado de forte mobilização de representantes de associações, usuários, profissionais e universidades. Em 2001 a lei foi aprovada, porém, pelas forças privatistas da

¹⁸ Experiência fruto do estágio optativo da residência que realizei em junho de 2024 no município de Santos. Ao longo do texto há mais relatos sobre esta imersão, mas destaca-se aqui a importância desses encontros e acontecimentos para ampliar meu olhar e conhecimento sobre os CAPS.

Indústria da Loucura no país, a importante proposta de extinção dos manicômios foi retirada, mantendo a opção hospitalar, mas como um último recurso.

Após 2001 ocorreu uma diminuição significativa de leitos em hospitais psiquiátricos, ampliação de CAPS e outros serviços de saúde mental, bem como a instauração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Embora com avanços significativos da luta antimanicomial em prol da mudança de paradigma de cuidado, nos últimos anos a política de saúde mental sofreu grandes retrocessos, junto a outras políticas sociais, com a ampliação do financiamento para as comunidades terapêuticas e leitos hospitalares (rede de atenção hospitalar) e um desfinanciamento da rede de atenção comunitária. No Paraná não foi diferente.

Esta realidade se reflete no grupo GAM-RD e nas discussões realizadas ao longo dos encontros. Todos os dez usuários já passaram por internação em hospital psiquiátrico especializado e, quatro deles foram internados mais de cinco vezes. Entende-se que são diversos fatores que levam a um internamento, mas ao olhar a legislação vigente e as forças macropolíticas de contrarreforma, torna-se pertinente levantar a questão: o quanto a rede comunitária do território tem dado conta de esgotar as possibilidades de cuidado em liberdade antes de encaminhar ao internamento, conforme predisposto na lei da reforma psiquiátrica de 10.216/01?

Participante	Internamentos
Lima	1 (hospital psiquiátrico), 1 (comunidade terapêutica) e 1 acolhimento noturno (CAPS AD III)
Isaque	10 (hospital psiquiátrico)
J.A	1 (hospital psiquiátrico)
Simon	8 (hospital psiquiátrico)
P.	5 (hospital psiquiátrico)
W.	1 (hospital psiquiátrico)
Vitor	2 (hospital psiquiátrico)
Zé ninguém	2 (hospital psiquiátrico)
Thalia	12 (hospital psiquiátrico)
Ypsilone	1 (hospital psiquiátrico)

Tabela 2 – Número de internamentos

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de setembro de 2024, o Estado do Paraná conta com um total de 1623 leitos psiquiátricos do SUS em onze hospitais especializados distribuídos pelo Estado. São Paulo, por outro lado, possui 3230 leitos psiquiátricos divididos em 26 estabelecimentos conveniados ao SUS, sendo o

estado com mais leitos psiquiátricos do Brasil. Todavia, ao considerar a dimensão populacional de cada local, o Paraná se torna o estado com mais leitos por habitantes de todo o país. E, embora na portaria de consolidação nº3 haja como componente da atenção hospitalar os leitos de Saúde Mental em Hospital Geral¹⁹, o estado atualmente conta com apenas 57 leitos habilitados segundo dados do CNES.

Se considerarmos as comunidades terapêuticas, espaços que retomam a lógica de internação como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento (CFP, 2018), observamos que nos últimos anos elas tem crescido cada vez mais com financiamento público. Segundo a Plataforma de Pesquisa e Fiscalização das Entidades com Financiamento Público Federal realizada pela Frente da Saúde Mental²⁰, no Paraná existem 51 comunidades terapêuticas com recurso público. Salienta-se que vários destes espaços possuem um cunho religioso, não contam com profissionais de saúde e tem como base de tratamento a abstinência. Segundo o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2018), 28 dos 28 estabelecimentos visitados tinham práticas que violavam os direitos humanos. Embora apenas um dos participantes tenha passado por CT, é cada vez mais comum atendermos no CAPS pessoas que já estiveram nesses locais.

Em meu estágio optativo estive no CAPS AD do município de Santos, São Paulo. Local que possui um histórico importante da luta antimanicomial, sendo a primeira cidade do país que realizou o fechamento de um hospital psiquiátrico, além de ser a pioneira em políticas e ações de redução de riscos e danos. Não seria exagero dizer que os profissionais de Santos com quem conversei ficaram chocados ao ouvir a realidade do Paraná, no que diz respeito a grande presença de leitos em hospitais psiquiátricos especializados e às nossas práticas dos CAPS terem o internamento como opção – não a primeira, mas quase nunca a última. Em Santos é uma noção comum e basilar entre os profissionais de que a internação em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas não é eficaz e se for necessária a estabilização de crise há leitos em hospitais gerais ou uma retaguarda psiquiátrica de 15 dias – que permanece em contato e acompanhamento pelo CAPS.

Estar nesta realidade, que em alguns momentos pareceu outro mundo, muito me fez pensar sobre o nosso contexto. Em Santos tivemos conversas acaloradas sobre os riscos do

¹⁹ Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; (Origem: Portaria 3088/2011, Art. 10, I).

²⁰ <https://frentedasaudemental.com.br/raio-x-das-comunidades-terapeuticas/>

CAPS cronificar as pessoas, cronificar os profissionais e suas respostas. Hoje penso como o hospital psiquiátrico especializado na rede faz isso, sendo um recurso que pode e é utilizado com frequência e parece cronificar nossas respostas em saúde mental. Nos CAPS em que passei no Paraná é muito comum ouvir os usuários que tem um agravo ou entram em crise relatarem ter medo de serem internados. Como Isaque, que me contou que não pode parar com o medicamento nunca, pois terá uma crise e será internado pela décima primeira vez.

O que pontua da nossa realidade fala do conjunto de vetores conservadores que atravessam as instituições e ganham força e predominância em cada território – e que, neste movimento, nos capturam. Foi só saindo daqui que percebi o quão capturada eu estava, acostumada com reuniões abarrotadas de recados sobre faltas, altas e transferência de cuidado por internamentos em hospitais psiquiátricos. Ouvindo, toda semana, um novo nome que foi inserido na central de leitos. Foi em Santos que descobri que reuniões de equipe de CAPS podem ser para ler, discutir, refletir, discordar e pensar junto – não apenas citar altas e transferências para hospital. Onde lembrei que a atenção psicossocial é sobre manter-se em movimento, não se acostumar.

Depois dessa experiência, tenho comigo que a permanência do manicômio tem cronificado nossas respostas, limitado nossa capacidade de invenção no cuidado, impedido a construção de outras respostas (dos usuários, dos familiares e nossas) frente às situações de crise. E assim a cronificação torna-se nossa, do serviço, da rede, do sistema. E o manicômio segue do nosso lado, ele segue aqui.

5.3.4 Lugar de crise é no território

Zé ninguém: “Tava no hospital e o médico estava esperando minha filha pra eu ser internada, eu falei que não queria ser internada, mas o médico ficava vindo e falando de internação. Eu fui lá, peguei minhas coisas, tirei o soro e fui embora.”

Simon: “Quando tava em crise eles me amarravam, já fui amarrada 3 vezes, duas foi na internação no *nome do hospital*. Falavam que era por causa da convulsão, eu pedia pra eles me desamarrar mas não desamarravam.”

Zé ninguém: “Fiquei quatro meses internada nesse hospital, não pensa que fiquei relaxando, fiquei aprontando, dava camaçada de pau nas pessoas lá”

(Risos)

Simon: “Nesse lugar você toma banho e as enfermeiras ficam olhando.”

Zé ninguém: “Eu me internei duas vezes. Em uma eu não queria tomar remédio nem café. Brigavam comigo e me deixavam lá, na cama.”

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

No diálogo entre as duas usuárias há indícios da realidade que encontraram no hospital psiquiátrico. Relatam situações de agressão, falta de privacidade e conflitos em um dos hospitais psiquiátricos mantidos e financiados pelo Estado. Ambas as usuárias contaram que foram internadas em situações de crise, o que retoma a questão da internação como local de descarga (BASAGLIA, 1977/2010). No entanto, agora reflete-se que tal descarga também é frente a situações de crise, o que pode indicar uma desresponsabilização pelo cuidado territorial nestas situações. Como um “vamos enviar pra lá e quando sair a gente vê o que faz”. No caso, considera-se que o “lá” pode ser em qualquer hospital do Estado que libere vaga, ou seja, há alguns km de distância ou a mais de 400 km do território em que a pessoa vive²¹.

Concebe-se que é uma tarefa da Reforma Psiquiátrica a construção de espaços de cuidado da crise, como os CAPS, a fim de destituir o hospital psiquiátrico do lugar histórico que ocupou como guardião de crises (BICHUETTI, s/d, p.1). Em meio às raízes manicomiais do Estado e a manutenção do hospital como um possível escoadouro, cabe colocar: qual o lugar que a crise tem ocupado nesse território? Segundo os dados do Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) em que consta os dados registrados do município em questão, entre o período de janeiro a setembro de 2024 a soma dos atendimentos às situações de crise²² nos três CAPS totalizaram 9 atendimentos. É possível que haja uma falha dos serviços no registro de suas atividades, no entanto, a partir da experiência da residente no campo e da narrativa dos usuários, constata-se importantes lacunas no atendimento do CAPS à crise.

Zé ninguém: “Eu surtava e me levavam pro purgatório, me dopavam.”

Thalia: “Ontem tive uma crise e fui pra igreja. Ficaram mexendo no meu cabelo, olhando pra minha sandália... eu não gostei.”

Simon: “Já eu quando tô mal procuro a UPA pra tomar remédio. Pra mim a igreja não adianta.”

Lima: “Quando eu tava na UPA fiquei 7 dias em abstinência fervendo em casa. Fui pra UPA me deram um monte de medicação, não deu em nada. Eu parecia um cavalo, não tombei. Me deram mais, me doparam. Não lembro de nada, fiquei por uns dias delirando.”

²¹ Segundo instrutivo técnico do Ministério da Saúde (2022), “Importante ainda que os leitos estejam integrados aos demais serviços da Raps, não se tornando um ponto isolado na rede. É recomendado a implantação do ponto de telessaúde para favorecer a corresponsabilização pelos casos e a continuidade do cuidado (altas implicadas, em colaboração com os estabelecimentos e serviços, que irão dar o seguimento pós-alta”. Embora seja uma recomendação, o que acontece na prática é a transferência de cuidado – o que nos leva a não ter nenhum contato com o usuário enquanto está internado. E, para alguns casos, ao sair, uma guia de encaminhamento em papel é entregue a pessoa para que ela compareça ao CAPS para a continuidade do acompanhamento.

²² Como consta na RAAS, situações de crise consistem em: momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e preservação de vínculos.

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

Ainda que o município não possua CAPS III ou leitos em hospital geral para estabilização do quadro de saúde mental, faz parte dos atendimentos previstos no CAPS II e CAPS AD o cuidado à crise, seja no serviço, domicílio ou outros espaços do território. Embora ocorram atendimentos pontuais nestes serviços, o protocolo do município diante destas situações é o encaminhamento a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o que coaduna com a experiência dos usuários, em que três abordaram a UPA como local que faz parte da trajetória de sua crise e, todos eles, enfatizam a medicação como tratamento principal ofertado.

Simon relatou que tem o costume de buscar a UPA pela oferta de medicamentos, já Zé ninguém e Lima colocam a vivência de uma hipermedicamentação: dopar como saída da crise, a ponto de se esquecer do que havia ocorrido. Evidenciando a compreensão de que a crise seria um desajuste a ser medicado, interrompido, cessado - o que modula os modos com que se maneja e se experiencia esta situação.

Esta concepção vai ao encontro com a noção histórica de crise que, para evitar seu aparecimento na ordem social, foi excluída no manicômio onde foi silenciada, lida como patologia, perigosa, estranha (BICHUETTI, s.d). Diante da construção de um novo modelo de atenção, novas formas de cuidado e compreensão da crise não médico-centradas precisam ser inventadas. Pois, a crise em si mesma não é improdutiva. Do grego antigo *Krisis*, este termo concebe uma situação de conflito, ruptura ou mudança, em que uma decisão ou ação de transformação se faz necessária. Para Baremlitt (2002), a crise pode ser entendida como uma potência instituinte e, ao afirmar isso, não significa positivar a crise como uma experiência boa ou necessária, mas explicitar que a situação de crise carrega consigo uma força de transformação e que, por isso, não caberia silenciá-la ou dopá-la completamente.

Explicita-se duas experiências de atuação em crise que atuam nesta direção. Na abordagem diálogo aberto, apresentada na seção sobre saber-poder, o cuidado à crise é realizado no território junto a rede social da pessoa e a escuta e diálogo são as principais ferramentas de intervenção. Há uma renúncia ao uso imediato de neurolépticos para não cessar os sintomas e preservar a cognição da pessoa em crise (KANTORSKI et. al, 2020). No mesmo sentido, em seu trabalho no CAPS Maria Boneca em Uberaba, Jorge Bichuetti aponta para o trabalho terapêutico no CAPS como uma sustentação do acolhimento coletivo à pessoa em crise, visando não dar respostas prontas e imediatas como a contenção física ou química. Mas, abrir espaço para que a crise apareça e possa ser cuidada onde e do modo que ocorre.

Na reforma psiquiátrica, estas experiências falam sobre a criação de lugares sociais (na igreja, na praça, no shopping) para que se possa conviver com a crise e não a excluir ou cessar. Por isso também, diz de inúmeros desafios a serem enfrentados. Resumido por Bichuetti,

“O acolhimento de crise pressupõe uma disponibilidade de tempo e espaço, e, também, afetiva. De fato, não se pode ser continente às crises, se se vivencia um funcionamento marcado pela burocratização, rigidez de agenda e papéis, e pela segmentarização do território, privatização e compartimentação restritiva do espaço, inibindo o fluxo das relações. A disponibilidade afetiva, por sua vez, depende de se construir na equipe uma nova postura. Esta postura deve, assim, superar idiosincrasias da prática clínica tradicional, como a ideia de se agir capitaneado pela lógica de que uma crise demanda imediata contenção física e restrição espacial, inibição sedativa de sintomas, tanto quanto significa ausência de contato e incomunicabilidade. Estas são na realidade as respostas prontas, prévias, com as quais o hospício, instituição total, transformou a terapia de crise em mero enclausuramento (BICHUETTI, s.d p.5)

A persistência dos hospitais psiquiátricos especializados, a precarização dos vínculos de trabalho, o aumento da demanda nos serviços de saúde mental, a fragmentação e a ambulatorização da rede de cuidado, a cronificação de nossas respostas à crise são algumas pistas macropolíticas que indicam as inúmeras pedras no caminho para a atenção à crise no território. Como observado, diante desta realidade, a principal resposta encontrada pela rede parece ser a prescrição de medicamentos, como forma de cessar ou impedir a crise, e/ou o internamento em hospitais psiquiátricos especializados. Como questões que seguem, questiona-se: O quanto isto tem produzido uma restrição nas possibilidades de manejar a crise no território? Como estas respostas têm impactado a vivência da crise dos usuários? Não seriam estas respostas responsáveis por uma iatrogenia²³ no cuidado em saúde mental? Se os leitos no hospital psiquiátrico especializado permanecem e os leitos em hospital geral não aumentam, o que é necessário para que municípios de médio porte (sem CAPS III) passem a cuidar da crise no território?

5.3.5 “Eu tenho dependência do CAPS”

Um dos riscos da retirada da centralidade do manicômio como internação perpétua é a criação de novos modos de institucionalização. O que Rotelli, De Leonardis e Mauri (1986/2019) chamam de transinstitucionalizações, ou seja, que as pessoas sejam

²³ A iatrogênese é abordada pelo autor Ivan Illich como um efeito do tratamento médico, ou seja, uma condição que é provocada pela ação da medicina/saúde. Resumido por Tabet et al. (2017), o autor divide a iatrogênese em três categorias: “1. Clínica, causada pelos cuidados de saúde (o ato médico e sua técnica); 2. Social, que retrata a medicalização da vida e seu efeito social; 3. Cultural/Estrutural, que abrange o uso ilimitado da medicina e a perda do potencial cultural das pessoas para lidar de forma autônoma com a doença, a dor e a morte. Em conjunto, os três níveis de iatrogênese comprometem a autonomia dos indivíduos, que se tornam dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde.” (TABET et al., 2017, p.1188).

institucionalizadas em outros espaços. Algo que vínhamos falando sobre o risco dos CAPS cronificarem suas respostas, ao mesmo tempo, se (en)CAPS(ularem) em si mesmos.

Durante o período da residência, uma das ações da gerência do município que incidiu nessas institucionalizações por provocar uma mudança importante no funcionamento da rede, foi a regionalização dos CAPS. Esta fez com que profissionais que estavam acostumados com o público de transtornos mentais passassem a atender pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas e a mesma mudança ocorreu com profissionais que antes eram do CAPS AD. Os usuários que já eram atendidos, ou mudaram de serviço, território, equipe, PTS, ou permaneceram no mesmo equipamento, mas passaram a conviver com outras pessoas e outro público que não conviviam antes. Esta pesquisa teve início em agosto de 2024, um ano após esta transição.

Participante	Tempo neste CAPS	Passagem em outro CAPS
Lima	2 meses	Sim, algumas semanas em outro CAPS ad da região
Isaque	12 meses	Sim, dez anos no CAPS II
J.A	6 meses	Sim, alguns meses no CAPS II
Simon	8 meses	Sim, alguns anos em outros CAPS II
P.	6 meses	Sim, alguns anos no CAPS II
W.	1 mês	Não
Vitor	1 mês e meio	Sim, algumas semanas no CAPS II
Zé ninguém	8 meses	Sim, alguns anos no CAPS II
Thalia	12 meses	Sim, alguns anos no CAPS II
Ypsilon	6 meses	Não

Tabela 3- Tempo de CAPS

Considerando esta hibridização das clínicas, em resumo, aponta-se que dos dez participantes entrevistados, sete deles referem inserção no CAPS devido à condição de transtorno mental, dois deles por conta do consumo prejudicial de drogas (Lima e W.) e uma pessoa por ambas as condições (J.A). A partir da tabela, observa-se que sete pessoas do grupo já tiveram passagem anterior pelo CAPS II, variando seu acompanhamento entre algumas semanas até dez anos. Apenas dois participantes nunca haviam passado por tratamento anterior em CAPS.

Com os dados da tabela 3, observa-se que cinco pessoas declararam ter feito tratamento por alguns anos em CAPS e, todas estas, estão há mais de seis meses no novo serviço dada a regionalização. Ainda que o tempo cronológico não seja um indicador de institucionalização,

ao perguntar na entrevista sobre a realização de outras atividades fora do CAPS apenas uma participante dos dez, relatou participar de outras atividades comunitárias (de cunho religioso) naquele momento. Frente às outras nove pessoas que permanecem no circuito casa-CAPS-casa, levanta-se a dimensão da reinserção social e produção de autonomia como pontos fundamentais para seguimento do debate.

Simon: “Eu tenho dependência de CAPS. Gosto de estar aqui.”

Lima: “Mas é que você vem pro CAPS e disse que não faz mais nada né...”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

5.3.6 Reinserção social é tratamento

Tomando a inflexão realizada por Frei (2019) destacada no título deste subcapítulo, entende-se que a reinserção social não é um ato a posteriori no tratamento em saúde mental, mas é parte fundante do cuidado, sendo um sinônimo para o tratamento. Como já abordado, a transformação sociocultural nos modos de compreender e tratar a loucura e o uso de drogas é parte constituinte da reforma psiquiátrica. Nesta operação, “mais do que devolver o sujeito asilado à sociedade, trata-se de mudar a sociedade para favorecer o acolhimento das diferenças e permitir a instauração de territórios-outros” (FREI, 2019, p.79).

Um conceito-chave que anda junto a noção de reinserção social é a promoção e/ou recuperação da autonomia, tida como um dos objetivos principais dos CAPS. Pois, entende-se que o adoecimento e o modo com que se lida com ele produzem uma anulação do poder contratual dos usuários. Ou seja, há uma desvalidação da pessoa em sofrimento que impacta o modo com que o sujeito é compreendido, anulando qualquer valor que esta pessoa tenha como sujeito de trocas (KINOSHITA, 1996). Historicamente, o dispositivo manicomial produziu e manteve o desvalor social, logo, cabe ao paradigma psicossocial incidir no poder contratual dos usuários com sua participação efetiva no intercâmbio social (KINOSHITA, 1996).

Saraceno (1996) nomeia como reabilitação psicossocial a atuação sob o poder de realizar trocas, a reconstrução do exercício de cidadania de plena contratualidade, no que ele nomeia como três dimensões: habitat, rede social e trabalho com valor social. Para tal, faz-se necessária uma atuação efetiva no campo social, pois segundo o autor necessário construir caminhos para efetivação da cidadania do público com quem trabalhamos. Portanto, as oficinas e atividades realizadas no CAPS precisam ir além do fazer por fazer, Saraceno (1996, p.24)

propõe “que a reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros, passe por, não termine em” (SARACENO, 1996, p.23)

Nesta concepção, a reabilitação é um processo para restituir o poder contratual nas relações de sociais, comunitárias e de trabalho e que objetiva ampliar a autonomia das pessoas (KINOSHITA, 1996). Segundo o autor, este movimento passaria pelos técnicos dos serviços usarem seu poder para aumentar o do usuário e pela elaboração de ações concretas na vida e na subjetividade. Desde o início do grupo GAM-RD, a noção de autonomia para Kinoshita (1996) guiou as ações do grupo:

“Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.” (KINOSHITA, 1996, p.71)

Autonomia como produção de múltiplas dependências foi um dos objetivos do grupo, visando adentrar na relação de dependência com as drogas, mas ao mesmo tempo incidir na tessitura de outras relações e sentidos. Quando abordado este conceito com o grupo, os participantes, no entanto, trouxeram uma outra perspectiva. Para eles, autonomia parecia ter mais a ver com a capacidade de fazer as coisas sozinhos. No entanto, não como uma autossuficiência ou independência como aponta Kinoshita (1996). Parecia dizer de conseguir depender de si próprio, depois de tanta dependência de poucas relações, conseguir andar com os próprios pés.

