

Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em Saúde Mental

Autonomous Medication Management (GAM): an experience in Mental Health

Marília Silveira, Marcia Moraes

Resumo

O presente artigo narra uma versão da entrada de uma estratégia de cuidado em saúde mental, a Gestão Autônoma da Medicação em uma política pública estadual. Para falar da experiência dessa passagem dois elementos são trazidos: o conceito de herança, desenvolvido por Vinciane Despret e Isabelle Stengers (2011) e algumas narrativas da experiência, que adensam a discussão teórico-metodológica. Com a narrativa abre-se uma discussão sobre as formas de cuidar em saúde mental. A partir da experiência outros autores como Bruno Latour e Donna Haraway são convocados para recolocar os problemas trazidos pela herança. Como proposta metodológica utilizamos a construção de narrativas que visam deixar vivas as forças da experiência, tornando a produção de conhecimento produzida pela escrita do texto mais densa e mais complexa.

Palavras-chave

Gestão Autônoma da Medicação, Herança, Cuidado.

Abstract

This article tells the entrance of the Autonomous Management Medication (GAM) as a tool in mental health policy in a Brazilian state. To speak of this experience two elements are brought: the concept of inheritance, developed by Vinciane Despret and Isabelle Stengers (2011) and some narratives of the experience, which intensify the theoretical and methodological discussion. Other authors such as Bruno Latour and Donna Haraway are summoned to replace the problems brought by inheritance. As a methodological proposal used the construction of narratives that seek to leave alive the forces of experience. Thereby making the production of knowledge produced by writing the text denser and more complex.

Keywords

Autonomous Medication Management, Inheritance, Care.

Marília Silveira

Universidade Federal de Alagoas

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Pós-doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas.

mariliasilveira.rs@gmail.com

Marcia Moraes

Universidade Federal Fluminense

Psicóloga, doutora em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1998) e realizou pós-doutorado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Lancaster University (2009/2010). Atualmente é Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, ministrando aulas na graduação e na pós-graduação strito sensu - mestrado e doutorado. É bolsista da Faperj / Cientista do Nosso Estado.

marciamoraes@id.uff.br

Introdução

Este artigo é uma versão modificada de um dos capítulos da tese “A formação na Gestão Autônoma da Medicação: políticas e práticas de cuidado em Saúde Mental” (SILVEIRA, 2016). Narra uma versão do trabalho que produziu a entrada de uma ferramenta e de uma estratégia de cuidado em saúde mental em uma política pública estadual. Refere-se a uma experiência híbrida entre o trabalho na gestão de saúde pública e, ao mesmo tempo, uma pesquisa de doutorado. O trabalho aconteceu durante 11 meses de consultoria Unesco junto à equipe de Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria Estadual da Saúde do estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2013 e 2014. Ao mesmo tempo, em 2013 um doutorado na Universidade Federal Fluminense se iniciava fazendo deste trabalho também um campo de investigação. A dúvida sobre qual lugar ocupar e de qual lugar falar permanece. Neste texto sustentarei essa dúvida, numa aposta de que o lugar é mesmo híbrido composto entre, no e com esses lugares de pesquisadora e gestora.

A ferramenta e a estratégia em questão se referem a Gestão Autônoma da Medicação, adiante GAM (CAMPOS, PALOMBINI, SILVA, PASSOS, LEAL, SERPA JÚNIOR, MARQUES, GONÇALVES, SANTOS, SURJUS, ARANTES, EMERICH, OTANARI, e STEFANELLO, 2012) que são produtos desenvolvidos em uma pesquisa científica da qual também fiz parte, do lugar de pesquisadora, ao longo do mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SILVEIRA, 2013).

A estratégia GAM é um conjunto: uma metodologia e uma ferramenta. A ferramenta consiste em um Guia, um material escrito, encadernado, o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (adiante Guia GAM²). O Guia é composto por seis passos, cada passo tem um tema específico que vai desde a apresentação pessoal até informações sobre os medicamentos psiquiátricos mais comumente usados em psiquiatria. As questões que compõem os seis passos são simples, podem até parecer óbvias, mas formam parte de um certo tipo de cuidado que se interessa pela experiência de quem usa o medicamento e tem um diagnóstico em saúde mental. O cuidado com a experiência e o interesse por ela não são elementos óbvios no cotidiano dos serviços públicos de cuidado em saúde mental. O Guia GAM é utilizado em grupos, para ser lido e partilhado (ainda que cada participante receba o seu Guia). Os passos ajudam na produção da experiência grupal, que é também orientada pelo segundo elemento da estratégia que é a sua metodologia. Algumas pistas do que formam esta metodologia estão organizadas num material que chamamos Guia do Moderador³. Moderador é aquele que coordena um grupo GAM. O Guia do Moderador auxilia no manejo do grupo, que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, por usuários e familiares envolvidos nos temas da saúde mental. As pistas encontradas para o manejo do grupo nesse guia não pretendem ser prescrições, são um conjunto de elementos e relatos de experiências que tem como função auxiliar o coordenador do grupo com suas possíveis questões ao longo do processo. A estratégia GAM é o conjunto do guia com a metodologia que orienta a gestão do grupo GAM. Metodologia que propõe o sentar em roda, a leitura em voz alta do Guia e a partilha das experiências, buscando a maior horizontalidade possível em sua condução. Nas palavras com as quais construímos o Guia do Moderador, definimos a GAM como:

um processo de aprendizado sobre o uso de medicamentos e de seus efeitos em todos os aspectos da vida do usuário. É um processo de questionamento respeitoso sobre as necessidades e vontades em relação ao tratamento medicamentoso de cada um. Ela não é um fim em si mesma, é apenas uma parte do caminho em direção a uma melhora no bem-estar.