Ysilone: “Autonomia é como a gente se trata, se cuida. Autônomo não é só depender dos outros, é saber o que a gente pode fazer sozinhos.”

Simon: “A gente tá no CAPS... a gente caiu e aqui passa a engatinhar... machuca, mas vamos aprendendo a andar de novo.”

Ysilone: “Eu não, eu já me arrastava...”
(risos)

Pesquisadora: “Pensando que um dos propósitos do CAPS é ajudar vocês nessa caminhada, como vocês percebem que estão andando neste momento?”

Simon: “Passei a tomar remédio todo dia aqui então tem que vir, é uma responsabilidade pra mim, antes eu não ligava pra nada... minhas irmãs vinham junto, eu tinha medo na rua das pessoas julgarem.”

Thalia: “Comecei a fazer mais coisas sozinha”

Vitor: “Quando comecei no CAPS só me deixaram vir de uber, agora vou de ônibus porque quero andar com minhas próprias pernas, faz bem, eu passo no terminal, fazia anos que não saía. O uber só me pegava aqui e me largava em casa, eu ficava fora da comunidade.”

Simon: “No outro CAPS dão tudo na nossa mão, aqui a gente tem mais autonomia.”

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

O diálogo permite analisar os movimentos que cada um observa em sua vida desde que iniciaram no CAPS. Estes deslocamentos têm seu próprio tempo de acontecer, e às vezes o que é um pequeno e vagaroso passo no olhar dos técnicos, pode ser um passo gigante para aquele que conseguiu o fazer. Ouvindo-os falar a impressão é de que o adoecimento fez com que tivessem que depender muito de familiares, dos serviços públicos, da rede de apoio no geral - muitas vezes de modo a restringir completamente seus modos de andar na vida. Logo, conseguir andar com as próprias pernas, ter as próprias responsabilidades, fazer as coisas sozinhos foram questões colocadas pelo grupo como formas de retomar o poder sobre a própria vida, sendo um passo para a (re)conquista de sua autonomia.

Aqui entra a linha tênue que demanda atenção em todo trabalho com reabilitação psicossocial. Neste empréstimo de poder contratual, estamos produzindo mais tutela ou mais autonomia? E se está se produzindo autonomia, é decorrente de estarem investindo em outras dependências - quanto mais dependentes de tanto mais coisas pode-se ser - ou estreitando ainda mais a dependência dos técnicos e do serviço em questão? Nesta ação, o risco é que nossas práticas se tornem serpente que institucionalizem e se incorporem de tal modo nos usuários que obstruam outras possibilidades de andar a vida.

5.3.7 “O trabalho pode ser terapêutico?”

Outro nó abordado pelo grupo acerca da reinserção social é a dimensão do trabalho. A pergunta que dá título a esta seção foi realizada por Simon, uma das participantes do grupo, enquanto falávamos do que ajudava cada um a se sentir melhor. Simon contou que nunca tinha trabalhado e tinha curiosidade sobre como seria ter esta experiência. Zé ninguém logo contou uma experiência negativa e, por ora, chegaram na conclusão de que o trabalho nem sempre é terapêutico.

Algumas semanas depois, Lima incentivou Simon a contar o que havia acontecido nos últimos dias. Então, Simon contou que conseguira um trabalho temporário durante a eleição municipal, entregando santinhos na rua. Disse que não foi a única do CAPS, contando que vários colegas também estavam pelas ruas trabalhando nas companhias para a candidata tal. A partir daí, criou-se um diálogo sobre a questão do trabalho e tratamento.

Simon: “Eu comecei a trabalhar, foi uma semana na eleição. Tomei menos remédio pra conseguir trabalhar, o remédio incapacita a gente. Sem remédio

eu ficava mais simpática, trabalhava melhor. Só parei porque acabou a eleição. Tinha hora que eu queria desistir, muita gente mal-humorada. Mas foi legal, gostei. Nunca tinha trabalhado assim”

Lima: “Olha só, você conseguiu trabalho! Sabia que o remédio não ajudava pra trabalhar, mas não abusou, foi se observando!”

Pesquisadora: “Muito importante este comentário do Lima, Simon! Gostaria de aproveitar que estamos falando deste assunto novamente e perguntar... como vocês veem a relação do trabalho com o tratamento?”

Lima: “Várias vezes eu comecei a trabalhar. Ou faz isso ou se trata. Eu desisti várias vezes do tratamento porque conseguia emprego.”

Simon: “Podia ter empresas diferentes que contratem sabendo que a gente é doente e vai precisar de um dia pra fazer terapia”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

Neste encontro pôde-se abordar o funcionamento do CAPS e os desafios de conseguir um emprego e, quando se consegue, de manter-se no acompanhamento em saúde mental. Relembra-se que dois dos usuários que participaram da primeira etapa da pesquisa, ao conseguir emprego tiveram que sair do grupo GAM-RD (W. e P.). Um dos pontos levantados por Simon foi a questão dos medicamentos, sobre o quanto sente que seus efeitos tiram a capacidade de trabalhar e, para fazê-lo, não poderia tomá-los do mesmo modo que foram prescritos. O que foi corroborado por Lima, descrevendo uma oposição entre emprego e tratamento: ou um, ou outro.

O trabalho se apresentou para o grupo como um fator ambíguo em que, ao mesmo tempo que tem o potencial de produção de sentido pessoal e renda, também pode ser gerador e potencializador de adoecimento. Zé ninguém, por exemplo, contou ao grupo que quando era mais nova adoeceu e passou a fazer tratamento psiquiátrico, por conseguinte, levava atestados a sua patroa. Ainda no início do tratamento, foi demitida. Já Ypsilon, que trabalhava como caixa de supermercado, relatou que o trabalho e assédio moral foram os principais fatores de adoecimento – tendo o álcool entrado como uma maneira de suportar permanecer na função. Vítor, já aposentado, atribui sua depressão ao trabalho como motorista de ônibus e toda a realidade da empresa e do dia a dia quando ocupava este cargo há mais de 35 anos.

O modelo de trabalho atual em contexto de uberização com vínculos frágeis, pouca garantia de estabilidade e diminuição dos direitos trabalhistas é um determinante no adoecimento no sistema neoliberal. As condições concretas de precarização são acompanhadas pela produção de subjetividades alienadas e assujeitadas. Destoar deste modelo, portanto, gera sofrimento por não obter condições mínimas de subsistência pela lacuna financeira, mas, ao mesmo tempo, por não conseguir corresponder aos ideais de produtividade exigidos socialmente. Com a inserção em tratamentos psiquiátricos (como medicamentos, consultas,

CAPS, internamento), esta questão torna-se ainda mais central, uma vez que os tratamentos comumente colocam barreiras ao exercício do trabalho – devido aos efeitos colaterais dos medicamentos, o tempo destinado ao comparecimento em consultas e oficinas, conflito entre horário do tratamento no CAPS e do trabalho.

Historicamente, a dimensão do trabalho como dispositivo de inclusão social é um grande desafio a ser enfrentado na reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005). No diálogo sobre esta problemática, Simon colocou a importância de um trabalho que compreenda a situação de saúde dos funcionários e produza uma flexibilização para a manutenção no tratamento. Sua fala lembra do lugar da economia solidária como estratégia de inclusão social, a qual propõe relações menos competitivas e mais equitativas de trabalho e na sociedade. Embora exista uma oficina de geração de renda pautada em princípios de economia solidária no CAPS, ela ainda não se configura como uma cooperativa com protagonismo dos usuários que possibilite ser uma fonte de renda.

Ao longo dos meses trabalhando no CAPS, notei a grande necessidade que os usuários possuem em falar sobre trabalho. Por estar no mercado informal, querer um trabalho CLT, precisar de dinheiro, ter sofrido assédio moral, ter adoecido no trabalho, ter melhorado por causa do trabalho, ter dúvidas sobre a previdência, fazer propaganda de seu negócio, estar buscando qualquer bico. Várias foram as ocasiões em que isso era tematizado e sempre pareciam não ser suficientes. Embora muito presente, este tema parece ser pouco enfatizado nos projetos terapêuticos singulares dos CAPS – no momento, no município em questão, não havia nenhuma parceria fixa com empresas ou cooperativas para indicação às pessoas acompanhadas no CAPS. Logo, considera-se relevante tematizar a questão do trabalho, uma vez que é um ponto central no processo de adoecimento e de reinserção social.

5.3.8 O que pode o projeto terapêutico singular?

Um dos caminhos para abordar sobre autonomia e dependência é o projeto terapêutico singular (PTS), instrumento que guia o acompanhamento realizado no CAPS. O PTS visa garantir uma atenção integral, promovendo a autonomia da pessoa e respeitando suas singularidades, como suas preferências, necessidades e desejos. Para isso, parte do contexto de vida da pessoa para fazer um planejamento personalizado que irá nortear ações de cuidado dentro e fora do CAPS (BRASIL, 2004). É importante que o PTS seja construído e reavaliado pelo usuário, técnicos do CAPS e membro da rede de suporte (família, amigos, outros serviços de referência) para que possam realizá-lo de modo colaborativo. De modo geral, divide-se o

PTS em quatro momentos: de diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

O PTS surge como uma estratégia para singularizar o cuidado em saúde mental e efetivar a autonomia – ou as dependências – da pessoa que está em acompanhamento. Para isso, ele deve considerar a dimensão da reinserção social, apostando em ofertas de interesse, como de trabalho, lazer, cultura, artes, estudo que se façam presentes no território²⁴. Para isso, considera a singularidade das pessoas em sofrimento que, historicamente, receberam um tratamento homogêneo nos manicômios. Ao propor a dimensão do território e o objetivo da reinserção social, coloca necessariamente um trabalho na direção comunitária de transformação do estigma sob a loucura e o uso de drogas. Contribuindo com a construção de uma sociedade mais acolhedora e inclusiva com as pessoas em adoecimento psíquico.

Com o andamento do grupo, o tema do PTS e da reinserção social foi sendo abordado a fim de trazer como são caminhos fundantes nos objetivos terapêuticos do CAPS. Nos CAPS do município o PTS é um atendimento que é agendado, geralmente, após o processo de avaliações com a equipe multiprofissional. Neste momento, a rede de suporte pode ser chamada e os objetivos do tratamento são traçados ou refeitos. Muitas vezes, no entanto, observa-se que o PTS acaba por ficar restrito ao momento deste atendimento, o que pode gerar uma burocratização do projeto terapêutico. Corroborando com isso, nota-se que este atendimento é marcado com caráter de definição do cuidado no CAPS, isto é, ou para inserir a pessoa em tratamento, refazer seu tratamento ou desligar do serviço. O que parece enfraquecer a potência do PTS como uma ferramenta fluída que acompanha o cuidado e que está para além do tratamento no serviço, incidindo na reinserção social.

J.A: “PTS é o programa de terapia simplificada, não é? É quando a gente reavalia, como está sendo, o que mais pode fazer. serve pra resolver problemas, avaliar o que vão oferecer, o que a gente se compromete a fazer... Por causa disso eu quis marcar o meu PTS pra essa semana, pra explicar o porquê parei de tomar medicação, pra entender meu tratamento.”

Zé ninguém: “O meu PTS marcaram pra me dar alta. Cuidado pra falar que você tá bem, já vão querer te dar alta.”

Ypsilon: “Não sei se não vão marcar PTS pra mim de novo porque não tô bem.”

Simon: “No meu PTS falaram que eu tinha que procurar outro lugar pra me tratar, alguma atividade, que iam me encaminhar pro postinho. Eu falei que não queria, não tava pronta. Tava com medo das pessoas não aceitarem o jeito

²⁴ Uma das maneiras de efetuar estas reinserções é o trabalho de acompanhamento terapêutico (AT), o qual propõem esta ampliação dos vínculos e das relações comunitárias emprestando o seu poder contratual no acompanhamento do usuário em diferentes dimensões de sua vida para promoção de autonomia. Embora a profissão do AT não seja regulamentada, ela é uma importante função presente na reforma psiquiátrica e que em algumas cidades do Brasil compõem os serviços da Rede de Atenção Psicossocial – como o município de Santos, que possui três AT por CAPS e dois AT por serviço residencial terapêutico.

que eu sou. Eles falaram que eu tava bem e que iam me dar alta. Me encaminharam, mas aí uma semana depois minha mãe ficou mal e ela é meu suporte, eu não fiquei bem e precisei voltar aqui...eu acho que a alta tinha que ser devagarinho. Dessa vez que me deram alta senti que foi um empurrão pra mim sair logo...”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

No diálogo observa-se que a sigla PTS não é conhecida pelos participantes e o significado do projeto é reduzido ao atendimento agendado no serviço. Na narrativa do grupo, o agendamento do PTS pela equipe é realizado apenas em momentos em que deve haver uma mudança no tratamento, ou porque a pessoa não está bem e precisa de outros cuidados, ou porque está bem e será planejada a sua alta. Por vezes, como abordou Simon, pode ser feita de modo apressado sem ser um processo construído conjuntamente e sem um plano de transferência de cuidado com reinserção social em outros equipamentos - fazendo com que a pessoa saia, apenas para retornar novamente alguns dias ou semanas depois.

Após o agendamento do PTS por J.A e a equipe ter agendado o PTS de Lima, o grupo ficou mobilizado pela questão do projeto terapêutico e foi um tema recorrente nos encontros. Lima trouxe o assunto após passar por consulta médica, compartilhando conosco:

Lima: “Tão querendo me dar alta porque tô limpo. Não tomo remédio há 4 meses, não bebo faz 6 meses, não tenho mais depressão. Eu tô gostando do CAPS, meu tratamento é uma meta que quero cumprir esse ano, tô cuidando dos meus dentes, do meu pé, pra ficar zero bala. Aqui é uma meta que pus, já virou rotina, me faz bem tá aqui.”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

Lima aborda que realizou um planejamento para o seu ano e o acompanhamento no CAPS fazem parte dele. Contou aos participantes que é a primeira vez que consegue permanecer em um tratamento, pois ainda que possua um longo histórico de acompanhamento devido ao consumo de álcool, esta foi a primeira vez que o tratamento foi escolhido por ele e não por terceiros. E, por ter abandonado inúmeras vezes, era importante alcançar os objetivos que traçou. O agendamento do PTS, no entanto, surgiu como um imprevisto em seus planos e, pareceu para ele e para o grupo, como uma equivalência a alta determinada pelo serviço.

Outro ponto a ser destacado da fala de Lima é a percepção da abstinência como causa para sua alta, justificativa que surgiu durante o seu atendimento com a médica. Utiliza-se esta percepção para apontar como a ênfase do tratamento, mesmo que não dita, pode se tornar a interrupção do consumo de drogas ilícitas como um ideal de melhora. Nesta lógica, a estabilização do quadro seria decorrente da abstinência e ausência de lapsos ou “recaídas”. A

interrupção do tratamento medicamentoso por Lima somou-se ao caso, o que parece ter pesado na balança da alta, mais do que o desejo inicial do participante. No encontro posterior a esta fala, foi comunicado pelos profissionais que Lima havia passado pelo PTS e recebido alta do serviço.

Para a continuidade e fechamento do grupo, convidamos Lima a retornar ao CAPS para o encerramento do grupo GAM-RD. Nos dois encontros finais, ele contou ao grupo sobre o seu processo de desligamento, o que levou a uma discussão sobre o lugar e compreensão de cada um da alta.

Lima: “Eu queria ter alta e sair com um troféu, um certificado. Eu construí um projeto, pra mim foi uma vitória.. tô cuidando da minha saúde. Mas eu vim mal pro PTS, queria mas não queria ter alta... então foi uma surpresa levar alta me pegou desprevenido, não era o que tinha planejado, mas não me fez mal. Saí vitorioso, ganhei”

Pesquisadora: “Vou aproveitar a fala de Lima para perguntar, o que significa a alta pra vocês?”

Simon: “Ganhar alta é liberdade.”

Ypsilon: “Eu ficaria com medo de pegar alta.”

Zé ninguém: “Eu tenho 59 anos, penso que se deram alta vou ter que falar, sair, trabalhar. Como vou fazer isso se tomo cinco remédios à noite e 3 de manhã?”

Ypsilon: “Se me derem alta aí que eu vou começar a beber pra voltar pro CAPS”

(diário de campo, encontro de novembro de 2024)

Este diálogo aborda os diferentes momentos do acompanhamento de cada um e diz respeito a relação que estabeleceram com o serviço e com as possibilidades fora dele. Para Lima, embora a alta tenha sido inesperada, foi significada posteriormente como positiva e encarada como uma vitória pelo reconhecimento de sua trajetória de melhora. Já para Zé Ninguém e Ypsilon, naquele momento deixar de estar no CAPS surgem com medo e uma impossibilidade. Zé ninguém também parece evidenciar uma distinção que faz entre o tratamento no CAPS e a alta, em que esta significaria trabalho, relações, circulação no território, pontuando dúvidas sobre conseguir fazer isso devido ao tratamento medicamentoso.

Nesta linha de análise, a realidade parece ser entendida como uma divisão entre o dentro e o fora do CAPS, quase como se estar inserido no tratamento significasse pausar a vida (trabalho, relações, circulação no território) ou, como dito por Lima, ou se trabalha ou se faz o tratamento. Em uma perspectiva mais ampla, cabe refletir sobre o modelo de produção social que nos encontramos, o qual determina uma produtividade que é adoecedora e, ao adoecer, coloca barreiras para se possa efetuar o cuidado de saúde e manter os modos de andar a vida.

Em termos institucionais, corre-se o risco de reproduzir essa dinâmica, propondo como fim do tratamento o mero retorno a ordem produtiva formal e, para tal, produzindo uma

adequação e adesão da pessoa ao modelo de tratamento proposto, e não ao contrário, um tratamento segundo as medidas e necessidades da pessoa. Entende-se o PTS como uma ferramenta importante por adentrar nesta questão, pois aposta na singularidade da pessoa e permite que seus desejos e necessidades sejam priorizadas - e não os de profissionais ou do serviço.

Em vias de finalizar esta seção, resgata-se que o papel do serviço e da ferramenta PTS é incidir sobre a ampliação das redes de apoio das pessoas que acompanhamos, a ponto de tornar o CAPS um entre vários outros locais de confiança da pessoa. Assim, retomando a fala de Ypsilone e Simon, pedindo licença para reimaginá-las, nosso trabalho talvez seja buscar que as pessoas tenham autonomia (não só) no CAPS e tenham dependência do CAPS – e de vários outros lugares e pessoas.

5.4 Experiências com o consumo de drogas ou “a gente gosta de se anestesiari, né?”

O grupo foi imaginado como um espaço para se falar abertamente sobre o uso de drogas, sejam elas prescritas ou proscritas, para que as experiências singulares e sentidos pessoais do consumo pudessem surgir. Esta direção foi traçada a partir da percepção de que no CAPS existiam poucos espaços para falar sobre drogas de modo seguro e livre, e aqueles que existiam, costumavam ser seguidos de uma prescrição profissional. Mediante a ausência desta troca aberta, questionou-se o que esta lacuna estaria tamponando, isto é, o que não estava aparecendo por não existir lugar para isso.

Pela ética e prática da redução de danos, temos um olhar que não foca na droga, mas na pessoa que consome a substância que está em um contexto social, é protagonista de sua história e detentora de saber sobre si e seu uso. Neste caminho, me questionei sobre a formulação de um grupo em que a principal chamada era para pessoas consumidoras de drogas, ainda que o nome do grupo tenha sido “Gestão Autônoma do Cuidado”. Inicialmente me indaguei: ao criar um grupo sobre drogas, estaria correndo o risco de focar na droga, justamente o que não desejamos na RD?

Ao longo da jornada de pesquisa, constatou-se que a temática de drogas pouco era debatida em profundidade naquele momento no CAPS, em especial no contexto de hibridização com o público do CAPS AD e CAPS II juntos. Logo, parecia ser importante cavar espaço para que isso surgisse, uma espécie de pretexto em que, para ir além das drogas, precisávamos primeiramente criar lugar para que elas pudessem ser tematizadas sem julgamentos e

proibições. E, a partir daí, se pudesse falar da vida, do contexto de cada um, seus amores e dores e, se quisessem, abordar os lugares que as drogas ocupavam em suas relações. Por ora, foi essa resposta que encontrei para aquietar minha indagação inicial.

Deste o primeiro encontro, compartilhei com o grupo a perspectiva de que todas as substâncias, sejam lícitas ou ilícitas, podem ser consideradas drogas, uma vez que interagem com o sistema nervoso do sujeito que a consome. Junto a esta noção, abordamos como a divisão a partir da legalidade das drogas consiste não em uma justificativa pelos riscos e danos à saúde, mas de fatores econômicos, políticos e sociais (ACSELRAD, 2005) e, que essa divisão cria uma noção falsa que positiva e negativa as substâncias (“drogas leves e drogas pesadas”), as pessoas e contextos sociais de uso de maneira a produzir estigmas – tema recorrente no grupo.

Aos poucos essas ideias fizeram-se presentes no grupo, na medida em que abordávamos sobre o chá e o açúcar que consumíamos antes do encontro como um jeito de alterar nosso comportamento, ficando mais relaxado e se sentindo melhor. Logo depois alguém colocava como se sentia com o álcool e cigarro, ao que éramos interrompidos por alguém falando do abuso de clonazepam e outro participante sobre sua ampliação de consciência com a ayahuasca – criando um trânsito de uma substância a outra em que a moral não era o fio condutor do diálogo, mas sim a experiência e relação de cada um com a droga de escolha. A aposta foi de que falar dos sentidos pessoais do consumo das substâncias, entender o lugar comum de interação no nosso organismo e abordar a dinâmica do proibicionismo e a partilha moral, poderia fazer com que alguns estigmas e preconceitos caíssem por terra.

Neste sentido, uma das chaves para trabalhar a questão das drogas no grupo foi a noção de *Pharmakon* apresentada por Escotado (1997 apud OLIVEIRA, 2023) que concebe que as drogas não são intrinsecamente boas ou ruins, mas tem a potência de ser remédio e veneno a depender da a) dose; b) objetivo do uso; c) pureza; d) condições de acesso a esse produto e modelos culturais. Além da partilha moral do bem e do mal, propõe olhar para a relação singular do sujeito com a substância. Entende-se que esta ideia também está presente no guia GAM, ao propor um olhar ampliado para a questão dos medicamentos englobando a relação de saber-poder com os médicos, os direitos sociais e em saúde, as relações sociais. Também se embasa na complexificação da relação com as drogas psiquiátricas de modo a não reduzir o indivíduo a elas.

Salienta-se que desde sua criação, o guia da gestão autônoma da medicação focou no consumo e efeitos de drogas prescritas, mas no contexto brasileiro tem sido entrelaçada com a ética e prática da redução de danos no trabalho com pessoas que usam drogas proscritas. No

entanto, ainda se mostra como um campo a ser explorado (AVARCA, 2021). Logo, um dos objetivos da pesquisa foi adentrar nesta questão e trabalhar com estas lacunas a partir da aliança entre GAM-RD como fio condutor do grupo.

Partindo para análise, no que concerne as pessoas entrevistadas, todas as dez no momento inicial das entrevistas estavam com medicamentos prescritos por médicos do CAPS, uma das pessoas não estava o consumindo, utilizando cigarro e ayahuasca. Outras três pessoas consumiam medicamentos e fumavam cigarros, duas usavam medicamento e consumiam álcool semanalmente e três tinham histórico de consumo prejudicial de álcool, mas no momento encontravam-se abstinente há alguns meses. Estas informações encontram-se resumidas na tabela 4.

Participante	Substâncias em uso no momento da entrevista
Lima	Cigarro, fluoxetina
Isaque	Fluoxetina, clonazepam, biperideno, risperidona, clorpromazina, haloperidol decanoato
J.A	Cigarro, ayahuasca
Simon	Cigarro, fenobarbital, olanzapina, carbamazepina, prometazina, fluoxetina, ácido valpróico, clonazepam
P.	Levomepromazina, ácido valproico, olanzapina, biperideno, clonazepam, álcool, cigarro
W.	Fluoxetina, ritalina, clonazepam, pregabalina, álcool
Vitor	Quetiapina, clonazepam, paroxetina, bupropiona, atenolol, enalapril, amlodipina, doxazosina
Zé ninguém	Quetiapina, lítio, lamotrigina, fenobarbital, codeína, gabapentina
Thalia	Fluoxetina, biperideno, ácido valpróico, risperidona, haloperidol decanoato
Ypsilon	Ácido valpróico, lítio, pregabalina, clonazepam, quetiapina, álcool

Tabela 4 – Substâncias em uso

Três dos oito participantes ativos do grupo estavam realizando medicação assistida no CAPS naquele momento e, uma delas, fracionada, todos devido ao não seguimento da prescrição médica e/ou abuso de medicamentos. Devido ao perfil dos participantes, as substâncias mais discutidas foram os medicamentos e o cigarro.

Já no primeiro encontro o grupo voltou-se ao tema dos medicamentos, abordando sobre uma experiência comum de exceder a dose prevista na prescrição. Em meio aos diálogos, os participantes compartilharam como o excesso de medicamentos é lido por eles como uma possibilidade de sair um pouco da realidade, de esquecer o que estão passando. Ypsilon entende que isso pode ser feito de diferentes modos na vida, como a religião, experiências psicodélicas, ou o uso (ou abuso) de medicamentos.

W.: “Sempre acho que remédio é fuga pra mim... eu nunca tô satisfeito, eu tomo muito, altas doses.”

Simon: “Eu joga tudo no remédio, ele é minha solução. Quando demorava muito eu tomava a mais pra ver se fazia efeito...Eu tomo remédio pra esquecer a morte do meu pai.”

Ysilone: “Tem gente que vai pra santo daime, tem gente que vai pra religião, gente que vai pro remédio.”

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

Os sentidos pessoais das drogas surgiram no primeiro encontro e não pararam de retornar, se complexificar e se reinventar ao longo do grupo. Desde o início a compreensão pessoal do abuso de drogas apareceu de modo franco e consciente pelos participantes. Abordando os motivos que abusavam de medicamentos, porque não tomavam, quais pegavam do vizinho ou costumavam emprestar para familiares – ou como disse Lima, “dividir o pão nosso de cada dia”. Isso foi motivo de surpresa, pois nos atendimentos individuais em consultório nada disso aparecia e, se surgisse, vinha seguido de desculpas e justificativas. Por que será que no GAM-RD isso pôde surgir? Perguntei isso aos participantes, questão que retomaremos na seção sobre o grupo. No entanto, já cabe levantar que o lugar declarado de acolhimento antiproibicionista e com caráter sigiloso parece ter sido uma das chaves para a confiança depositada.

Salienta-se que a operação do grupo nunca foi fazer com que aderissem ao tratamento, aprendessem a tomar os medicamentos ou parassem de misturar substâncias por causa dos riscos e danos - como talvez possa ser uma compreensão (errônea) da gestão autônoma da medicação e redução de danos. Na realidade, se tratava de operar a educação para autonomia, partilhando conhecimentos, experiências e sentidos sobre o uso de drogas de maneira a incidir sobre a reflexão, gestão e escolhas dos participantes.

J.A: “Quando eu tava bêbado não lembrava dos problemas, com a medicação você também não lembra...Eu queria tomar remédio pra ficar doido, sair da situação, tinha necessidade de ficar fora de mim... queria tomar remédio pra não usar droga.”

Lima: “Meu remédio era outro... eu ficava locão de cachaça, conhaque, cerveja, festa... depois do conhaque fui pra pinga porque não fazia mais efeito... e é pinga né, eu gastava bem menos e batia mais rápido... Eu fui trocando de remédio... Eu sofria muito, preferia correr sozinho. Então eu me afastei e corri do problema...Eu bebia pra ter coragem de sobreviver.”

Ysilone: “Antes eu bebia pra pegar o ônibus e ir pro trabalho, e chegando lá no vestiário eu tomava mais 10 gotas de clonazepam pra conseguir entrar no caixa...Chegou num ponto que eu tinha que tomar, virou um hábito.”

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

As narrativas revelam os lugares que as drogas ocuparam na vida de cada um, como uma forma de conseguir manter o estresse do trabalho, de sobreviver ao sofrimento e realidade de violências, de deixar de sentir o que se sentia. A droga aparece como uma forma de tentar

dar conta da vida, cada um a seu modo e momento, em sua medida e dose. Se no começo falávamos de maneira mais totalizante acerca dos efeitos e usos das substâncias, ao criar vínculo e abrir espaço para as histórias pessoais, pôde surgir os sentidos singulares de cada consumo e as histórias de vida que levavam a necessidade/desejo de uso.

Simon: “Eu tomo muita medicação que joga pra baixo, o café joga pra cima, dá ânimo de vida, eu gosto de tomar.”

Lima: “O café pra ele, por exemplo, deixa nervoso, pra mim acalma, por isso eu bebo.”

Simon: “Já o cigarro é calmante pra mim. Eu fumo pouco, mas tenho que ter cigarro se não me dá desespero, já saí de madrugada pra comprar cigarro.”

J.A.: “Falei pra equipe da ayahuasca que a cada três meses preparo meu ritual. Tenho uma expansão de consciência, é como uma limpeza na gente, um tempo pra digerir o que acontece comigo.”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

Os próprios participantes do grupo passaram a compartilhar sobre as substâncias que usavam e como viam os seus efeitos, o que os levou a questionar padronizações no consumo e prescrição uma vez que em cada pessoa agia de um modo e poderia interagir com outras substâncias em uso. Conforme o grupo se desenvolveu, os participantes passaram a se encontrar antes do horário na calçada do CAPS para fumar e fazer um “esquentado do grupo” enquanto tomavam chá. Eram momentos em que as substâncias e seus diferentes sentidos iam surgindo espontaneamente e, quando o encontro começava, muito já tinha sido dito. Um dos temas que retornou fora e dentro do grupo foi um caso envolvendo um frasco de clonazepam, que foi retomado até o último encontro e será abordado abaixo.

5.4.1 O frasco de clonazepam

Estávamos conversando sobre o medicamento que cada um usava quando Isaque colocou a mão no seu bolso e com certo esforço e contorcionismo na cadeira, retirou um frasco e levantou ao alto com as duas mãos, mostrando ao grupo e dando risada. O assunto parou e todas as cabeças se voltaram ao frasco, quase como uma cena de filme. Simon logo disse “ahh... tem um gostinho de pêssego! Me dá?” ao que Ysilone fez uma cara feia “eu acho horrível o gosto!”. Isaque riu ainda mais. Zé ninguém entrou na conversa “eu pegava esse frasco e em dois dias tomava tudo!” e Simon continuou com seu olhar compenetrado no frasco soltando “o clonazepam era tudo pra mim”. Isaque pegou o frasco e o levou na altura do ouvido, chacoalhando, como se quisesse ouvir quantas gotas ainda tinha, e disse “esses dias eu quase caí na rua depois de ter tomado”, Zé ninguém, preocupada, respondeu “você tem que falar pra médica! Quanto eu tava assim não me deixaram tomar”. Depois de mais algumas falas soltas, Isaque guardou o potinho e a conversa logo mudou de rumo. Alguns encontros depois, com a ausência de Isaque, Simon lembrou “Ai... O Isaque vem com aquele potinho de clonazepam dá uma vontade...”. Vitor, que não estava naquele encontro com Isaque, tirou seu frasco do bolso, dizendo que carrega o rivotril por onde vai por uma questão de segurança. Como da última vez, todos se voltaram ao frasco. Simon retomou o gostinho doce de pêssego do medicamento, ao que Ysilone mexeu

a cabeça como se discordasse amargamente do que foi dito por Simon. E lá foram elas para o segundo *round* sobre o gosto do clonazepam...

(diário de campo, outubro de 2024)

Este caso pode ser tido como um analisador que chama atenção para o lugar com que o remédio é colocado e o quanto carrega significados simbólicos distintos para cada pessoa. Capaz de cessar uma conversa e tornar-se o centro da cena, evocando em cada um uma sensação, lembrança, resposta. Um objeto de desejo que, mesmo quando ausente, se faz presente no discurso, evoca a lembrança da doçura, do pêssego e, só sua presença, é capaz de fazer com que alguém se sinta mais seguro. O clonazepam parece ter se tornado um objeto fetichizado, onde se atribui um significado que vai além do que o objeto em si possui.

Depois desta situação, tornou-se cada vez mais nítido que não há como produzir cuidado sem acessar esta dimensão dos sentidos pessoais atribuídos às drogas. Apenas prescrever a redução, retirada e/ou abstinência sem a escuta da dimensão simbólica investida nestes objetos parece ser ineficaz ou, no mínimo, insuficiente na clínica às pessoas que fazem uso de drogas.

5.4.2 A quetiapina me ajudou a dormir, a quetiapina me ajudou a engordar

Em um dos encontros o tema dos efeitos desejados e efeitos colaterais das drogas psiquiátricas foi trazido à tona, abordando os incômodos quanto a questão dos tremores, alteração na libido, apetite e aumento de peso, questões que foram comuns àquelas que tomam antipsicóticos, estabilizadores de humor e antidepressivos.

Simon: “Haldol me deixava alegre mas me dava trêmulo.”

Thalia: “Só não consigo lavar a louça por causa do tremor do depakene.”

Zé ninguém: “No ônibus a mão fica tremendo, tem que colocar a outra em cima pra esconder se não fica todo mundo olhando...”

Thalia: “E tem a questão da apetite também, a minha aumentou muito, parece que comi um boi.”

Simon: “Minha barriga ficava muito inchada com o remédio, achavam que eu tava grávida.”

Zé ninguém: “Já eu não como. Mas essa diminuição da apetite acho que faz parte da depressão”

Simon: “Não dá fraqueza não comer?”

Zé ninguém: “Não dá. Dá queimação, mas eu tomo pantoprazol e um outro comprimido e passa.”

Thalia: “O que mais me incomoda na medicação é que eu tô aqui no grupo mas não consigo entender nada, eu tento prestar atenção mas não consigo... eu esqueço, me perco no que vou falar, dá branco...”

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

Os efeitos dos medicamentos expressam-se no dia a dia e são colocados como causa de mudança importante na autoimagem e na relação com o mundo – no ônibus, em casa, em si mesma. Foi um ponto em comum entre os participantes a fala de que os efeitos colaterais são necessários para que o efeito terapêutico seja alcançado, sendo, na maioria das vezes, tolerar os efeitos da droga psiquiátrica a única opção ofertada no tratamento. O que nos fez levar em consideração a questão do custo-benefício, entendendo que às vezes o efeito colateral pode produzir mais dano do que o sintoma inicial. Ou, como falou Zé Ninguém, pode fazer com que seja necessário tomar outros medicamentos apenas para controlar o efeito de um primeiro.

Simon: “Eu me acho gorda... eu passei por isso de engordar e ficar com a barriga inchada por causa dos remédios, sofri, é muito constrangimento...”

Ypsilon: “Quetiapina me ajudou a dormir.”

Zé ninguém: “Quetiapina me ajudou a engordar.”

J.A.: “Quando parei a medicação eu emagreci 20kg. Comecei a ficar mais satisfeito comigo mesmo.”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

A questão da autoimagem foi um ponto forte elencado nas entrevistas e no grupo, sobretudo pelas pessoas que se identificam como mulheres que nomeiam um sofrimento e autojulgamento pelo aumento de peso atribuído ao medicamento. Naomi Wolf (1992) ajuda a pensar neste tema, abordando a criação cultural de um “mito da beleza” que define ideais e estereótipos do que é belo (branco, magro, jovem), como uma forma de controle, uma “prisão estética” para as mulheres. Nesta direção, em nossa sociedade a beleza se torna um bem de consumo, o qual as mulheres devem querer encarnar este padrão físico e, os homens, desejam possuir mulheres que a encarnam. Valeska Zanello (2018) fala em um dispositivo amoroso em que, para ser amada e desejada, as mulheres devem incorporar e se adequar a este ideal e, quanto mais distante dele, maior chance de ocasionar impactos na autoestima das mulheres.

Essa pressão estética foi colocada pelas participantes do grupo como algo que impacta profundamente sua relação consigo mesma e em sua saúde mental. No entanto, observa-se que o tema da autoimagem não é muito abordado, em especial ao tratar sobre os medicamentos e como podem causar um aumento considerável de peso.

Muito se fala sobre a saúde mental envolver uma boa alimentação, bom sono, exercícios físicos, tornando-se uma recomendação em muitos dos Projetos Terapêuticos Singulares dos serviços. Porém, aproveitando o tema, aponta-se a relevância de trabalhar o impacto que os medicamentos possuem na realização (ou não) destas atividades, pois como vimos as drogas psiquiátricas podem provocar sonolência, insônia, aumento ou diminuição do apetite, náuseas,

tonturas. Além disso, considerar as múltiplas determinações econômico-sociais que fazem com que seguir tais prescrições para saúde mental possam ser mais fáceis para uns, e quase impossíveis para outros. Assim, evita-se de cair em uma lógica de que o mero esforço individual de emagrecer, comer bem, fazer exercícios seria suficiente, o que recai na culpabilização da pessoa em questão. E desconsidera o que os tratamentos prescritos podem causar.

Outro elemento é a falta de informação durante a prescrição dos medicamentos, em que muitas mulheres relatam não terem sido informadas sobre o aumento do apetite e propensão ao aumento de peso. Nestes casos, parece haver uma assunção do prescritor de que é melhor que a pessoa engorde alguns quilos do que não faça o tratamento ou tenha uma crise que o remédio viria a impedir. Quando as usuárias desejam parar o tratamento medicamentoso e uma das razões é o aumento de peso, as participantes relatam serem descreditadas pelos profissionais – quase como se ter uma mudança corporal fosse um mal necessário para melhorar, evidentemente sem levar em consideração a relação da pessoa consigo mesma e como isso pode impactar em uma piora de seu quadro de saúde mental.

5.4.3 Pode a mulher (em tratamento psiquiátrico) ter libido?

Estudos mostram que mulheres têm maior probabilidade de receberem prescrição de psicofármacos (KIMATI; MUHL, 2020), em particular antidepressivos e ansiolíticos que costumam produzir alteração no apetite. O mesmo ocorre com os efeitos na libido e na sexualidade, fator também abordado no grupo. Embora a alteração da libido tenha sido um ponto em comum entre todos os participantes, as mulheres abordaram a dimensão de não ter desejo sexual e, quando possuem, não terem parceiro(a) para relacionar-se, o que diferiu dos homens (héteros) que abordaram que possuem relações afetivas e sexuais com mais facilidade²⁵.

A desinformação sobre a alteração na libido na hora da prescrição do medicamento foi um tema comum entre as participantes. Apenas Simon, mulher do grupo que toma antidepressivos, antipsicótico e estabilizador de humor, relatou que alguns anos atrás a médica fez menção a alteração na libido ao dizer “se você achar algum namorado me avisa pra gente rever sua medicação”. No grupo dialogamos sobre esta frase, apontando o quanto esta

²⁵ Houve um diálogo entre os homens do grupo, abordando que costumavam frequentar motéis e utilizar os serviços de profissionais do sexo.

recomendação da médica parece pressupor que a alteração na libido só seria um problema com a presença de um parceiro masculino, reduzindo a libido a um relacionamento heterossexual. E, ao mesmo tempo, indicaria que o funcionamento sexual faz parte do capital sexual, amoroso e matrimonial das mulheres (CACCHIONI, 2015 APUD ZANELLO, 2018), logo ao estar em um relacionamento sério com um homem, seria necessário que ela performasse sua sexualidade – até como uma maneira de manter a relação.

A dimensão da sexualidade parece ser considerada como parte da subjetividade masculina, em que a virilidade do homem se liga a capacidade de ereção e sustentação desta, o que é refletido na hora da prescrição em que os homens relataram terem sido informados que os medicamentos interferem na vida sexual. Já as mulheres, por historicamente existir uma repressão do corpo, da sexualidade e do prazer feminino, a perda da libido não se apresenta com a mesma importância no momento da prescrição, a ponto de não serem informadas sobre este efeito. Assim, parece que os homens podem e devem ter sua libido preservada, enquanto as mulheres podem ser tratadas em detrimento de sua libido.

As mulheres têm maior probabilidade de serem medicadas com psicotrópicos e tem ocorrido um aumento na sua prescrição e consumo. Se considerarmos que eles causam alteração importante na libido, apetite, com efeito na autoimagem e autoestima, qual o lugar que temos dado a sexualidade feminina nos tratamentos de saúde mental? Pode a mulher em tratamento psiquiátrico ter libido?

5.4.4 O buraco é mais embaixo

Ao abordar a questão da sexualidade no grupo, foi notável a grande quantidade de dúvidas envolvendo os medicamentos, seus efeitos e interações e a importância de abordar estes temas. Para isso, combinamos que uma farmacêutica viria ao grupo para dialogarmos sobre este assunto. Além de abordar as questões descritas acima, como os efeitos na libido, apetite, tremores e interação entre os medicamentos e uso de álcool, um dos pontos foi trazer informações sobre o consumo correto das medicações. Pois, como vimos até aqui, embora cada pessoa tenha uma relação singular e deposite sentidos próprios às drogas, há também a necessidade de um consumo informado sobre os riscos e danos dos medicamentos, assim como do abuso destes.

Muitos participantes trouxeram questões como tomar o medicamento na hora que lembram ou tomar dois de uma vez, ter dificuldade de engolir e preferir tomar com leite, tomar o mesmo remédio com dose menor de intervalo do que prescrito. Tudo isso pôde ser abordado

com a farmacêutica e pudemos aprender sobre os possíveis riscos, danos e perda de eficácia das substâncias a depender de como se consome. Foi um momento de descoberta para muitos dos participantes (eu inclusa), que puderam replicar estes conhecimentos para outras pessoas que também fazem uso de medicamentos.

Um tópico também colocado pela farmacêutica foi sobre os efeitos adversos metabólicos das drogas psiquiátricas que incluem obesidade, glicemia alta e pressão alta – ligando-se a doenças cardíacas, diabetes, acidente vascular cerebral e até demência (SIMONS, 2021b). Este tópico veio a partir da fala de Simon, que relatou ao grupo que iniciou a ter colesterol alto após o início de uso dos medicamentos. O que produziu um diálogo sobre as síndromes metabólicas que podem ser causadas pelo uso prolongado de medicamentos e que muito pouco são abordadas pelos profissionais.

Estudos mostram que os antipsicóticos, sobretudo clozapina e olanzapina, geram ganho significativo de peso, assim como os principais estabilizadores de humor (TEIXEIRA; ROCHA, 2006). Segundo a revisão destes autores, outros efeitos como hiperglicemia, diabetes melitus tipo II e dislipidemias também ocorrem com os antipsicóticos citados. No caso do lítio, estabilizador de humor presente na REMUME do município, dados mostram que a exposição a longo prazo faz com que haja maior risco de doença renal crônica, sendo comum o dano à tireoide e a probabilidade de desenvolvimento de hipotireoidismo (FRANSSON ET AL., 2022). Ao considerar os benzodiazepínicos, como efeitos adversos comuns no uso prolongado são os déficits cognitivos (perda de atenção e dificuldade de fixação).

“Pesquisas recentes mostraram que as pessoas que deixam de tomar antipsicóticos tendem a se sair melhor a longo prazo e têm maior probabilidade de recuperação. Outras se concentraram nos numerosos efeitos adversos dos medicamentos, especialmente seus efeitos a longo prazo. Mais perturbador ainda, os antipsicóticos têm sido associados à atrofia cerebral em crianças e causam diminuição da espessura cortical em adultos. Outras críticas vieram de pesquisas sobre a experiência das pessoas com os antipsicóticos. Os pacientes descrevem alguns benefícios, mas também um senso reduzido de auto-estima e de agência. A maior pesquisa até o momento observou que a maioria dos pacientes relatou consequências negativas de estar sob esses medicamentos.” (DHAR, 2021)

No grupo GAM-RD no momento da entrevista, seis dos dez participantes faziam uso de antidepressivos, cinco de estabilizadores de humor, seis pessoas de benzodiazepínicos e sete consumiam antipsicóticos – uma pessoa com prescrição de três tipos diferentes de antipsicóticos, como observa-se na tabela 4 do início desta seção. Tirando Simon que sabia que seu colesterol alto tinha relação com o medicamento, nenhum dos outros participantes tinha consciência dos dados acima que relacionam o uso prolongado de psicofármacos às alterações

metabólicas e cognitivas. Considerando que a prescrição de antipsicóticos e estabilizadores de humor é comumente colocada pelos profissionais como algo para “a vida toda” devido a compreensão que o transtorno mental é uma condição crônica, cabe pontuar os riscos não apenas dos efeitos adversos já nominados (tremores, mudança no apetite, libido), mas como são potencialmente produtores de condições de saúde crônicas na população – e como é algo que os profissionais de saúde parecem não abordar nos atendimentos.

Outro fator a ser considerado é o que citamos na primeira seção deste trabalho, acerca da noção de que os psicotrópicos seriam capazes de corrigir um “mau funcionamento cerebral”, noção que embasa muitas das prescrições médicas. Joanna Moncrieff (2021) em suas pesquisas demonstra que as evidências científicas não sustentam que um transtorno mental é produzido por uma patologia biológica específica e que a droga psiquiátrica trataria esta patologia cerebral. Na verdade, o que ocorre, é que as drogas alteram o cérebro e o corpo, mudando a forma com que as pessoas costumam pensar, sentir e se comportar. Por vezes essas alterações podem ser úteis, por vezes não, trazendo consequências que podem ser duradouras ou permanentes (MONCRIEFF, 2021). A autora aborda a necessidade de que profissionais e pessoas que usam os medicamentos saibam que as drogas podem produzir danos e alterar modos de pensar e sentir, a fim de que haja a tomada de decisão informada sobre o consumo.

O que se observa na prática e no relato dos participantes é que estas informações não são ditas e não são fáceis de serem encontradas - a bula que é um direito do usuário, por exemplo, não é entregue na farmácia das unidades de saúde, apenas se solicitada pela pessoa. Este tema é relevante pois observa-se um crescente processo de prescrição e consumo de psicotrópicos nos serviços públicos, sobretudo na atenção básica (KIMATI; MUHL, 2020), o qual parece vir acompanhado de um desconhecimento dos possíveis riscos e danos causados pelos medicamentos - sendo focado apenas os possíveis efeitos terapêuticos. A educação em saúde, portanto, surge como uma ferramenta essencial, sobretudo neste contexto de hipermedicamentação.

Kimati e Muhl (2020) abordam o que estudos tem chamado de epidemia de psicotrópicos, isto é, o uso excessivo, crescente e indiscriminado de drogas psiquiátricas, que dizem de um processo de medicamentação da vida em que os medicamentos surgem como resposta principal e por vezes únicas de problemas complexos e multifatoriais. Os autores apontam a crítica de que a reforma psiquiátrica não foi capaz de incidir sob a epidemia de uso de psicotrópicos, inclusive, ela assumiu um papel na expansão desta epidemia, com ampla prescrição e financiamento. Portanto, embora falemos da realidade dos membros do grupo, dos

usuários e profissionais dos CAPS, sabemos, ao pensar em termos macropolíticos da reforma psiquiátrica, o buraco é (bem) mais embaixo.

5.4.5 “Meu remédio era outro”

Um objetivo pessoal desta pesquisa era a produção de um grupo em que pessoas que fazem uso de drogas proscritas pudessem falar abertamente sobre o seu consumo. Desde a regionalização dos CAPS, em que trabalhei durante novembro de 2023 a julho de 2024, acompanhei algumas pessoas que usavam drogas que abordaram existir poucos espaços em que podiam, ou sentiam-se confortáveis, para trocar sobre o assunto.

Rafa²⁶ – que acompanhei em um dos CAPS - foi quem abriu meus olhos para isso. Me disse que fora do CAPS, existiam as reuniões de AA e NA, e, embora tenha participado e montado salas por muitos anos, o enfoque da abstinência e o discurso religioso não fazia sentido para ele naquele momento. Também mencionou os espaços das comunidades terapêuticas, no entanto o discurso era o mesmo que das reuniões. Em espaços do CREAS, entre pares com trajetória de rua, relatava que não podia tematizar este tema, pois ouvia que este seria um problema a ser tratado pelo CAPS AD. Ao chegar neste CAPS, já regionalizado, me contou de uma espécie de barreira encontrada. “O pessoal não é da mesma picadilha, achei que aqui teria trocação de ideia, pra gente estudar e aprender sobre o que a gente passa, trocar ferramentas pra enfrentar as dificuldades... me sinto diferente aqui, não é aqui que quero estar.”²⁷

Por causa deste encontro, passei a estudar gestão autônoma da medicação e redução de danos, como que numa tentativa de me instrumentalizar para responder ao incômodo que Rafael me gerou. Para isso, também fiz um estágio optativo da residência em um CAPS AD em Santos, desejosa de conhecer experiências específicas para o público que usa drogas e tentar experimentar isso no grupo GAM-RD deste trabalho de conclusão de residência. Voltei transformada, sobretudo por conhecer coletivos de redução de danos como o Div3rso (UNIFESP) e ter trocas de muitos aprendizados com as pessoas que frequentavam o CAPS AD ZOI.

²⁶ Nome fictício para preservar a identidade.

²⁷ Lembro que só consegui responder um “boto fê” a esta fala de Rafael, mas o incômodo que me gerou anda comigo até hoje. As limitações do serviço, naquele momento como residente, também eram as minhas. Naquela época o CAPS não contava com grupos, apenas oficinas que se resumiam a pintura e bordado – o que não fazia sentido para Rafael. O que pude fazer foi me atentar ao que ele dizia, apresentar algumas pessoas no CAPS que poderiam ter boas trocas com ele, combinar algumas conversas e, o que nunca imaginei que faria, anotar os locais presenciais e online com reuniões do NA e entregá-lo – para quando à noite e aos fins de semana que “pegava mais” pudesse encontrar com pares.

Com toda essa iniciante bagagem, iniciei a proposta do grupo GAM-RD divulgando aos profissionais para que repassassem aos usuários e, àqueles interessados, passariam por uma conversa para explicar a pesquisa e depois daríamos início ao grupo. O público majoritário do grupo foram pessoas que consomem drogas psiquiátricas, sendo cinco deles tendo seu medicamento fracionado no CAPS por questões de abuso do medicamento ou má adesão ao tratamento. Dos oito participantes que ficaram até o final, dois estavam no CAPS devido ao consumo abusivo de álcool, e um deles também de cocaína, mas ambos estavam abstinentes desde que iniciaram o tratamento. Apenas uma participante consumia álcool esporadicamente.

Este resultado me pegou desprevenida, pois ainda que o interesse fosse ter um espaço de troca entre pessoas que consomem drogas prescritas e proscritas, sobretudo pelo caráter híbrido deste CAPS, parte de mim desejava que este espaço fosse para pessoas que faziam uso de drogas proscritas. Talvez para conseguir criar uma resposta a Rafael, para abordar sobre redução de danos, para que houvesse um espaço específico para essas pessoas no CAPS regional.²⁸

De todo modo, ainda foi possível no grupo abordar sobre outras drogas, sobretudo pela experiência de Lima e J.A que, mesmo que houvesse um retorno constante do grupo para o tema dos medicamentos, fizeram questão de tratar de sua experiência de uso neste coletivo. Inclusive, em apontar seus desconfortos. Lima, no segundo dia, contou ao grupo que se sentiu incomodado no primeiro encontro e que voltou apenas por respeito a minha pesquisa e porque havia feito um combinado comigo. Lembro de ter questionado o que o fez se sentir daquele modo (um tanto surpresa, admito). Ele contou que sentiu o grupo muito “para baixo” e que os temas que foram falados (abuso de medicamentos) não faziam parte de sua experiência, o que o fez se sentir deslocado. Lembrei de Rafael. Como modo de dar lugar aquele incômodo, conversamos sobre isso coletivamente e foi quando Lima trouxe com mais detalhes sobre sua experiência com o álcool, identificando similaridades com as falas de colegas que faziam uso de medicamentos ao perceber que para ele, o álcool era um modo de escape, assim como o abuso de clonazepam por Simon.

²⁸ Perguntas sem respostas, mas que ficam como possíveis dados e limitações da pesquisa: será que houve algum critério de eleição dos profissionais para a divulgação da pesquisa, como àqueles que não aderem ao tratamento prescrito? Talvez o nome “Gestão Autônoma do Cuidado” e a chamada ao público-alvo não tenha captado as pessoas que fazem uso de drogas proscritas? Será que se eu estivesse no campo durante a divulgação teria sido diferente? Será que as pessoas que usam drogas proscritas não estavam nos dias de divulgação, ou não tiveram interesse? Será que estas pessoas estão frequentando o CAPS tanto quanto o público do CAPS II ou o a hibridização das clínicas pode ter impactado na adesão do público do CAPS AD?

Lima: “Meu remédio era outro... eu ficava locão de cachaça, conhaque, cerveja, festa... depois do conhaque fui pra pinga porque não fazia mais efeito... e é pinga né, eu gastava bem menos e batia mais rápido... Eu fui trocando de remédio... Eu sofria muito, preferia correr sozinho. Então eu me afastei e corri do problema...Eu bebia pra ter coragem de sobreviver.”

(diário de campo, encontro em setembro de 2024)

Depois deste segundo encontro, Lima esteve em todos os dias de grupo, participando ativamente - exceto em um deles que ocorreu após sua alta²⁹ do CAPS. No último encontro, perguntei a Lima sobre como foi para ele estar conosco no grupo, retomando aquele incômodo inicial que ele trouxe no segundo dia. Talvez pela minha expectativa no início envolvendo o público e os temas do grupo, suspeitava de que o grupo não tinha sido interessante para Lima por grande parte dos assuntos terem se restringido aos medicamentos.

Lima: “Entrei aqui porque a bebida era meu remédio. Na alegria eu tinha que beber, na tristeza também. O grupo foi bacana porque entendi que era como um remédio pra mim... Aqui nós fizemos amizade e confiança, a gente se identificou, se achou de um jeito ou de outro. Aqui a gente falou coisas que não fala nem pro pai e pra mãe.”

(diário de campo, encontro em novembro de 2024)

Com toda essa caminhada de Lima, Rafael, e tantos outros, sigo com o incômodo que busca garantir a existência de espaços acolhedores e não punitivos/moralistas para que as pessoas que usam drogas proscritas possam estar e formar laços de pertencimento e afeto. Como viemos trabalhando até aqui, a guerra às (pessoas que usam) drogas criminaliza e estigmatiza esse público, o que cria especificidades que devem ser levadas em conta no cuidado – e que não estão presentes do mesmo modo àqueles que fazem uso apenas de medicamentos. Mas, ao mesmo tempo, Lima me ensinou que talvez, tão importante quanto a existência destes espaços que tanto busquei construir nesta pesquisa, está a criação de vínculos de confiança e afeto em que podemos nos acolher, nos escutar, respeitar e aprender com a experiência do outro. Onde a diferença pode habitar: sem julgamentos, sem proibições, sem hierarquias.

5.4.6 Ontem era domingo, amanheceu, tomei café e pensei “O dia tem que passar rápido”. Tomei cinco quetiapina de 100mg, apaguei.

Seguindo com as experiências do grupo relativas às drogas, um acontecimento importante foi um dia em que Zé Ninguém chegou ao CAPS se apoiando nas paredes. Sentou-se na roda e contou que tinha tomado cinco quetiapinas no dia anterior e estava com as “pernas tortas”. Em vários encontros ela e Simon compartilharam a necessidade de tomar

²⁹Questão abordada na seção sobre projeto terapêutico singular deste trabalho.

medicamentos a mais como um modo de “sair do ar”. Ambas possuem medicação fracionada no CAPS por causa do histórico de abuso e tentativa de suicídio, sendo uma estratégia encontrada pelos profissionais para evitar que situações como estas ocorram. Foi a primeira vez que ela (ou qualquer participante) veio ao grupo sob explícito efeito colateral de uma substância, isto já era no sétimo encontro, próximo ao final.

Zé ninguém: “Eu tô tipo o J.A, tem remédio eu tava tomando.”

J.A: “Você toma pra ficar doidona?”

Zé ninguém: “Sabe a hora do desespero? Eu quero dormir pra não ver o dia passar... ontem era domingo amanheceu, eu tomei café e pensei o dia tem que passar rápido, tomei 5 quetiapina de 100mg, apaguei.”

Simon: “A gente tinha que sair de casa, fazer outras coisas, mas é uma luta na cabeça, é uma vontade de tomar mais medicação...”

(diário de campo, encontro em outubro de 2024)

Trago este diálogo, pois ele chama atenção para vários temas discutidos ao longo das seções desta pesquisa. O sentido pessoal da substância, a falta de atividades e relações como parte do plano terapêutico, a experiência de luta interna que sentem na relação com a droga, as dificuldades de levar a vida. E se aos domingos, que costuma ser um dia difícil para Zé ninguém, ela tivesse algo que pudesse fazer com que o dia pudesse passar devagar? E se outras estratégias fossem trabalhadas para a hora do desespero?

Ainda que estas perguntas não tenham sido respondidas, no espaço do grupo Zé ninguém pôde contar o que levou ao consumo, ser acolhida e compreendida por nós, estando a seu modo naquelas 2h de encontro. Foram trocas difíceis, mas ao mesmo tempo cheias de identificações, brincadeiras e risadas. Principalmente de Zé Ninguém. Após o grupo costumávamos fazer um lanche juntos. Ela sempre recusou beber chá, comer e ter qualquer contato físico. Neste dia foi a primeira vez que bebeu um chá de hibisco, comeu um bolo e até aceitou um abraço meu e de Ysilone – o que nunca havia acontecido antes e parecia inimaginável... até que deixou de ser.

Embora tenha vindo dopada e isso possa ser visto como um “retrocesso” no projeto terapêutico que prevê o seguimento da prescrição, pudemos pontuar a importância de ela ter vindo ao CAPS e ao grupo, entendendo como um momento importante do tratamento. Pois, se Zé Ninguém chegou no grupo em agosto dizendo que não saía de casa, só queria dormir e morrer, ter vindo ao grupo mesmo cansada e dopada, e ter tido momentos de trocas e risadas com outras pessoas parecia ser o oposto de um retrocesso, mas a produção de um deslocamento subjetivo. Para alguém que, reiteradamente, dizia não, senti que foi um momento em que ela se permitiu dizer sim aos encontros e a vida. Ou, ao menos, se permitiu não dizer não.

5.4.6.1 Não é sobre o chá de hibisco

Até que... uma semana depois, uma hora antes do encontro, cheguei na recepção do CAPS, Zé Ninguém me pegou pelo braço e disse, muito séria, que precisava falar comigo. Contou que pesquisou sobre chá de hibisco e descobriu que ele tem álcool. Eu não entendi nada. Ela explicou, meio brava: “Sim! Eu nunca tomo chá! Semana passada tomei dois copos e fiquei toda alegrinha, dei risada, comi, até te dei um abraço! Eu não tava entendendo, até que fui pesquisar e entendi. Tinha álcool!”. Lembro que respirei fundo, e justifiquei que o hibisco não tinha álcool e, mesmo se tivesse, na hora da fervura das folhas o álcool evaporaria. Não adiantou, Zé ninguém estava certa do que falava. Passamos mais uma meia hora conversando e ela repetindo sobre o álcool no hibisco. Até que perguntei para ela “bom, digamos que tinha álcool lá, qual foi a questão? Como você ficou depois do encontro, aconteceu algo?”. Assim que Zé Ninguém começou a responder e nossos olhares se encontraram, eu entendi. Não era sobre o chá de hibisco.

Contou que depois daquele encontro, chegou em casa e chorou muito: “Como eu pude ficar feliz, dar risada, até te dar um abraço naquele dia? Se eu não dou um abraço nem nos meus netos... como fiquei feliz se eles não tão bem?”. Eu dei um sorriso de cumplicidade e ficamos em silêncio por alguns instantes. Confiei no nosso vínculo e disse que esse era o ponto que precisávamos cuidar. Olhei em seus olhos e disse que ela merecia ser feliz e que tá tudo bem ter tido um momento de risadas, abraços e alegria. Ela assentiu com a cabeça. Lembro que ficamos mais alguns minutos conversando e nosso vínculo nunca mais foi o mesmo depois desse dia. Brincamos ao nos despedirmos dizendo que, qualquer coisa, se ela precisasse, podíamos tomar mais alguns goles de chá de hibisco.

No último encontro, dessa vez sem chá, Zé Ninguém quis ficar até o último segundo do grupo – muito depois do horário que costumava ficar. Comeu, bebeu, deu risada. No final, se aproximou de mim e me deu um abraço. Nos despedimos como se não fossemos nos ver mais, mas algo em mim sabia que isso não era verdade. Semanas depois do grupo ter acabado a encontrei sem querer na rua. Ela me parou e disse: “sabia que você mudou minha vida, garota?”. Eu ri e abri um sorriso, ela também mudou a minha.

5.4.7 “Agora eu aprendi que menos é mais”

Outro movimento sentido no grupo foram alguns deslocamentos promovidos por Simon. Desde o início, ela era conhecida por gostar de falar sobre medicamentos. Contou que

desde nova tinha uma condição de saúde que a fez conviver em meio a vários médicos e desde que se conhecia por gente toma medicamentos. O clonazepam foi sua grande questão, sendo tema constante no grupo. Trouxe que ele era tudo para ela, ajudava a esquecer a morte de seu pai, tinha gosto doce, foi suporte quando outros não foram.

Ao entrar no grupo, disse que o motivo que estava ali era para descobrir se havia algum outro remédio que alguém tomava e ela ainda não conhecia e que poderia a ajudar. Perguntou sobre a quetiapina, sobre efeitos colaterais, sobre interações. Ela era uma das pessoas que puxava as outras do grupo, ao longo da semana falava com outros participantes no CAPS, na roda questionava sobre a experiência de outras pessoas, acolheu e tentou aconselhar os participantes a partir de sua experiência.

Sabia muito sobre medicamentos, pois como ela mesma disse, foi “cobaia” por muito tempo e já havia tomado vários. Quando levei as bulas e ela solicitou que eu falasse sobre os remédios para ansiedade, perguntei se ela não queria levar os materiais, pesquisar, e nos contar na próxima semana. Lembro que ele abriu um sorriso, passou a pegar as bulas, os materiais do GAM no chão e propor que outros colegas também pesquisassem, entregando a eles as bulas dos medicamentos que eles usavam, como se os convocassem para assumir a frente do grupo com ela.

No primeiro encontro que participou, falou que conversou com o seu TR e ele pediu que pudéssemos dar uma pausa no meio do grupo pois Simon tinha muita ansiedade e não conseguia ficar em sala fechada. Acordamos entre todos e passamos a fazer pausas de dez minutos, onde davam uma volta, tomavam um chá, fumavam um cigarro. Foi assim por alguns encontros, até que os participantes passaram a engatar na conversa e não pausar o grupo, o que levou Simon a sair sozinha e, quando voltava, contávamos a ela o assunto que conversamos. Foi assim por uns dois encontros, até que Simon parou de sair ficando durante todo o grupo. Suas pernas não mexiam como antes, seu olhar não vagueava pelo grupo. Ela só estava presente.

Simon está há muitos anos em CAPS, e falava muito sobre dependência que tinha do serviço e como fora dali as pessoas não a entendiam. Quando teve alta, não levou nem uma semana para voltar ao CAPS e ser inserida novamente no tratamento. Quando perguntávamos sobre outras atividades, dizia que só ficava em casa. Ao longo do grupo, Simon passou a perguntar sobre trabalho, contando que nunca havia trabalhado, mas queria saber se podia a ajudar no tratamento. Cada um do grupo trouxe a sua experiência, fomos ponderando. Já para o final do grupo, Simon falava sobre a dificuldade que sente de fazer coisas fora do CAPS e

Lima a interrompeu, lembrando que algumas semanas atrás ela lhe contou que trabalhou na campanha política. Até ficou sem tomar os remédios, pois sentia que a atrapalhava na socialização demandada pelo trabalho. Ela contou sobre a experiência, trazendo coisas ruins e boas. Ao final, disse que foi importante ter tentado.

Se veio ao grupo para descobrir um novo medicamento para utilizar, ao caminhar dos encontros passou a falar cada vez menos sobre remédios trazendo mais sobre a sua experiência de vida e o lugar que o remédio era colocado por ela. Disse que o grupo estava sendo bom, pois sentia a dor e a felicidade do outro. Será que, ao poucos, o anestesiamento causado pelos medicamentos pôde dar lugar a afetação?

Quando Zé Ninguém veio ao CAPS sob efeito de várias quetiapinas, foi Simon quem a acolheu abordando que entendia a necessidade de fazer com que o dia passasse rápido. Terminou sua fala dizendo:

Simon: “Agora eu aprendi que menos é mais. Já tive que fazer lavagem, aprendi do pior jeito. Não quero tomar remédio a mais. A gente gosta de se anestesiarem das coisas, né? A gente quer remédio pra esquecer. Mas não adianta, a gente não esquece. Tem que aprender a superar.”

(diário de campo, encontro em novembro de 2024)

As drogas e seu consumo excessivo podem vir para ajudar a esquecer, não sentir, ajudar a viver, diminuir o sintoma, sobreviver e tantos outros significados que foram dados e construídos ao longo do grupo. Estes lugares evidenciam que a substância chega depois, e muitas vezes a verdadeira droga é a dor, a perda, o estigma, a violência, o modo que se vive³⁰. Agora, entende-se que criar lugar coletivo para que essas vivências possam ser narradas e escutadas, permite abrir espaço para a elaboração e para que outros processos de subjetivação emergam. E é sobre isso que nos debruçaremos na próxima e última linha de análise.

5.5 Grupo GAM-RD: “Aqui é diferente, eu posso me expor de verdade”

Esta linha de análise busca focar na experiência grupal e seus deslocamentos. Ainda que tenhamos elencado alguns dos acontecimentos ao longo do texto e as reverberações alcançadas até o momento, acredito que o grupo teve especificidades e efeitos que merecem ser mais bem destacados. Nesta seção, adentramos no dispositivo grupal, trazendo um pouco sobre as expectativas como pesquisadora e o que foi surgindo (sendo produzido) com o

³⁰ Inspirado na fala de Juma Santos, do coletivo Tulipas do Cerrado, durante o Seminário Internacional de Redução de Danos em dezembro de 2024 na cidade de Santos.

andamento da pesquisa, o que formamos como combinados e organização do grupo e, por fim, alguns efeitos que pudemos mapear ao longo desta trajetória coletiva.

5.5.1 Gestão autônoma do cuidado

Minha expectativa era de que o grupo pudesse ser um espaço para pessoas que usam drogas prescritas e proscritas, mas sobretudo proscritas. Como já dito, não foi bem o que aconteceu. Uma das perspectivas que me guiavam ao idealizar o grupo era de que as drogas fossem um pretexto, isto é, falava-se sobre ela para chamar o público-alvo da pesquisa, mas no andar do grupo não era ela que estaria em evidência, e sim a experiência dos participantes. Para isso, inspirada em *lives* do II Curso de Estudos Avançados em Gestão Autônoma da Medicação³¹, o grupo foi nomeado “Gestão Autônoma do Cuidado”, por entender que a medicação era uma forma de cuidado, mas nosso objetivo era também criar, compartilhar e fortalecer outras estratégias de cuidado³².

Para isso, estudei e pratiquei diferentes tipos de meditação e relaxamento e exercícios de teatro e práticas corporais. Também retomei meu interesse por plantas medicinais e aromaterapia, estudando sobre chás e testando diferentes óleos essenciais. Até conversei com um médico de uma unidade de saúde que trabalha com plantas medicinais para quem sabe, abordar este tema com o grupo. Escutei diversas músicas meditativas ou com significados que podiam ser alvo de reflexões, criando uma *playlist* para o grupo. Tudo antes do grupo sequer iniciar, como um bando de ideias para deixar na manga, caso o grupo se interessasse em tentar.

Já nas entrevistas, pontuei aos participantes que o interesse do grupo era cultivar estratégias de cuidado e, na medida do possível, experimentá-las coletivamente. Ainda que Zé Ninguém tenha ficado ressabiada, todos os participantes toparam. Inclusive um deles, J.A, se dispôs a ajudar com os seus conhecimentos em práticas integrativas. Ótimo! Estava com tudo “pronto” e todos na mesma página para iniciar o grupo.

No primeiro encontro, fizemos algumas apresentações a partir do guia GAM, conversas livres e ao final elencamos alguns temas para abordamos nos próximos encontros. Na semana seguinte, lembro que levei a caixinha de música, o difusor e as meditações que havia preparado. Propus iniciarmos com uma dinâmica, mas Lima trouxe já de início que achou o primeiro encontro pesado. Precisávamos falar sobre isso. A dinâmica não aconteceu. No terceiro

³¹ Estão no youtube da Escola Paulista de Enfermagem.

³² Também como um modo de subverter o foco do GAM nos medicamentos.

encontro, levei tudo de novo, combinamos de fazer ao final antes do lanche. Mas conversamos até o último minuto e esquecemos. E assim foi, encontro após encontro. Lembro que em um deles brinquei dizendo que eu havia preparado várias coisas, mas todo encontro eles traziam questões que tornavam impossível seguir com o planejado. Todos deram risada. Seguimos com outra conversa.

Pouco a pouco fui entendendo que as estratégias de cuidado que eu propus eram minhas, não deles. No fim, nunca tentamos meditar, respirar com óleo essencial, fazer prática corporal. No último encontro fizemos uma confraternização e colocamos algumas músicas enquanto conversávamos – mas não tinham nada a ver com a minha *playlist*. Dizer que nada que levei vingou, no entanto, seria mentira. Os chás foram um sucesso. Eu chegava antes de cada encontro e preparava, sempre levando as folhas secas e pesquisando alguma coisa sobre o chá escolhido. Colocava a garrafa térmica na entrada da sala, com algum lanchinho, e muito açúcar. Descobrimos que a maioria das pessoas do grupo eram viciadas em açúcar, então nunca podia faltar.



Foto 1 – Entrada da sala (diário de campo)

Se no primeiro encontro alguns tomaram o chá por educação ou só passaram batido na entrada, aos poucos as trocas iniciais do grupo passaram a acontecer enquanto cada um servia seu chá. Começamos a descobrir os sabores favoritos e repetir alguns desses nos encontros. Ysilone, que tomava 20 gotas de clonazepam para dormir, trouxe que dois copos de chá de erva cidreira a deixaram tão sonolenta quanto o remédio. Brincou comigo que devo ter colocado algumas gotinhas junto do chá. Fui entendendo que o chá era um pretexto pro encontro, pra desacelerar, provar sabores novos, dar risada.

Já o resto das práticas que ensaiei e estudei não foram pra frente e, no caminhar do grupo, foi uma escolha (acertada) deixá-las de lado. Os participantes passaram a cada vez mais, tornarem-se moderadores do grupo, membros ativos que guiavam o caminho das conversas, das pausas, dos fins. Nomearam o que queriam e o que não queriam. Com o tempo entendi que as estratégias de cuidado, que tanto quis trabalhar, estavam ali, muito bem colocadas. O coletivo queria conversar. Conversar era se cuidar. Ter espaço para parar, olhar para si, pensar, falar, ouvir, trocar. Sobre a doença, sobre a droga, alegrias, dores, sobre nada e tudo. Com o tempo entendi que esses espaços de troca, que para mim eram dados, talvez não existissem para muitos ali³³.

Simon, no final de um dos encontros, compartilhou: “O grupo mudou minha vida, tô pensando mais. No começo eu não queria vir, achei que tinha que ficar falando sobre medicação, mas aqui a gente é livre para falar o que quer”. Com esta fala entendi que neste coletivo, a gestão do cuidado não viria pelas práticas integrativas, mas surgiu na troca livre, sem planejamento, na formação de um lugar entre pares em que se pôde pensar sobre si e sobre o mundo.

5.5.2 Grupo de ajuda mútua

Seguindo a temática do grupo, uma das ideias da construção deste coletivo era a direção de um grupo de ajuda mútua. Segundo Vasconcelos (2013, p.25), estes grupos reúnem pares, ou seja, “pessoas com problemas semelhantes, cujas experiências, sentimentos e estratégias de lidar serão trocadas entre si, gerando também o apoio emocional mútuo”. Neste caso, o tema em comum seria a experiência de lidar com o consumo de drogas lícitas e ilícitas e seus efeitos. Seguindo a concepção de ajuda mútua, desde o princípio meu objetivo foi ser uma moderadora temporária, estimulando a participação dos membros na posição de facilitação do grupo e de liderança dos encontros³⁴. Para isso, um dos trabalhos foi colocar em questão as relações de poder que existiam entre nós, a fim de mirar relações mais horizontais.

³³ Em estudos sobre grupos e a perspectiva de ajuda mútua, que abordaremos no próximo tópico, pude entender que é comum a tendência de participantes retornarem aos seus relatos de experiências pessoais, pois muitas vezes estes grupos são o único espaço para falar e compartilhar mais abertamente a experiência de vida com transtorno/uso de drogas (VASCONCELOS, 2013).

³⁴ Isso não vem sem contradições. Como pontuei no início dessa seção, eu mesma preparei diversos disparadores para lidar com as incertezas e inseguranças que poderiam surgir no grupo. Tentar renunciar a esse protagonismo, no entanto, diz de uma escolha de manejo de grupo e uma posição teórica e política que tentei buscar (não sem dificuldades) ao longo desta pesquisa.

Este foi um tema abordado ao longo do primeiro analisador nesta pesquisa, onde apontamos as dificuldades em renunciar o mandato social de poder como trabalhadores e emprestar nosso poder contratual àqueles e àquelas que acompanhamos. E, por outro lado, os desafios das pessoas que foram por tanto tempo tuteladas por nós, assumirem o protagonismo do próprio cuidado e da própria vida. Um dos caminhos que encontrei para incidir nas relações de poder foi compartilhar sobre o meu lugar dentro dessa temática, tanto meus interesses teóricos quanto minha experiência singular que me leva a querer estar com eles e conversar sobre este assunto. Não para nos colocarmos no mesmo lugar em uma falsa horizontalidade, mas para retirar o lugar de distanciamento e neutralidade que muitas vezes nos é colocado e por nós reproduzido enquanto trabalhadores, psicólogas, pesquisadoras.

Ainda que eu busque fazer isso no meu cotidiano como trabalhadora, observo que neste grupo essa postura auxiliou a nos conhecermos melhor e criarmos um vínculo de confiança. Um outro fator de influência para a construção de um grupo mais horizontal foi já existir uma relação prévia com os usuários. Entre março e maio de 2024 trabalhei neste CAPS como residente de psicologia, onde fiz atendimentos individuais, participei de grupos e oficinas e construí ações no território – como visitas, passeios, ações comunitárias. Isso me fez conhecer as pessoas para além do espaço institucional, o que criou uma aproximação importante entre nós. No fim, oito das dez pessoas que mostraram interesse pelo grupo já me conheciam deste período, sete das oito que continuaram no grupo. Entre si, todos já se conheciam.

Nosso vínculo anterior parece ter sido algo que produziu menos barreiras hierárquicas. Talvez pelo lugar de residente que é diferente dos trabalhadores, talvez porque eu sou mais nova, ou porque eles sabiam um pouco de mim e eu deles. Fiz as entrevistas iniciais na sala da psiquiatra do CAPS e imaginava que isso podia carregar experiências anteriores para dentro da conversa. Tentei, então, quebrar a dureza daquela sala, sentado ao lado das pessoas, sem mesa e sem computador entre nós. Dificultou a anotação no diário de campo e deu mais trabalho, claro, mas acredito que são essas pequenas coisas que produzem e reforçam a direção da horizontalidade. Já no grupo, vi como é fácil reproduzir relações de poder e acabar decidindo sozinha o sabor do chá, a direção da conversa, o que eu quero trabalhar. Analisar a minha implicação foi sempre decisivo para não reproduzir relações de poder, por isso passei a não responder com tanta pressa. Se alguém do serviço me perguntava se alguém atrasado podia entrar, perguntava pra eles. Antes de iniciar, conversamos se alguém queria propor algum tema e ao finalizar falávamos sobre qual chá gostavam e se eu ou outra pessoa poderia trazer. Nas pausas solicitadas por Simon, colocamos em questão no grupo quem queria sair e entrar. Busquei não decidir nada sozinha, e vi como é difícil não cair nessa tentação. Entendi que era no pequeno, na renúncia, na não resposta apressada, que cada vez mais os participantes assumiam o grupo pra si.

(diário de campo da pesquisadora, setembro de 2024)

Estes foram fatores importantes para proporcionar um espaço de confiança e vínculo afetivo entre nós, que foi determinante para os efeitos e resultados do grupo aqui elencados.

Uma outra escolha de pesquisa que pode ter influenciado foi a não participação de profissionais do serviço no grupo. Desde que formulei o projeto de pesquisa no mês de março, meu desejo era de que algum trabalhador deste CAPS pudesse participar do grupo, sobretudo porque: a) permitiria o seguimento do grupo no serviço após o término da pesquisa, entendendo que a continuidade é importante para a terapêutica e, ao mesmo tempo, é uma expectativa colocada nos trabalhos de conclusão de curso da residência; b) faria com que o serviço pudesse observar e sentir os efeitos do grupo mais de perto, sendo também um grupo do CAPS e não apenas da pesquisa da residência; c) permitiria ter um segundo olhar para os movimentos do grupo, possibilitando trocas mais enriquecedoras do que a condução sozinha, e, também, seria possível saber mais das reverberações cotidianas do grupo nos participantes.

Embora tenha elencado todos esses possíveis benefícios que levariam a participação de algum trabalhador do serviço no grupo, conforme a pesquisa foi tomando corpo esta participação foi se mostrando improvável. Um ponto a destacar, é que nesta residência há a previsão de troca de campo de estágio a cada três meses, logo, durante a execução do grupo eu não estava atuando neste CAPS. Com isso, eu convivía com os usuários e com a equipe apenas no dia do grupo. Isto também foi determinante para o modo com que o grupo ocorreu, pois dificultou minha comunicação com a equipe. Assim, alguns combinados que haviam sido feitos apenas com uma pessoa da equipe, acabavam não chegando aos demais profissionais, ou eram esquecidos. Um exemplo disso foi o desligamento de dois participantes enquanto o grupo estava ocorrendo. Ainda que tivesse sido combinado que durante a execução da pesquisa os desligamentos não ocorreriam, isto não acabou sendo levado à cabo. No entanto, surgiu como um analisador importante para o grupo e sobre a dinâmica institucional – como já apontamos anteriormente neste trabalho.

De todo modo, o distanciamento físico com a equipe fez com que não tivesse conhecimento sobre as agendas dos profissionais. Neste mesmo período, houve pessoas com férias agendadas, licença por questões de saúde, o que gerou a incerteza de que algum trabalhador pudesse ser liberado para participar do grupo durante os dez encontros - o que era fundamental na minha concepção: ser a mesma pessoa do início ao fim para garantir o sigilo e o vínculo formado. Somou-se a isso uma reflexão que fui constituindo sobre a importância de construção de um espaço antiproibicionista e seguro que busque não criar barreiras para a fala livre dos participantes. Já no momento das entrevistas iniciais, entendi que várias coisas que me foram ditas eram desconhecidas pela equipe e me foram solicitadas que permanecessem assim. Isto surge como uma questão nos estudos sobre grupos de ajuda mútua, que apontam:

No caso de grupos de ajuda mútua, recomendamos que o profissional não atue como facilitador dentro do serviço de saúde mental em que trabalha cotidianamente, para não criar constrangimentos à liberdade de expressão dos participantes usuários deste serviço específico, bem como porque as duas funções têm significados simbólicos diferenciados. (VASCONCELOS, 2013, p.32)

Colocando tudo isto na ponta do lápis, a escolha foi de que não haveria a participação de nenhum trabalhador do serviço³⁵. No entanto, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e nos combinados iniciais do grupo, estava posto o direito à privacidade, confidencialidade e à proteção das informações pessoais, a não ser em emergências que necessitassem do conhecimento da equipe. Isso foi dialogado e combinado com o grupo, que, caso houvesse alguma situação assim, seria conversado com eles previamente e encontraríamos a melhor forma de dialogar com seu TR ou outro profissional/familiar – embora não tenha sido necessário, foi um modo de garantir a segurança dos participantes e responder às lacunas colocadas por eu não estar presente no serviço na função de acompanhamento.

5.5.3 Combinados do grupo

Alguns outros combinados a serem destacados foram: buscar dar suporte e respostas às necessidades dos colegas, respeito aos valores e ausência de julgamento, respeito ao tempo de fala para que todos possam ter a oportunidade de compartilhar sua experiência, poderem estar do jeito que se sentem confortáveis no grupo (falando ou não, saindo ou ficando) e, como já dito, a confidencialidade. Também se abriu a possibilidade para que os combinados pudessem ser construídos ao longo do grupo. Ainda que tenham surgido algumas divergências de posicionamentos que puderam ser lidas como julgamentos à experiência do outro (como a fala sobre pessoas que usam drogas serem agitadas, que foi entendida como preconceito por um participante), essas situações foram muito bem mediadas pelo próprio grupo. Como se diz, o combinado não sai caro, e o vínculo afetivo entre nós também possibilitou sustentar essas situações de desacordos e encontrar saídas coletivas para lidar com elas.

³⁵ Isso gerou alguns desafios no início do grupo, uma vez que eu ocupava o papel de moderadora, de pesquisadora e de anotar as falas no diário de campo – os encontros não foram gravados e transcritos dada as limitações de tempo da pesquisa. Ao longo dos encontros, no entanto, conforme os participantes foram assumindo o lugar de ajuda mútua e facilitação do grupo, tais desafios foram diminuindo e foi sendo mais possível estar com eles focada no momento presente do encontro.

5.5.4 Organização dos encontros

Ainda que os encontros começassem antes do grupo – seja por eu estar correndo com o chá, ou pelos participantes estarem conversando enquanto fumavam -, havia uma organização prévia para a execução de cada encontro. No primeiro encontro fizemos uma apresentação coletiva e formulamos os combinados do grupo. No segundo encontro retomamos a apresentação e os combinados devido a participação de pessoas que não vieram no primeiro dia. De modo geral, nos outros encontros seguimos um mesmo caminho: momento de trocas iniciais e acolhimento acompanhado de chá, seguido da expressão livre das experiências de acordo com o que foi proposto ou que estavam querendo abordar no momento, perto do final buscávamos fazer uma síntese reflexiva e emocional dos depoimentos, para terminar com temas de interesse para os próximos encontros e possíveis encaminhamentos. Depois, sempre tínhamos um momento de lanche e confraternização.

Como já apontado, eu havia preparado vários temas e propostas para os encontros que não foram levados adiante por uma escolha diante do manejo do grupo. No entanto, em alguns dias, foram colocados alguns disparadores ao coletivo que possibilitaram uma troca mais livre sobre determinada temática. Os participantes tinham o costume de falar de modo agitado e com espaço para poucos silêncios, então foi comum a conversa sobre diversos temas e experiências em um só encontro.

No entanto, de modo geral, abordamos os seguintes assuntos: relação consigo mesmo e com sua rede de apoio, o que precisam para viver, sexualidade, fé, uso excessivo de medicamentos, relações de poder com profissionais de saúde, direitos sociais e de saúde, experiências de internamento, informações sobre uso de drogas, estigmas, discriminações e o que fazer, reinserção social, projeto terapêutico singular, (medo da) alta/desligamento. Estes foram alguns dos assuntos que rodearam os encontros grupais, sempre sendo direcionados pelo guia GAM e o interesse dos participantes.

5.5.5 Grupo-sujeito

A pesquisa-intervenção de abordagem cartográfica parte da concepção que pesquisar é intervir na realidade estudada, sendo o conhecimento produzido a partir da experimentação e produção de subjetividades – em mim, nos participantes, nas instituições. A pesquisa foi conduzida, portanto, tendo em vista a inseparabilidade entre conhecimento, intervenção e

cuidado (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009), de maneira a evidenciar o trabalho clínico envolvido no fazer pesquisa e na formação grupal.

Aqui toma-se Baremlitt como um referencial que guiou o manejo clínico. Nos estudos sobre esquizodrama, Baremlitt coloca a clínica com “k” apontando para a diferença da clínica que advém do *clinicos* de tradição médica em que o paciente é colocado deitado, inclinado, passivo em uma relação hierárquica entre profissional e usuário. Já a clínica com k advém do termo grego *clinamen* que vem da concepção do atomista Demócrito que fala do desvio dos átomos que se chocam e produzem o novo (AMORIM, 2023). Ao apontar para a tessitura/acontecimento de uma clínica no grupo, coloca-se seu potencial de fazer desvios de modos instituídos, de promover vetores instituintes que deslocam e tem a força de instaurar novos processos de subjetivação.

Ainda que o grupo tenha se voltado aos mesmos temas e cada um trouxe suas repetições para a sala, com o caminhar do grupo o conjunto de elementos e acontecimentos citados até então tiveram como resultado o deslocamento de ideias, afetos, preconceitos, ações antes tidas como dadas e não questionadas. Que foram além da hierarquia vertical e da horizontalidade, instituindo um coeficiente de transversalidade no grupo em que os especialismos e hierarquias foram questionadas e as falas despessoalizadas. Onde o foco não foi a experiência individual egóica mas as múltiplas determinações sócio-político-ideológico-econômico-sexuais que apontam para o grupo como um campo mais amplo, e as pessoas como sujeitos que são efeito destas relações (BAREMBLITT, 2002).

Segundo Guattari (2004), os coeficientes de transversalidade se destacam em grupos que se instauram como grupo-sujeito, isto é, aqueles grupos que buscam assumir sentido próprio, enunciar, ouvir e ser ouvido, os que saem da hierarquia da estrutura e vão além dos objetivos e interesses individuais do grupo. Para isso, o grupo-sujeito sai da postura assujeitada em que recebe passivamente as determinações do exterior e recusa à mudança. Desde o princípio, o grupo enunciou seus próprios rumos e desejos, me levando a assumir o grupo como um sujeito próprio, com seus interesses e vontades – assinalando seu potencial clínico de produção-invenção de subjetivações.

Pela instituição de um grupo-sujeito, J.A relatou não usar os medicamentos prescritos, confiando no grupo este segredo. O coletivo buscou compreender sua vivência, apontar os riscos de ele estar fazendo isso, mas também acolher e colocar-se na função de testemunho. Isto ocorreu no segundo encontro e foi importante para fortalecer os laços entre nós. E, ao mesmo tempo, produzir deslocamentos que foram além de J.A, trazendo toda uma estrutura de

poder instituída que afetava os participantes e atravessava o grupo – como os mitos da doença mental, os efeitos dos medicamentos e as relações de poder, abordadas nas seções anteriores.

Abaixo abordamos algumas outras experiências e acontecimentos que falam do potencial clínico do grupo.

5.5.5.1 “Meus espelhos são tapados, eu não gosto de mim”

Zé Ninguém, durante a entrevista, me contou que nos últimos anos teve um aumento considerável de peso por causa do medicamento. Quis que ela me contasse mais sobre isso, mas no momento ficou reticente. Após alguns minutos, ela abordou o desejo futuro de fazer um implante nos dentes para, logo após, dizer que na verdade não é uma prioridade, mas sim cuidar dos seus netos. Confiando no nosso vínculo construído ao longo dos últimos meses, pergunto sobre sua autoimagem, retomando a questão do peso e dos dentes.

Zé ninguém me respondeu que todos os espelhos de sua casa são tapados com um pano: “eu não gosto de mim”, apontando questões como seu peso, o mal-estar com seu sorriso, sua idade, a solidão. Me doeu escutá-la, sobretudo por conhecê-la há alguns meses no acompanhamento no CAPS e isso nunca ter surgido como uma questão nas discussões de caso e atendimentos. Zé ninguém está há mais de três anos indo e vindo entre os CAPS e me contou que sua autoimagem, o aumento de peso, os dentes, nunca foram tema de seu PTS. Naquele dia lembro que conversamos sobre como olhar para isso parece ser central no que ela traz como sofrimento, para além das queixas sobre os netos e familiares que são comumente tema de seus atendimentos.

Voltei a esta cena com Zé Ninguém algumas vezes, pensando sobre que cuidado temos conseguido realizar no modo com que os processos de trabalho estão estruturados no CAPS. Grupos terapêuticos com 12 a 30 pessoas, em que cada semana entram e saem pessoas novas, atendimentos curtos, pouca discussão de caso, casos já cronificados em que parece que nós já fizemos de tudo e, por isso, entende-se que faltaria ação da parte do usuário e familiares. Como estes “não fariam” o que solicitamos, vamos deixando... tornando a pessoa parte do serviço e perdendo a dimensão de inventar novas saídas para os mesmos problemas - ou buscar novas escutas a demanda que vem junto com a repetitiva queixa.

Algumas semanas depois desta cena, já no sexto encontro do grupo, cheguei no CAPS e fui informada que Zé ninguém não viria ao grupo. Mal começamos o encontro, ela entrou na sala e se sentou em meio a roda. Em meio aos vários temas conversados neste dia, J.A contou no grupo que às vezes se olhava no espelho e não reconhecia a si mesmo. Em sequência, Zé

ninguém também falou do espelho, contando que os de sua casa eram tapados e que não gostava de si mesma. Isto levou aos participantes a contarem sobre a relação que possuem consigo mesmos e como entendem que a mudança “não vem do dia pro outro”: alguns também não gostavam de si, outros após um longo processo contaram que hoje sentem que estão bem consigo mesmos, um disse que já esteve na pior e hoje está colocando implante nos dentes e aprendendo a se amar.

Nesse encontro houve um movimento interessante de nos voltamos para a experiência de Zé Ninguém. J.A a acolheu, falamos sobre autoimagem e possibilidades e dificuldades de realizar mudanças. Todos se escutaram, engataram temas, perguntaram sobre a experiência um dos outros, tivemos momentos de risada que minha barriga chegou a doer. Coisas mais pessoais têm vindo à tona sem muito filtro e está sendo respeitado, acolhido. Dessa vez, Zé ninguém se diminuiu um pouco menos, falou da família um pouco menos, escutou os participantes a acolherem e elogiarem e demorou um pouco mais de tempo pra se defender do que usualmente. Parece que algumas frestinhas à mudança estão se abrindo no grupo...

(diário de campo, encontro de 30/09/2024)

Ainda que os espelhos sigam tapados, algo diferente pôde passar. Em meio a tanta cronificação, resignação e exaustão dos usuários e profissionais no CAPS, sinto que a sensibilidade de notarmos o nascimento do novo e sermos afetados por isso é uma ferramenta vital para o nosso trabalho clínico na atenção psicossocial³⁶. Lembrar que o miúdo também move mundos.

5.5.5.2 Um almoço e uma acolhida

Era o sétimo encontro do grupo e já havia um tempo que estava me perguntando sobre Isaque, participante que até o momento só tinha vindo uma vez. Ele tinha questões com esquecimento, morava em um bairro mais distante e passava a segunda de manhã no CAPS. Nosso grupo era segunda às 13h30 e o CAPS não ofertava almoço, apenas lanche. A equipe tentou bolar estratégias para ele participar, eu também, mas de nada adiantou. Depois, também acabei descobrindo que ele não estava em um bom momento com sua saúde mental.

Neste sétimo encontro cheguei mais cedo junto a Nayara, farmacêutica que fora convidada para participar deste encontro. Era perto do almoço e do fim das oficinas da manhã, e encontrei Lima e Isaque saindo da aula de música. Conversamos sobre Isaque não conseguir

³⁶ Hoje vejo a residência como uma estratégia de revitalização do SUS. Ao longo desses quase dois anos, conversei com várias profissionais do município que falaram sobre o lugar de incômodo, ânimo, esperança, desconforto que os residentes trazem aos serviços – como um olhar de fora, fresco, muitas vezes empolgado e ingênuo pode reverberar e movimentar toda a atmosfera institucional.

participar e como seria legal ter sua presença, sobretudo naquele dia com a presença de uma convidada. Isaque contou que não dava tempo de ir pra casa e voltar e que sentiria muita fome se ficasse no grupo. Enquanto eu pensava em algum jeito de fazer acontecer, Lima interrompeu meus pensamentos e o convidou para almoçar em sua casa. Isaque deu risada como se não acreditasse, logo topou.

Era 13h30 e os dois vieram ao grupo, Isaque conseguiu participar do início ao fim do encontro. Alguém comentou sobre sua ausência nas últimas semanas e ele sorriu ao contar que almoçou na casa de Lima com a família do colega e por isso conseguiu vir. Lima disse que não era nada demais – parece que agiu sem pensar na dimensão do que aquilo significava. Depois conversei com algumas pessoas da equipe sobre esta situação, e descobri que foi um caso que não marcou apenas Isaque. Pelo vínculo que se formou para além do CAPS, pela possibilidade de ele comer bem, por ele ter participado de uma atividade mesmo quando não estava bem, por instaurar um novo movimento nos mais de dez anos que Isaque estava fazendo tratamento em CAPS, foi algo que reverberou na equipe. Um convite, às vezes, pode ser uma abertura para algo novo.

Por coincidência, ou o que quer que seja, neste mesmo dia outro convite foi realizado. Enquanto Lima e Isaque não voltavam do almoço, um pouco antes de iniciar o grupo fui até a recepção do CAPS. Simon me parou e pediu que uma colega sua que faz as atividades do CAPS no período da manhã participasse do nosso encontro. Eu fiquei um pouco desconcertada na hora, já pensando no comitê de ética e os acordos do grupo uma vez que era fechado para os participantes que estiveram na entrevista. Simon entendeu minhas questões, mas insistiu: “é que ela não tá muito bem hoje, veio pro CAPS pra não ficar sozinha... ela precisa de companhia”.

Perguntei ao grupo se tudo bem ela participar naquele encontro e todos aceitaram. Combinamos que era um encontro diferente, dada a presença de Nayara e o tema ser focado nos efeitos das drogas. A participante nova que antes começara triste e quieta, ao final foi uma das que mais puxou o grupo. Falou sobre o seu tratamento e como impactava seu trabalho e sua relação, abordou situações de preconceito na unidade de saúde por ter transtorno mental, tirou várias dúvidas sobre os efeitos dos medicamentos para entender melhor como ele estava afetando a sua vida. Já no sétimo encontro, ela trouxe novos ares para o grupo e novos olhares para o que já vínhamos discutindo.

Alguns dias depois, um profissional contou que essa usuária compartilhou que foi importante ter sido acolhida naquele momento pelos participantes do GAM-RD. Penso que o

grupo teve essa força: não só acolheu quem já estava ali, mas convidou outros a serem acolhidos e afetados por ele.

5.5.5.3 “O que a vida quer da gente é coragem”

Ali pelo terceiro encontro senti necessidade de ir além do guia GAM colocado ao lado do chá – já estava posicionado com a pretensão de convidar os participantes a leitura. No entanto, ninguém nunca o folheou. Passei, então, a colocar uma toalha no chão com os materiais que utilizava de referência para o grupo: guia GAM, materiais de RD, bulas de diferentes medicamentos, leis, carta dos direitos dos usuários, livro sobre medicamentos psiquiátricos, poesias etc. Tudo isso passou a ficar no chão no centro da nossa roda.



Foto 2 – Materiais no centro da roda (diário de campo)

Mais alguns encontros se passaram e ninguém falava, sequer parava para ver aqueles materiais. Ali pelo oitavo encontro, Simon perguntou sobre medicamentos para ansiedade e fez questão de me agachar, pegando as bulas e materiais que podiam conter sua resposta. Claro que fiz isso estrategicamente para ver se alguma atenção era dada àquele cantinho. Estendi os materiais para Simon, que continuou sentada na cadeira, e pediu para eu falar mais sobre aqueles remédios. Lembro de sentir um incômodo, de novo eu assumindo o grupo? Respondi com esse incômodo, perguntando se ela não gostaria de levar aqueles materiais para casa e nos contar sobre o que descobriu na próxima semana.

Simon se levantou, se agachou ao meu lado e rapidamente começou a pegar os materiais que tinha interesse. Disse que iria levar pra casa e convidou as outras participantes a fazerem

o mesmo, estendendo a bula de lítio pra quem tomava lítio, quetiapina pra quem tomava quetiapina e por aí foi. Depois disso, nos próximos e dois últimos encontros, todos sem exceção começaram a parar para dar uma olhadinha no que estava no meio da roda.

Foi neste mesmo encontro com Simon que conversamos sobre o desligamento de Lima. Ele que era assíduo em todos os encontros, não estava nesse. Naquele dia recebera alta do CAPS. Ainda que tenha dito a ele e aos participantes que o combinado era de não haver desligamentos durante o período do grupo, que seria um processo mais cuidadoso acordado com a equipe. Não à toa virou um tema para o grupo, que neste texto está mais bem narrado na parte sobre projeto terapêutico singular. De todo modo, depois deste oitavo encontro mandei uma mensagem a ele, convidando-o para participar do grupo mesmo assim, sabendo que talvez não fizesse sentido voltar ao CAPS após ter sido desligado, mas apontando a ele a importância que ele tinha para o nosso coletivo.

No nono encontro, Lima apareceu no grupo. Conversamos bastante sobre como ele se percebia melhor, contou que estava refletindo sobre toda sua trajetória de vida e adoecimento, estando feliz por estar começando um novo caminho. Algumas vezes na sua fala, no entanto, Lima relatou ter sido um desligamento inesperado, brincando que imaginou que receberia um certificado ou algo do tipo, já que era a primeira vez que conseguira “concluir” um tratamento. Conversa vai, conversa vem, naquele encontro tivemos boas trocas com todos os participantes e combinamos como seria a confraternização de finalização do grupo.

Depois deste novo encontro, na hora do lanche, cada um se sentou em uma cadeira e ficamos conversando amenidades. A toalha com materiais seguia no chão. Alguns já se levantavam preparando-se para ir embora, ao que reparei que Lima estava sentado vidrado em um dos papeis no chão. Até virava a cabeça para tentar lê-lo. Peguei o papel e o entreguei. Alguns segundos depois ele começou a falar alto: “mano, é isso! é exatamente isso! ele tá falando da minha vida, isso aqui sou eu”. Perguntei se ele podia ler ao grupo, já que não sabíamos do que ele estava falando. Lima se levantou e leu para todos um trecho de Guimarães Rosa: “O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

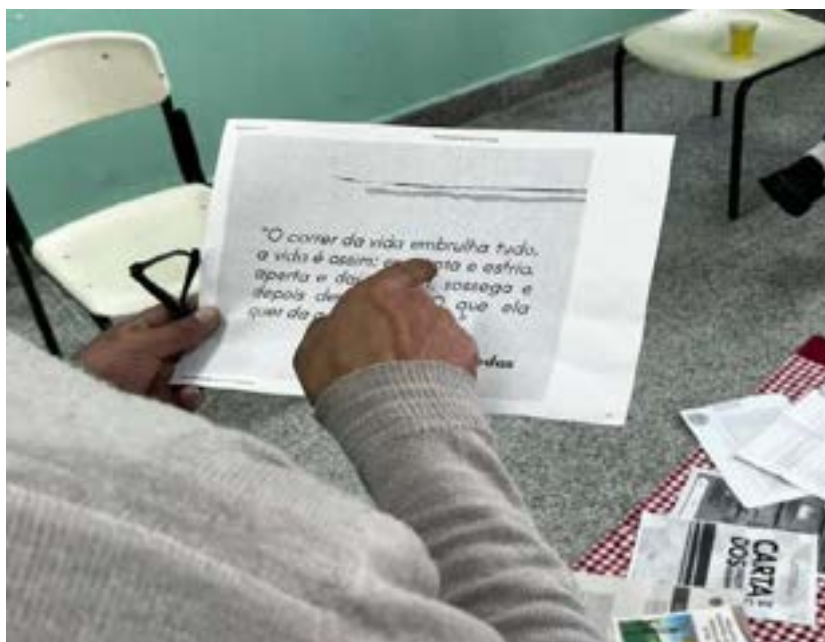


Foto 3 – O que a vida quer da gente é coragem (diário de campo)

Lima nos contou sobre como se via em casa frase, falando como sua vida esquentou, esfriou, apertou, afrouxou, sossegou e desinquietou. E leu de novo. Quem estava indo embora não foi. Todos ficaram com as ressonâncias daquelas palavras, como se ecoassem pela sala e fizessem cada um ser levado para um mundo particular. Interrompi o silêncio para dizer a Lima que esse parecia ser o certificado que ele tanto queria. Ele sorriu, nós também. Anotamos a data no verso e ele levou com ele: o papel, a poesia, a coragem.

5.5.6 Educação (popular) em saúde

Além do potencial clínico abordado, aponta-se o grupo como um dispositivo de educação em saúde no SUS, uma vez que buscou criar uma sensibilização e apropriação sobre o tema das drogas e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado (BRASIL, 2012). Entende-se que a educação em saúde possui um papel central no SUS, ao potencializar a promoção e prevenção em saúde e incidir também na esfera do controle social, compreendendo a importância de a população conhecer e compor os espaços de participação social, para que estes locais respondam às necessidades da população daquele território.

Um dos rumos do trabalho também foi a educação popular em saúde³⁷, a qual entende que o saber popular faz parte e deve ser difundido no SUS. Nesta direção, o grupo partiu da

³⁷ A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) foi instituída em 2013 pela Portaria 2761/2013.

concepção de que todos os participantes tinham saberes e essa diversidade foi convidada a aparecer e ser compartilhada com o grupo junto aos saberes técnico-científicos – não colocando uma em detrimento de outra, mas entendendo que ambas constituem práticas de cuidado. Destaca-se que tais partilhas mostraram-se potentes como estratégias de ampliação da autonomia e promoção e prevenção em saúde.

Entende-se que a estratégia GAM e a redução de danos coadunam com a educação popular em saúde, uma vez que priorizam o protagonismo e autonomia das pessoas que tem experiência de consumo de drogas e, também, apontam para a dimensão política de exercício e construção de direitos como estratégias de cuidado. Assim, o grupo pôde trabalhar as experiências singulares também como saberes que possuem lugar fundamental no tratamento, estimulando-os a reconhecer estes conhecimentos em si, no seu território e comunidade e difundi-los no grupo e na instituição.

Um outro momento em que trabalhamos mais enfaticamente a questão da educação em saúde foi, como já citado, um encontro com a farmacêutica³⁸ Nayara. Neste dia, abordamos informações, discutimos estratégias de tratamento e cuidado e avaliamos os recursos de cada um – medicamentos, mas não só. Este momento do grupo possibilitou uma potencialização da estratégia de educação em saúde, por ter proporcionado o compartilhamento de conhecimentos sobre a saúde com uma troca horizontal em que cada um pode trazer suas experiências, dúvidas e comentários abertamente. Pela perspectiva em comum com a convidada, foi possível abordar de modo expressivo a questão dos direitos dos participantes como usuários cidadãos do SUS e canais para o exercício de seus direitos.

Em outro encontro, retomou-se esta temática e houve uma partilha sobre violações de direito e quais são os canais de denúncia e meios de enfrentamento coletivo frente a tais violações. Também abordamos a importância do controle social e meios de exercer a participação nas políticas públicas, compartilhando os locais dentro do município para tal. No contexto do CAPS, foram apontadas informações sobre o projeto terapêutico singular e a transferência de cuidado, bem como a importância da assembleia mensal como meio para realizar reclamações, buscar melhorias e fomentar a participação dos usuários no

³⁸ No projeto de pesquisa aprovado no comitê de ética em pesquisa (CEP) estava previsto a possibilidade destas participações externas. A fim de garantir a confidencialidade das informações pela convidada, foi solicitada a assinatura de um Termo de Confidencialidade – o qual está no anexo 6 neste trabalho e foi aprovado pelo CEP no parecer disposto no anexo 1.

funcionamento do serviço. Tais momentos tiveram a participação ativa e crítica dos participantes que abordaram suas próprias experiências e saberes acerca destes temas.

Um último momento a ser destacado nesta seção ocorreu no último encontro do grupo. Na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental ouvi um cordel de Adebald Ferreira, advogado, poeta, brincante e cantador, como ele se autodenomina. Adebald compartilhou um de seus cordéis em que aborda a experiência transformadora de participar em grupo de gestão autônoma da medicação em um CAPS AD III em Natal, no Rio Grande do Norte. Lembro que quando o ouvi no auditório, a ideia da pesquisa com o GAM-RD ainda estava nascendo, mas ao escutar, tive certeza de que era o caminho que queria tomar.

No último encontro compartilhei este cordel com o grupo. Colocamos Adebald para tocar no computador, onde ouvimos ele falar um pouco de si e, depois, lemos juntos seu cordel. Coloco-o nesta seção pois Adebald foi tido pelo grupo como um par, e ao lê-lo e ouvi-lo, possibilitou dar lugar, valor e reconhecimento a experiência e ao conhecimento de usuários – o que é tão ausente nos serviços de saúde. Assim, compreende-se que ouvir e conversar sobre cordel, sobre arte, sobre experiências, também pode ser um modo de educação (popular) em saúde.

Cordel sobre a participação no grupo de Gestão Autônoma de Medicação

Eu sou um poeta cantador
E o meu verso é fecundo
Contador de coisas em versos
Sou primeiro sem segundo
Para mostrar que eu sou
Recitar nesta hora eu vou
Sobre um problema profundo

Sou o advogado e poeta
Brincante e um cantador
Da irmandade dos galegos
Feios eu sou seu fundador
E agora neste momento
Vou contar meu tratamento
No grupo de GAM inovador

Amigos eu vou contar
A minha atual situação
As doenças que eu sofro
E sobre toda medicação
Que eu tomava todo dia
Pois o médico prescrevia
E não tinha uma solução

Às seis da manhã eu tomava
Um Losartana para a pressão
Um Glicamin para o diabetes
Escitalopram para depressão

Omezaprol contra a acidez
Carbolítio pela primeira vez
Para o humor sem alteração

À tarde logo após o almoço
Um Andilopino para pressão
Um Carbolítio mais uma vez
Para o humor sem alteração
Um glicamim e um Tiamina
Mais Ácido fólico era a sina
Para mim muita medicação

Às 18 h outro Losartana
Mais um outro Glicamim
2 diazepans para eu dormir
Mais outro Carbolítio enfim
Olanzapina de 5 e de 10
Os verdadeiros coquetéis
Que receitavam para mim

Sou um alcóolatra e portador
De dois transtornos mentais
Bipolaridade e esquizofrenia
Três doenças muito infernais
Eram dezessete comprimidos
Todo dia por mim ingeridos
Uma dosagem alta de demais

Era remédio para o diabetes
E para controlar minha pressão
E para os episódios de delírios
Como também para alucinação
Quanto mais remédio tomava
Mais era que eu me aperreava
E aumentava minha depressão

A Olanzapina que eu tomava
Era para delírio e alucinação
Mesmo assim eu via bichos
Partindo em minha direção
Continuava o meu martírio
Sofrendo um grande delírio
Da constante perseguição

Dois diazepans eu tomava
E dormir eu não conseguia
Acordava vez em quando
Era grande minha agonia
Hoje no chá de manjerição
Encontrei uma boa solução
Eu durmo até o raiar do dia

Foi então que me convidaram
No CAPS para uma participação
Num grupo da universidade
Dos cursos de pós-graduação
E toda terça-feira pela manhã
Eu participo do grupo de GAM

Foi então que eu descobri
Que há trinta anos existia
No Canadá uma experiência
Onde a medicina lá discutia
Que em qualquer medicação
O paciente na sua gestão
Terá uma certa autonomia

Foi então que eu decidi
Procurar uma nova opção
Buscar novo tratamento
Com menos medicação
Fazer um maior sacrifício
Praticando mais exercícios
Melhorando a alimentação

Descobri que folhas verdes
Consumidas regularmente
Para a pressão e o diabetes
Elas controlam eficazmente
E que sem bebida e sem sal
A nossa pressão arterial
É controlada naturalmente

E que reduzindo o açúcar
Doces, bolos, refrigerante
Nossos níveis de glicemia
Caem de forma impactante
Para os transtornos mentais
A terapia é bem mais eficaz
Que medicação intoxicante

A indústria farmacêutica
Investe os bilhões de reais
Criando os medicamentos
Com seus fins comerciais
Sem ligar para o lado ético
Controla no campo médico
Nossos transtornos mentais

Hoje há a um certo tempo
Com bem menos medicação
A glicemia está controlada
Doze por oito é a pressão
Convivo com meus delírios
E assim os meus martírios
Estão em níveis de aceitação

Hoje só quatro comprimidos
Sendo dois pela manhã
Um Carbolítio de trezentos
Mais outro Escitalopram
Mais 2 Carbolítios de 300
Eu reduzi os medicamentos
Graças ao Grupo de GAM

Descobri que toda doença

Sendo melhor entendida
Você participando também
Na receita que for definida
Dá para com ela conviver
E até o dia de você morrer
Terá mais qualidade de vida

Será bom se eu apresentar
Neste Fórum internacional
Na universidade de Stª Maria
No campo da saúde mental
E dizer ser nenhum aperreio
Que este doido galego feio
É um doido-poeta bem legal

Adebal Ferreira

Breves anotações sobre transtornos mentais por um alcoólatra, 2020

5.5.7 Como foi o grupo pra vocês?

No último encontro, após a leitura e troca sobre o cordel de Adebal, conversamos sobre como foi a experiência do grupo GAM-RD para os participantes. De início, abordei a minha surpresa por vários temas que surgiram ali usualmente não aparecerem em atendimentos ou outros grupos, como a confissão da não tomada de medicamentos, a conversa sobre sexualidade, a troca sincera sobre o abuso de medicamentos. Por isso, perguntei a eles o que entendiam que pode ter influenciado a ter realizado estas trocas no grupo.

Simon: “Aqui o grupo não é com a médica, a gente pode falar mais.”

Lima: “Tem profissionais que a gente tem mais abertura, outros não, não adianta falar...”

Ysilone: “Aqui é um pouco mais aberto, é um aconchego, já o médico recebe a gente como uma muralha, muita formalidade...”

(diário de campo, encontro de novembro de 2024)

Um dos principais fatores elencados parece ser a questão da relação de poder com os médicos, como se com eles não pudessem falar certas coisas ou fossem tratados de um modo que não se sentem confortáveis. Embora isso só tenha sido colocado aos médicos, ao longo dos encontros, evidenciou-se que são dinâmicas que também ocorrem com trabalhadores de outras profissões da saúde. Além disso, foi abordada a questão do vínculo com o profissional como importante para gerar abertura para falar, ponto que em um dos encontros foi elencado como principal fator para seguirem no tratamento: ter confiança na pessoa que os atende.

Não foi possível adentrar neste assunto de modo a compreender melhor quais fatores são determinantes para desenvolver a confiança e o vínculo com os trabalhadores, a fim de auxiliar na adesão ao tratamento. Contudo, nas trocas do grupo foi possível ter algumas pistas

nomeadas pelos participantes que parecem importantes e que auxiliam no cultivo do vínculo: a) postura dos profissionais de acolhimento, não julgamento, disponibilidade de escuta; b) respeito às experiências e sentidos atribuídos pelos usuários; c) reconhecimento das relações de poder existentes, abordando-as como fatores que impactam o tratamento; d) busca de relações dialógicas visando maior horizontalidade e/ou transversalidade, buscando incidir na dimensão do aumento de contratualidade; e) identificação com o profissional, tendo vivências, histórias, marcadores sociais similares ou abertura do profissional para tentar se aproximar da realidade do outro; f) como trabalhadores do CAPS, ter momentos de troca para além dos atendimentos individuais, como em grupos, oficinas, cooperativas de geração de renda, visitas, tendo espaços e atividades de convivência comunitária no território – entendendo que são oportunidades de conhecer outros lados dos profissionais e dos usuários e podem aproximar a relação.

Estas foram algumas percepções iniciais que parecem ter sido importantes para a criação e fortalecimento de vínculos, questões que venho pensando e trabalhando no cotidiano como residente e que no grupo evidenciaram-se como estratégias e posturas que também possuem um potencial terapêutico. Para finalizar, perguntei como foi a experiência de participar do grupo.

Lima: “Entre aqui porque a bebida era meu remédio. Na alegria eu tinha que beber, na tristeza também. O grupo foi bacana porque entendi que era como um remédio pra mim... Aqui nós fizemos amizade e confiança, a gente se identificou, se achou de um jeito ou de outro. Aqui a gente fala coisas que não fala nem pro pai e pra mãe... Cada um diferente do outro e no seu limite cada um se expôs.”

Ysilone: “Depois que eu disse sim que ia participar do grupo veio uma vizinha na minha cabeça e disse ‘parabéns, você vai participar de terapia em grupo’. Eu odeio terapia em grupo. Mas aqui é diferente, eu posso me expor de verdade... Cada um tem seu tamanho e espaço e aqui a gente coube.”

J.A.: “Aqui não tinha só você pra ouvir, mas todo mundo”

Vitor: “Eu sento aqui e aprendo, escuto, me fortifico... O grupo foi muito bom, se continuasse eu ficaria o ano todo. Sou mais quietinho, mas fico escutando. Tô muito melhor que entrei, tô muito feliz”

(diário de campo, encontro de novembro de 2024)

Para finalizar esta seção e partir para as conclusões deste trabalho, destaco o que, para mim, foi um dos grandes marcos desse grupo: A instituição de um lugar para se expressar, se expor de verdade, em que todos puderam caber. Não se apertando, se contendo, buscando fazer-se caber, como afirmaram vivenciar em diversos espaços em que devem se adequar e aderir ao tratamento, às regras, sempre impostas pelos outros. Ali, coletivamente, foi construído um espaço onde todos eram e sentiam-se escutados, onde, com tantas diferenças, pôde-se estar. E pertencer.

6 Considerações finais

Essa pesquisa nasceu como uma tentativa de responder a alguns incômodos. Ao terminar, percebo que só fez surgir e crescer vários outros. O método da pesquisa-intervenção, a abordagem da cartografia e a análise institucional permitiram levar a sério essas afetações e torná-las guias do caminho de pesquisa, por entenderem que essas afetações são efeitos de vetores de força em disputa que atravessam a rede de atenção psicossocial, os serviços e a nós que compomos estes espaços.

Costa-Rosa (2000) aborda este jogo de forças no campo da saúde mental em termos de diferentes paradigmas: o asilar e o psicossocial. O modelo asilar enfatiza as determinações orgânicas, a individualização e a normatização gerando relações de trabalho fragmentadas e hierarquizadas, como disse Vitor, neste paradigma “é o médico que manda”. Já o modelo psicossocial considera como determinantes no sofrimento os fatores políticos, biopsicossocioculturais, acompanhando não só o sujeito, mas a rede social, visando a reinserção social, tendo uma direção de trabalho horizontal e integrada (COSTA-ROSA, 2000).

O paradigma psicossocial seria uma “insistência instituinte” que tem como base as práticas da reforma psiquiátrica, mas que, para Costa-Rosa (2000), com facilidade pode recair na repetição das práticas do paradigma asilar que pretende superar. Entende-se que o modelo manicomial coaduna com as formas hegemônicas de organização institucional e com as práticas e discursos sociais, logo, ele há de preponderar ao reincidir-se no jogo de forças dos modelos de cuidado. Com Amarante, pode-se pensar no paradigma asilar como a serpente da fábula oriental que, mesmo que tenha saído do corpo social como principal e único modelo, suas lógicas seguem presentes e dominantes.

Estas disputas surgiram nas narrativas do grupo e puderam ser aprofundadas neste trabalho, revelando que as práticas de exclusão, silenciamento e hierarquização se fazem presentes no cotidiano da rede, e são tão incorporadas por nós que por vezes podem parecer imperceptíveis. O trabalho de aprofundamento teórico-conceitual em estratégias que dialogam com a atenção psicossocial foi importante para construir um arcabouço que busca incidir nessa disputa e construir práticas outras de cuidado, neste caso, a gestão autônoma da medicação e a redução de danos.

Ambas se mostraram como estratégias ético-políticas com grande potencial crítico ao modelo asilar e às forças proibicionistas e medica(menta)lizantes, pois propõem o protagonismo das pessoas em sofrimento e/ou que usam drogas o que, por si só, problematiza

as relações hierárquicas e reprodutoras de estigmas no campo da saúde. Além disso, são estratégias que prezam pela singularidade e que focam nas pessoas, fazendo o movimento basagliano de colocar a doença, no caso, as drogas, entre parênteses.

Como resultados, ou efeitos do grupo GAM-RD, foi a abertura de espaço para o que parecia sem lugar nas instituições: a experiência das pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas, que abusam dessas substâncias e que não encontram lugar para falar sobre isso com seus pares – ao menos não sem a presença de olhares tortos, julgamentos, proibições, prescrições. Partindo do protagonismo dos participantes, o grupo pôde ser constituído coletivamente como um espaço de acolhimento, compartilhamento de experiências e cuidado mútuo entre pares. E, acima de tudo, como local de afeto.

Neste movimento, foram vários os deslocamentos produzidos ao longo do grupo. Como apontam as linhas de análise, houve uma ampliação do protagonismo dos participantes em seu tratamento de saúde mental, onde passaram a solicitar atendimentos, ler bulas, abordar sobre a autogestão de medicamentos com os profissionais, perguntar sobre o seu projeto terapêutico singular. Tudo isso veio acompanhado de um fortalecimento de seus lugares como protagonistas de si e de seu cuidado e, por consequência, de um questionamento das relações hierárquicas de saber-poder e dos estigmas negativos impostos e incorporados.

Também apareceram narrativas de silenciamento (ou hipermedicamentação) de situações de crise e experiências frequentes de internamento em hospitais psiquiátricos – todos os dez entrevistados passaram por internamentos, quatro deles mais de cinco vezes. Isso nos levou a refletir sobre os efeitos da persistência do hospital psiquiátrico e de comunidades terapêuticas como um “escondouro” da rede que, muitas vezes, acaba por gerar uma desresponsabilização dos serviços do território em situações de crise. Entende-se que este contexto parece cronificar nossas ações em saúde, tendo o internamento sempre como uma opção e, ao mesmo tempo, nos usuários e familiares, tende a restringir a produção de outras compreensões do adoecimento e de estratégias de cuidado em rede.

No compartilhamento de experiências sobre o consumo de drogas o tema principal foram os medicamentos. Estes se despontaram como objetos repletos de sentidos pessoais que vão muito além do mero tratamento em saúde mental, mostrando-se como apoios quando ninguém mais foi, como ferramentas para lidar com a dor do luto, como forma de se sentir seguro. O que denotou a importância deste tema fazer-se presente a fim de entendermos qual o sentido que as pessoas atribuem ao consumo e/ou abuso de drogas. Como abordado pelos participantes, a resposta de muitos profissionais da saúde diante do abuso de medicamentos é

apenas desprezever, recomendar a abstinência ou reiterar a prescrição original o que, na maioria das vezes, mostra-se ineficaz, sobretudo quando não é acompanhado de uma escuta compreensiva e uma conversa dialógica a respeito do consumo.

O grupo com sua direção de ajuda-mútua possibilitou a aparição dos lugares que as drogas ocupam, relacionando-as com momentos de dor, lutos, saudades, alegria, êxtase, solidão. De modo geral, as drogas surgiram como um modo de lidar e (sobre)viver – por vezes, o único modo, o que levava ao uso prejudicial, mas na maioria das vezes, apenas uma forma entre várias outras de lidar com a vida. Diante disso, o papel do grupo não foi fazer com que o consumo fosse interrompido, diminuído ou sofresse qualquer tipo de intervenção. Nosso papel foi cuidar desses modos, com afeto, com escuta, com presença, com reflexão. E, por meio da educação em saúde, trocar sobre a gestão de riscos e prazeres, partilhando informações sobre os efeitos, riscos e danos para que a escolha do consumo seja feita de modo informado e consentido.

Essa direção do grupo produziu alguns deslocamentos nos participantes que puderam ser acompanhados ao longo do processo grupal, os quais valem ser destacados. Simon, que sempre teve os medicamentos como um aspecto central de sua vida, no penúltimo encontro disse que entendera que “menos é mais” e que ter o espaço de reflexão do grupo mudou sua vida. J.A foi acolhido e fortalecido em sua escolha de não tomar medicamentos e com o apoio do grupo decidiu deixar de guardar este segredo dos profissionais. Ysilone aprendeu que chá de erva-cidreira tem quase o mesmo efeito em seu corpo que 15 gotas de clonazepam. Zé ninguém sorriu, riu, fez sorrir e rir, abraçou e tomou chá de hibisco – coisas que não fazia há muito tempo. Lima ressignificou sua história de sobrevivências e pôde, com coragem, dar um novo passo em sua trajetória de vida. Vitor passou a falar de si sem a centralidade do diagnóstico. Isaque fez uma relação de amizade que saiu dos muros do CAPS. Thalia, que sempre atrasava ou faltava no serviço, continuou chegando atrasada, mas compareceu em todos os encontros e, a seu modo, participou do grupo. Estes movimentos podem parecer pequenos quando descritos, mas como os próprios participantes disseram, só quem vive esses deslocamentos sabe o quanto custaram e o valor que eles tiveram.

Esta pesquisa foi intitulada, “cada um tem seu tamanho e espaço e aqui a gente coube”, a partir de uma fala de Ysilone sobre sua experiência na pesquisa. Essa frase foi escolhida, pois faz pensar sobre a importância de construirmos lugares em que ninguém precisa se encaixar, fazer-se caber, usar máscaras, mentir sobre seu consumo. Onde, cada um do seu modo, tamanho, jeito, uso, pode pertencer. Onde as diferenças cabem.

Com o acúmulo realizado até o momento e os efeitos sentidos nesta pesquisa, conclui-se que a gestão autônoma da medicação e a redução de danos são estratégias potentes, de fácil operacionalização e baixo custo, que podem ser implementadas nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial – sejam CAPS ou Unidade de Saúde, seja no modelo de grupo, individual ou, até mesmo, como estratégia norteadora de todo o serviço. Reivindica-se sua importância, uma vez que retomam os valores da reforma psiquiátrica e buscam incidir em problemáticas atuais no campo de saúde mental, como os efeitos da epidemia de drogas psiquiátricas e da guerra às (pessoas que usam) drogas.

7 Referências bibliográficas

ACSELRAD, G. (org.). A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos* [online]. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 183-212. ISBN 978-85-7541-536-8. Disponível em: [doi:10.7476/9788575415368](https://doi.org/10.7476/9788575415368). Acesso em: dez. 2024. Disponível também em ePUB: <http://books.scielo.org/id/bgqvf/epub/acselrad-9788575415368.epub>.

AKOTIRENE, C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen, 2018.

ALMEIDA, M. R.; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Nuances: Estudos sobre Educação*, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 942-943, 2007.

AMORIM, M. A. O que pode o esquizodrama: inovações em intervenções clínico-institucionais: trajetórias singulares intensivas. 2023. 230 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2023.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AVARCA, C. A. DE C. Drogas e autonomia em tempos de contrafissura. 2021. 245 p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado” [1965]. In: BASAGLIA, F. (Ed.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 23–34.

BASAGLIA, F. Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional [1967]. In: BASAGLIA, F. (Ed.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 73–89.

BASAGLIA, F.; GIANICHECKA, M. G.; EQUIPE DE TRIESTE. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica [1977]. In: BASAGLIA, F. (Ed.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 237–257.

BICHUETTI, J. Cuidando de crise. Notas sobre o cuidado de crise nos dispositivos terapêuticos da Reforma Psiquiátrica. S/d.

BRAGA, C. P. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 198-213, dez. 2019.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. *Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: dez. 2024.

BRASIL. Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 nov. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: dez. 2024.

CARNEIRO, H. A fabricação do vício. Excerto do texto apresentado na conferência "A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina", XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG), Belo Horizonte, 15 jul. 2002.

CFP. *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Vendas de medicamentos psiquiátricos disparam na pandemia. 2023. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do->

[cffi/16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psiquiatricos-disparam-na-pandemia#:~:text=Levantamento%20feito%20pelo%20Conselho%20Federal,da%20pandemia%20de%20Covid%2D19](https://cffi16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psiquiatricos-disparam-na-pandemia#:~:text=Levantamento%20feito%20pelo%20Conselho%20Federal,da%20pandemia%20de%20Covid%2D19). Acesso em: 31 mar. 2024.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

COSTA, R. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

DAVID, E.; VICENTIN, M. C. G.; SCHUCMAN, L. V. Desnortear, aquilombar e o antimanicolonial: três ideias-força para radicalizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 29, n. 3, 2024.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v. 3.

DHAR, A. Alternativas com o mínimo de medicamentos necessários para a psicose. *Mad in Brasil: Ciência, psiquiatria e Justiça Social*, 2021. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/06/alternativas-com-o-minimo-de-medicamentos-necessarios-para-a-psicose/>. Acesso em: dez. 2024.

FERRAZZA, D. A.; REZENDE, M. A. P. Por um modo de pesquisa subversivo e insurgente: fragmento de uma experiência cartográfica. *(des)troços: revista de pensamento radical*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. e51720, jan./jun. 2024.

FERREIRA, A. *Breves anotações sobre transtornos mentais por um alcoólatra*. Rio Grande do Norte, 2020.

FERREIRA, I. M. F. et al. Gestão Autônoma da Medicação em CAPS-AD: fronteiras e borregens entre drogas prescritas e proscritas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 13, n. 34, p. 31–53, 2021.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos*, mar. 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização, introdução e revisão de Roberto Machado. 15. ed. Reimp. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANSSON, F. et al. Kidney function in patients with bipolar disorder with and without lithium treatment compared with the general population in northern Sweden: results from the LiSIE and MONICA cohorts. *Lancet Psychiatry*, v. 9, p. 804-814, 2022.

FREI, A. E.; LOMONACO, D. F. F. A metodologia da Gestão Autônoma da Medicação radicalizada às drogas proscritas: proposições éticas e biopotências. *Cadernos do CEAS*, Salvador/Recife, n. 246, p. 92-120, jan./abr. 2019.

FREI, Altieres Edemar. *Reinserções, inserções e deserções: cartografia do dispositivo "reinserção social" para adolescentes com histórico do uso abusivo de álcool e outras drogas*. 2019. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GOETZSCHE, P. *Manual de Psiquiatria Crítica, Capítulo 4: Os distúrbios psiquiátricos são causados por um desequilíbrio químico?* (2023). Traduzido por Letícia Paladino. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2023/07/manual-de-psiquiatria-critica-capitulo-4-os-disturbios-psiquiatricos-sao-causados-por-um-desequilibrio-quimico/>. Acesso em: dez. 2024.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 4. ed. 2004.

GUARRATI, F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

JUNIOR, H. S. et al. *Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa*. Athenea Digital, v. 18, n. 4, p. 1–21, 2020.

KANTORSKI, L. P. et al. Diálogo aberto: pontos críticos da implementação no cuidado à crise psicótica. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 1, p. e190642, 2020.

KIMATI DIAS, M.; MUHL, C. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. *Argumentum*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 60–74, 2020. DOI: 10.18315/argumentum.v12i2.29114.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec, 1996.

MARQUES, M. C.; REICHERT, R. A. (org.). *Vamos falar sobre: políticas sobre drogas, redução de danos, direitos humanos, estigma e prevenção combinada*. São Paulo: É de Lei, 2024.

MIRANDA, G. *Promoção e fortalecimento da contratualidade: gestão autônoma da medicação em um CAPS-AD*. 2021. 59 f. Trabalho de conclusão de residência (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) - Escola de Saúde Pública do Paraná, Curitiba, 2021.

MELLI, M. *A medicalização do consumo de crack no contexto brasileiro de guerra às drogas*. 2023. 115 f. Monografia (Bacharel em Psicologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

MONCRIEFF, J. Entrevista inédita com a Dra. Joanna Moncrieff. *Mad in Brasil: Ciência, psiquiatria e Justiça Social*, 2021. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/10/entrevista-inedita-com-a-dra-joanna-moncrieff/>. Acesso em: dez. 2024.

NASCIMENTO, L. A. DO.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, jan.-mar. 2019, p. 103-121.

OLIVEIRA, D. C. DE. *No corre: o encontro entre a gestão autônoma da medicação e a redução de danos nas práticas de um CAPS-AD*. 2023. 237 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos Saúde Pública: Rio de Janeiro*, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. *Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM): guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos*. Campinas: Unicamp, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. *Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio a Moderadores*. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e pesquisas em psicologia*, UERJ, RJ, Ano 10, n. 1, p. 85-102, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PEREIRA, R. C. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O processo de Reformulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*. 244 p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1297–1314, 2011.

RENAULT, L.; PASSOS, E. Do Isolamento à Cogestão: A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) com Familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, p. e235329, 2022.

RENAULT, L. A abordagem cartográfica na pesquisa-intervenção participativa: o caso da gestão autônoma da medicação (GAM). *Atas CIAIQ: Investigação qualitativa em saúde*, v. 2, p. 1382-1392, 2019.

RIZZO, A. J. H.; CHUEIRI, V. K. DE. Democracia, política e a potência crítica de Jacques Rancière. *Revista Direito e Práxis*, v. 12, n. 3, p. 1711–1740, jul. 2021.

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-104.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jan.-jun. 2014.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. *Desinstitucionalização* [1986]. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 17–60.

RYBKA, L. N.; NASCIMENTO, J. L. DO; GUZZO, R. S. L. Os mortos e feridos na “guerra às drogas”: Uma crítica ao paradigma proibicionista. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 35, n. 1, p. 99–109, 1 jan. 2018.

SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2813–2824, out. 2013.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. M. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec, 1996.

SEIKKULA, J.; ARNKIL, T. E. *Reuniões dialógicas de Redes Sociais: formas de dialogismo no trabalho psicossocial*. Brasília: Editora Fiocruz, 2020.

SOUZA, L. K. DE. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019.

SANTOS, V. E. dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SIMONS, P. A genética pode predizer cerca de 0,5% de “esquizofrenia”. *Mad in Brasil: Ciência, psiquiatria e Justiça Social*, 2020. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2020/08/a-genetica-pode-predizer-cerca-de-05-de-esquizofrenia/>. Acesso em: dez. 2024.

SIMONS, P. Kenneth Kendler: “Implausível” que o diagnóstico psiquiátrico até mesmo seja “aproximadamente verdadeiro”. *Mad in Brasil: Ciência, psiquiatria e Justiça Social*, 2021a. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/12/kenneth-kendler-implausivel-que-o-diagnostico-psiquiatrico-ate-mesmo-seja-aproximadamente-verdadeiro/>. Acesso em: dez. 2024.

SIMONS, P. Antipsicóticos aumentam o risco de demência; nova pesquisa esclarece o motivo. *Mad in Brasil: Ciência, psiquiatria e Justiça Social*, 2021b. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/09/antipsicoticos-aumentam-o-risco-de-demencia-nova-pesquisa-esclarece-o-motivo/>. Acesso em: dez. 2024.

TEIXEIRA, P. J. R.; ROCHA, F. L. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, n. 2, p. 186–196, maio 2006.

WOLF, N. *O mito da beleza - como as imagens da beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

VARGAS, E. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.

VASCONCELOS, E. *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ, 2013.

ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

8 Anexos

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DE UM GRUPO DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE PINHAIS

Pesquisador: ALTIERES EDEMAR FREI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79130524.6.0000.5225

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.944.979

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento Informações Básicas da Pesquisa n.º 2314704., datado em 25/06/2024.

Apresentação do Projeto

O processo de medicalização social consiste em um fenômeno complexo e polissêmico, tendo em comum a noção de uma ampliação da medicina sob o campo social de modo a transformar algumas experiências que compõem a vida em objetos da saúde (FREITAS, 2015). Isto é, há um alargamento do domínio biomédico em problemas da vida que originalmente são de ordem social, cultural, afetiva, moral e/ou política (ALMEIDA & GOMES, 2014), ocorrendo uma redução dos fenômenos à etiologia biológica, de modo a responsabilizar individualmente os sujeitos diante de questões que são de ordem multifatorial.

Um dos fenômenos englobados pela medicalização social é o uso de drogas, temática que será enfocada neste trabalho. Entende-se que o consumo de substâncias psicoativas faz parte da história do ser humano, sendo uma prática que possui diferentes significados ao longo do tempo: ritualísticos, espirituais, recreativos, muitas vezes ligados à expressão dos valores de determinada sociedade (RYBKA; NACIMENTO; GUZZO, 2018). Essa compreensão se transforma durante o século XIX, quando noções como dependência e vício se tornam hegemônicas e o consumo de drogas passa a ser visto como uma doença e um problema social (CARNEIRO,

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4100 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cpa@sesa.pr.gov.br

2002). Por conseguinte, o consumo e a comercialização das drogas são criminalizados, convertendo-se em objeto da saúde e da segurança pública.

A partir desta contextualização do uso de drogas e suas várias dimensões e implicações no campo da saúde, apresenta-se as estratégias de redução de danos (RD) e a gestão autônoma da medicação (GAM) que preconizam o cuidado em saúde mental de pessoas que fazem uso de substâncias e mostram-se sensíveis às determinações sociais e seus efeitos no consumo de drogas. Segundo Oliveira (2023), a RD e a GAM possuem pontos em comum, sendo esquematizados em quatro princípios: ambas problematizam a noção de droga e seus sentidos; as duas entendem a relação entre sujeito-substância como singular partindo da Introdução; Data de Hipótese; Não se aplica Objetivo Primário: Promover a construção coletiva de um grupo de gestão autônoma da medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o objetivo de proporcionar um espaço de acolhimento, partilha de experiências e cuidado mútuo entre pessoas que fazem uso de drogas. Objetivo Secundário: Favorecer condições de ampliação da autonomia e do protagonismo dos participantes de pesquisa sobre suas vidas e seu cuidado em saúde mental: Estimular o fortalecimento da cogestão do cuidado e do poder de negociação dos participantes de pesquisa, auxiliando na promoção de seus direitos como cidadãos e usuários do SUS; Compartilhar informações acerca do uso de drogas a partir da educação para a autonomia na perspectiva da redução de danos, visando contribuir para os processos de educação em saúde; Contribuir com o questionamento do processo de medicamentação e medicalização social do sofrimento psíquico e do uso de drogas, fortalecendo a construção de outros olhares para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas; Metodologia Proposta: A presente pesquisa possui cunho qualitativo, a qual parte da concepção de que o objeto de pesquisa pode ser mais bem compreendido no contexto em que ele ocorre e é parte, logo, a pesquisa qualitativa prevê o deslocamento do pesquisador com relação sujeito, set e setting; a RD e a GAM tiveram o protagonismo das pessoas que usam drogas em sua constituição; ambas partem do reconhecimento do saber do usuário de drogas a respeito do uso que fazem delas.

Sendo assim, apresenta-se os dois principais valores da gestão autônoma da medicação apresentados no guia: a autonomia e a cogestão do cuidado. A autonomia é compreendida como a capacidade de o sujeito gerar normas e ordens para a sua vida, sendo oposta à noção de independência ou autossuficiência (TYKANORI, 1996). Muitas vezes, no uso problemático de substâncias há um esfacelamento das outras relações e o fortalecimento da dependência restrita à droga. Compreende-se que a perspectiva da GAM e as trocas promovidas pelo grupo

Continuação do Parecer: 6.044.079

podem auxiliar na tessitura de novas relações e dependências, promovendo assim uma ampliação da autonomia dos participantes. A cogestão, outro princípio, aponta para a relevância da decisão conjunta e informada sobre o tratamento, sendo considerada como uma negociação e não uma prescrição imposta unilateralmente. Em resumo, compreende-se que estes princípios da GAM caminham juntos, uma vez que o fortalecimento do protagonismo dos usuários, a ampliação de suas redes de apoio e a corresponsabilização do tratamento em saúde mental pode produzir a cogestão autônoma do cuidado. Salienta-se que, não obstante a GAM e seu guia focalizem no consumo e efeitos das drogas prescritas, no contexto brasileiro esta estratégia tem sido ampliada para as drogas proscritas a partir da ética e prática da redução de danos, como apresentado nas experiências em CAPS ad publicadas por Oliveira (2023), Avarca (2019) e Ferreira et al. (2021). Tal vinculação da GAM com a RD, ainda se revela recente denotando um campo a ser explorado, sobretudo na questão da interação de múltiplas substâncias (AVARCA, 2021; FERREIRA et al., 2021; MIRANDA, 2021). Destacadas a estratégia GAM aliada à RD em sua força no cuidado de pessoas que fazem uso de substâncias e no questionamento da medicalização da vida e medicamentação do sofrimento, a presente pesquisa-intervenção busca a construção coletiva de um grupo de gestão autônoma da medicação em um CAPS do município de Pinhais/Paraná tendo como amostra 10 pessoas, composta por usuários deste serviço que se adequarem aos critérios de elegibilidade previstos. O método do estudo consiste em uma pesquisa-intervenção de abordagem cartográfica e as fontes de material de coleta consistem no diário de campo, entrevista individual e questionário sociodemográfico. Os dados da pesquisa serão avaliados a partir da análise de conteúdo (AC) e algumas ferramentas da análise institucional (AI). Com isso, espera-se descrever o desenvolvimento e funcionamento deste grupo de modo a analisar as experiências dos participantes de pesquisa no que se refere às trocas promovidas concernentes à temática do estudo.

Hipótese: Não se aplica

Metodologia Proposta:

A presente pesquisa possui cunho qualitativo, a qual parte da concepção de que o objeto de pesquisa pode ser mais bem compreendido no contexto em que ele ocorre e é parte, logo, a pesquisa qualitativa prevê o deslocamento do pesquisador com intuito de aproximar-se dos pontos de vista que compõem o fenômeno a ser estudado (GODOY, 1995), visando aprofundar-

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** osp.chi@sesa.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 6.044.079

se no mundo dos significados que será exposto e interpretado, em primeira instância, pelo próprio pesquisador (MINAYO, 2009). Dentro da pesquisa qualitativa, escolheu-se o método da pesquisa-intervenção de abordagem cartográfica. Este se distancia do paradigma moderno científico que presume o afastamento do pesquisador da realidade, a fim de garantir a neutralidade e objetividade necessária para alcançar as verdades acerca de um fenômeno (PAULON; ROMAGNOLI, 2010). Por meio da pesquisa-intervenção e da cartografia, se presume a indissociabilidade entre teoria e prática, sujeito e objeto, pesquisar e intervir, entendendo que não há verdades a serem desvendadas ou métodos corretos que levarão a um objetivo prévio. Por isto, dentro da cartografia, pensa-se o método como um conjunto de pistas e não de regras fixas (RENAULT, 2019). A partir da cartografia, compreende-se que o processo de conhecimento é composto pela experimentação e pela produção de subjetividades. Há, portanto, uma inseparabilidade entre conhecimento, intervenção e cuidado (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009 apud RENAULT, 2019). Neste sentido, a pesquisa-intervenção de abordagem cartográfica é uma composição coletiva que privilegia a relação entre o pesquisador, participantes e fenômeno da pesquisa, entendendo estas relações como parte da produção de conhecimento uma vez que conduz os caminhos a serem trilhados pela pesquisa e pela intervenção a ser realizada (AGUIAR; ROCHA, 1997 apud KROEF et al. 2020). A coleta de dados terá como principal instrumento o diário de campo, ferramenta metodológica que consiste no registro e posterior análise da experiência do pesquisador e dos participantes (KROEF et al. 2020). Como ferramenta da pesquisa intervenção, salienta-se que o diário de campo é mais que uma descrição do que é observado, apresentando-se pela construção de uma narrativa que trata da relação e implicação do pesquisador e do mundo pesquisado (JUNIOR et al., 2020). Tal processo denota a articulação entre diferentes dimensões do campo de pesquisa, como a individual, interindividual, grupal, organizacional e institucional (PEZZATO; L'ABBATE, 2011). Para a escritura do diário de campo considera-se a sistematização de determinadas informações, como a descrição dos procedimentos e desenvolvimento das atividades explicitando quando ocorreram, quais ações foram realizadas, quais mudanças aconteceram na pesquisa, quais são os objetivos, resultados e impactos das ações, bem como quais as impressões do pesquisador diante desses fenômenos. Deste modo, a partir de tal sistematização, pode-se analisar a intervenção realizada em sua dimensão teórico-prática. Todos os encontros realizados com os participantes e com a instituição concernentes a esta pesquisa serão organizados no diário de campo, em que se pretende registrar: a data e o local do encontro, o número de participantes e seus codinomes, qual o tema e objetivo do encontro,

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** czp.chi@sesa.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 6.044.079

a descrição das atividades e do encontro, a análise dos acontecimentos e os efeitos da experiência relatados pelos participantes e vividos pela pesquisadora. Além do diário de campo a ser realizado durante todo o percurso da pesquisa-intervenção, serão utilizadas outras duas fontes como materiais de pesquisa: a entrevista de abordagem cartográfica organizada de modo semi-estruturado e a aplicação de um questionário sociodemográfico. Ambos serão realizados em conversa individual com cada participante da pesquisa, após a explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Critério de Inclusão: Usuários que estejam em acompanhamento no CAPS e que no momento da realização do acolhimento ou atendimento individual relatem fazer uso de drogas prescritas e/ou proscritas; que tenham interesse e aceitem participar do grupo de gestão autônoma da medicação; que possuam disponibilidade nos horários e dias definidos; que sejam selecionados pelos Técnicos de Referência do CAPS a partir dos critérios aqui descritos; que estejam em condições de saúde física e psíquica para participar da pesquisa por meio do grupo.

Critério de Exclusão: Usuários que após a discussão em equipe, apresentem especificidades no seu momento de acompanhamento que possam gerar sofrimento para esta pessoa.

Desfecho Primário: Como desfecho desta pesquisa-intervenção espera-se que os usuários participem ativamente da construção do grupo de gestão autônoma da medicação em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Pinhais, a fim de criar um espaço de acolhimento, troca de experiências e cuidado mútuo entre pessoas que consomem substâncias psicoativas. Busca-se promover reflexões diante da temática, gerando o compartilhamento e a apropriação de estratégias de redução de danos de modo a ampliar suas ferramentas de (auto)cuidado. Ademais, por meio do grupo e da vinculação entre os participantes, espera-se fortalecer a autonomia e a cogestão do cuidado em saúde mental a partir de uma construção coletiva entre pessoas experts por experiências (participantes usuários) e experts por formação (profissionais do serviço). De modo a produzir o reconhecimento dos saberes em suas experiências e auxiliar no processo de apreensão e exercício de seus direitos como usuários e cidadãos do SUS.

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** czp.cht@sesa.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 6.044.079

Desfecho Secundário: Sem informação

Tamanho da Amostra: 10

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Promover a construção coletiva de um grupo de gestão autônoma da medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o objetivo de proporcionar um espaço de acolhimento, partilha de experiências e cuidado mútuo entre pessoas que fazem uso de drogas.

Objetivo Secundário: Favorecer condições de ampliação da autonomia e do protagonismo dos participantes de pesquisa sobre suas vidas e seu cuidado em saúde mental; Estimular o fortalecimento da cogestão do cuidado e do poder de negociação dos participantes de pesquisa, auxiliando na promoção de seus direitos como cidadãos e usuários do SUS; Compartilhar informações acerca do uso de drogas a partir da educação para a autonomia na perspectiva da redução de danos, visando contribuir para os processos de educação em saúde; Contribuir com o questionamento do processo de medicalização e medicalização social do sofrimento psíquico e do uso de drogas, fortalecendo a construção de outros olhares para o campo da saúde mental, álcool e outras drogas;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores são,

Riscos: A atual pesquisa envolve riscos mínimos para os(as) participantes. Apesar disso, caso haja algum tipo de constrangimento, reação emocional como ansiedade, choro, entre outros, os(as) mesmos(as) serão acolhidos(as) pela pesquisadora e, se necessário, poderão receber apoio dos técnicos de referência do CAPS que já possuem vínculo estabelecido. Ressalta-se que haverá retaguarda da assistência técnica em saúde mental do serviço em um eventual caso agudo ou mesmo crise dentro do grupo, uma vez que é uma competência do Centro de Atenção Psicossocial. Ainda, serão utilizados codinomes visando a garantia do anonimato dos participantes, uma vez que esta pesquisa entende como risco para seus participantes a possibilidade de rompimento do sigilo assegurado através do TCLE. Essa violação pode ocorrer

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** czp.cht@sesa.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 6.044.079

caso alguma informação seja comentada fora do espaço do grupo e com pessoas que não participam deste. Para assegurar o sigilo, será contratualizado em grupo de que todas as informações ali apresentadas possuem caráter sigiloso e o grupo acontecerá em sala específica para tal em ambiente interno do CAPS com porta fechada; as anotações da pesquisadora principal, em diário de campo, serão todas anônimas, apresentando apenas os codinomes de cada participante, e apenas a pesquisadora e seu orientador terão acesso. Em caso de interesse e consentimento com a participação de profissional convidado em encontro temático, a ele será explicado os objetivos e funcionamento de pesquisa e solicitado assinatura de um termo de confidencialidade, sendo este necessário para a sua participação no encontro. Se houver a quebra de sigilo, mesmo com as medidas tomadas, será disponibilizado espaço individual para cada participante envolvido(a), objetivando o acolhimento de possível queixa e esclarecimento do ocorrido. Ademais, será realizada a retomada dos contratos a respeito do grupo e do sigilo, quantas vezes forem necessárias.

Benefícios: Prevê-se o estabelecimento de um espaço de acolhimento, troca de experiências e cuidado mútuo, ocorrendo o compartilhamento de informações e estratégias para lidar com o uso de substâncias psicoativas, a ampliação de autonomia e protagonismo em seus processos de (auto)cuidado em saúde mental, o fortalecimento da cogestão/negociação dos usuários em seu cuidado e a potencialização do exercício de seus direitos como cidadãos usuários do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados e estão em conformidade com as Resoluções CNS e normas vigentes. Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo.

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** czp.cht@sesa.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 6.044.079

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_2370724_E1.pdf	25/06/2024 17:29:31		Aceito
Outros	cartaparaemendaaprojeto.docx	25/06/2024 17:22:48	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.docx	25/06/2024 17:21:53	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompletoVersao3.docx	25/06/2024 17:19:14	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
T/CE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentalivrecolareido.docx	25/06/2024 17:18:19	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termosdeanuenciainstitucional.pdf	22/05/2024 20:04:29	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissodaequipedepesquisa.pdf	17/04/2024 12:43:41	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/04/2024 12:42:56	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
Orçamento	orcamentodapesquisa.pdf	17/04/2024 12:42:28	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito
Cronograma	cronogramadepesquisa.pdf	17/04/2024 12:40:48	JOANA SCHENATZ TRAUTWEIN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 11 de Julho de 2024

Assinado por:
Fabio Carvalho
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4405 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 Fax: (41)3212-5709 E-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, _____,
pesquisadores da _____
estamos convidando (o Senhor, a Senhora) pessoa em acompanhamento no CAPS
Regional II de Pinhais, a participar de um estudo intitulado "Construção de um grupo
de gestão autônoma da medicação em um Centro de Atenção Psicossocial no
município de Pinhais".

O objetivo desta pesquisa é promover a construção coletiva de um grupo de gestão
autônoma da medicação (GAM) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS),
com o objetivo de proporcionar um espaço de acolhimento, troca de experiências e
cuidado mútuo entre pessoas que fazem uso de drogas.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessária participação de
dez a doze encontros grupais a serem realizados uma vez por semana, com horário
e local pré-estabelecido com os/as participantes.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer no Centro de Atenção
Psicossocial - Rua Antônio de Andrade, 153, Maria Antonieta, Pinhais- PR, por
aproximadamente três meses de duração.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto,
principalmente relacionado à intensidade emocional ao compartilhar suas
experiências, lembrando que este desconforto pode ser diminuído à medida que
podemos compartilhá-lo com outras pessoas e refletir sobre maneiras de lidar com
ele.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: sentir um desconforto emocional
ao refletir sobre sua própria história de vida, constrangimento, reação emocional
como choro, ansiedade, entre outros; sensação de exposição, ao abordar suas
experiências à outras pessoas participantes dos encontros. Destaca-se que caso
haja algum tipo de constrangimento, reação emocional como ansiedade, choro,
entre outros, os(as) mesmos(as) serão acolhidos(as) pela pesquisadora e, se
necessário, poderão receber apoio dos técnicos de referência do CAPS que já
possuam vínculo estabelecido.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: o estabelecimento de um espaço
de acolhimento, troca de experiências e cuidado mútuo, ocorrendo o
compartilhamento de informações e estratégias para lidar com o uso de substâncias
psicoativas, a ampliação de autonomia e protagonismo em seus processos de
(auto)cuidado em saúde mental, o fortalecimento da cogestão/negociação dos

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: _____

usuários em seu cuidado e a potencialização do exercício de seus direitos como cidadãos usuários do SUS, embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores _____ responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte contato (41)99290-8908 ou através do email joana.st@hotmail.com. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, as mesmas poderão ser contatadas neste mesmo telefone.

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/SH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas às 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.chif@sesa.pr.gov.br. O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento no CAPS Regional II está garantido e não será interrompido caso (o Senhor, a Senhora) desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tal como o orientador da pesquisa, Prof^o Dr Altieres Edemar Frei. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito com codinome, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

O material obtido e registrado nos instrumentos de coleta poderá ser utilizado em pesquisas complementares e outras publicações visando a difusão de conhecimento (tais como artigos, capítulos de livros, comunicações orais) realizadas por esta pesquisadora, mantendo o sigilo e confidencialidade dos dados. Os materiais coletados pela pesquisa serão descartados dentro de 5 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, em relação ao transporte, são de sua responsabilidade; entretanto, (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um codinome.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a realização da pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Por fim, entendi que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinado pelo representante da equipe de pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo

Nome por extenso do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Pinhais, _____ de _____ de _____.

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Bloco 1. Quais substâncias consome e histórico de uso

1. Quando você começou a fazer o consumo de drogas? (especificar substâncias)
2. Quais eram os efeitos que você sentia quando começou?
3. Como você se sente agora quando consome?

Bloco 2. Relação com a substância

4. Você poderia falar um pouco sobre sua relação com a(s) substância(s)? Como entende o papel que ela(s) desempenha(m) em sua vida? Qual sentido dá a ela?

Bloco 3. Cuidado e suporte

5. Como você cuida de você mesmo?
6. Quem são as pessoas com quem você pode contar?
7. Como você entende o seu acompanhamento no CAPS neste momento? Quais objetivos você quer alcançar dentro dele? No CAPS existem espaços em que você pode falar e reavaliar esses objetivos?
8. Quais atividades você costuma fazer em casa ou em espaços comunitários que te fazem bem? Caso não consiga pensar em nenhuma, existe algo que fez no passado que era bom? Ou algo que sempre teve vontade de fazer mas ainda não teve a oportunidade?

ANEXO 4
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Identificação:

2. Com qual gênero você se identifica:

- Mulher cis
- Homem cis
- Mulher trans
- Homem trans
- Não binário

3. De qual cor/raça você se declara?

- Branco(a)
- Pardo(a)
- Preto(a)
- Amarelo(a)
- Indígena

4. Qual a sua data de nascimento?

____/____/_____

5. Qual a sua escolaridade?

- Não alfabetizado(a)
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto

- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo

6. Qual a sua renda no momento?

- Menos de 1 salário-mínimo
- 1 a 3 salários-mínimos (R\$ 1412,00 a R\$ 4.236,00)
- 3 a 6 salários-mínimos (R\$ 4.236,00 a R\$ 8.472,00)
- 6 a 10 salários-mínimos (R\$ 8.472,00 a R\$ 14.120,00)

7. Qual o seu Estado Civil?

- Solteiro(a)
- Casado(a) ou vivendo como casado
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outro:

8. Qual cidade/país você nasceu?

9. Qual bairro você mora atualmente?

10. Se sente à vontade para falar sobre quais drogas (prescritas e proscritas) usa e com que frequência?

11. Já foi internado em hospital psiquiátrico/comunidade terapêutica? Se sim, quantas vezes em cada instituição (hospital psiquiátrico/comunidade terapêutica)?

- 0
- 1
- 2
- 3

- 4
- 5
- Mais de 5

12. Faz quanto tempo que teve sua última alta de internação psiquiátrica?

- Nunca fui internado(a)
- Menos de 1 mês
- 1 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- 12 a 18 meses
- 18 a 24 meses
- Mais de 24 meses:

13. Há quanto tempo está em acompanhamento no CAPS Regional II?

- Menos de 1 mês
- 1 a 6 meses
- 6 a 12 meses
- 12 a 18 meses
- 18 a 24 meses
- Mais de 24 meses:

14. Já havia sido acompanhado em outro CAPS? Se sim, em qual e por quanto tempo?

ANEXO 5
DIÁRIO DE CAMPO

- 1) Data e o local do encontro;
- 2) Número de participantes e seus codinomes;
- 3) Tema e objetivo (inicial) do encontro;
- 4) Descrição das atividades;
- 5) Descrição do encontro;
- 6) Análise dos acontecimentos;
- 7) Efeitos da experiência relatados pelos participantes;
- 8) Efeitos da experiência vividos pela pesquisadora.

ANEXO 6

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Por meio deste termo de confidencialidade eu, _____, profissional convidado(a) a participar de um encontro do grupo previsto na pesquisa intitulada “Construção de um grupo de gestão autônoma da medicação em um Centro de Atenção Psicossocial no município de Pinhais”, dos pesquisadores Altieres Edemar Frei e Joana Schenatz Trautwein, declaro que fui devidamente informado sobre as condições referentes ao sigilo e confidencialidade de pesquisa. Sendo assim, comprometo-me a manter a confidencialidade das informações trocadas durante o grupo temático e demais intervenções da pesquisa.

Pinhais, ____ de _____ de 2024