1

Partindo das formulações de Donna Haraway sobre os ciborgues, de que desde o século XX já éramos “quimeras, híbridos – teóricos e fabricados - de máquina e organismo” (HARAWAY, 2009, p. 37) expandimos sua acepção para a hibridez dos lugares de pesquisadora e gestora de saúde, nos quais experiências, conceitos, teorias, encontros variados com humanos e não humanos tecem uma espécie de plano comum do qual emerge esse texto e sem qual esse mesmo texto seria impossível de ser escrito.

2

Disponível em:
http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_co-recoes.pdf

3

Disponível em:
http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf

(GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO - GUIA DE APOIO A MODERADORES, 2014, p. 7.)

O Guia GAM e sua metodologia foram produzidos no entrecruzamento de algumas heranças, uma delas é o movimento da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Quebec (Canadá) no início dos anos 90, que acontece no seio dos movimentos sociais defensores dos direitos das pessoas usuárias de serviços de saúde mental e de serviços alternativos de saúde. No Quebec a rede de serviços alternativos de saúde tem força e função junto aos movimentos sociais, em alguma medida podem ser comparadas às Organizações Não-Governamentais (as ONG's) no Brasil. Nesse contexto, o objetivo da GAM é proporcionar às pessoas que usam medicamentos psicotrópicos um processo de reflexão sobre a sua qualidade de vida, pensando no seu bem-estar e também no lugar que os medicamentos e outras práticas de cuidado ocupam na sua vida diária. A GAM também visa promover a abertura de espaços para o diálogo entre as pessoas diretamente afetadas e trabalhadores, promovendo a sensibilização desses últimos, incluindo psiquiatras e demais médicos prescritores, ao diálogo e ao questionamento do papel da medicação nas vidas das pessoas, nas práticas de saúde mental e na sociedade em geral. A GAM situa a pessoa no centro do processo de tratamento reconhecendo o conhecimento incorporado pelas experiências de sofrimento e as estratégias pessoais para lidar com ele (DEL BARRIO, POIREL, 2007). Essa abordagem, ainda segundo Lourdes Del Barrio e Marrie-Laurence Poirel (2007) está enraizada nas experiências compartilhadas de pessoas usuárias dos serviços alternativos (*Ressources Alternatives*) membros do Coletivo de Serviços Alternativos em Saúde Mental do Quebec (*Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec - RRASMQ*). Neste espaço a GAM surgiu a partir do encontro entre usuários, profissionais dos serviços alternativos e de defesa de direitos e dos pesquisadores da Equipe de Pesquisa e de Ação em Saúde Mental e Cultura (*l'Équipe de Recherche et Action en Santé Mentale et Culture - ERASMUS*). A GAM foi posteriormente estendida ao setor público através do processo de implementação do diálogo, da formação e da criação de instrumentos de intervenção. Aos poucos, essa perspectiva foi reconhecida e apoiada pelo Ministério da Saúde e do Serviço Social (MSSS) do Quebec, bem como dos gestores públicos dos serviços de saúde mental (RODRIGUEZ, DROLET, 2006). Esta abordagem é consistente com a direção da reforma do sistema de serviços de saúde mental no Quebec, que incide considerando a prioridade da pessoa, o princípio da apropriação do poder e, mais recentemente, com o conceito de recuperação (*recovery*). O desenvolvimento desta abordagem é o resultado de um longo processo de reflexão, pesquisa e ação desse grupo que permitiu considerar as perspectivas plurais das pessoas usuárias para o desenvolvimento de uma nova abordagem para a questão da medicação psicotrópica, integrando-a em uma reflexão mais geral sobre a qualidade de vida e ampliação da capacidade de agir. É este encontro e esta mútua interpenetração de perspectivas que fizeram possível a implantação dessa abordagem e que têm evitado a armadilha potencial de um discurso rígido e homogêneo sobre o tema, ampliando na partilha das experiências, a produção de compreensões mais plurais no campo da saúde mental (DEL BARRIO, POIREL, 2007). Preceitos estes que mantivemos na adaptação da GAM para o contexto brasileiro e a partir dos quais sustentamos o diálogo com os companheiros do Quebec.

A GAM no Quebec é uma estratégia composta por inúmeras ferramentas, entre elas um Guia GAM semelhante à versão que produzimos no Brasil, que visam aumentar a capacidade de negociação de usuários de saúde mental no que se refere ao seu tratamento, especialmente o tratamento medicamentoso. O tema das prescrições medicamentosas é

cercado de mitos e certezas científicas, tanto no Canadá quanto no Brasil, mesmo que nossas diferenças políticas e sociais sejam marcantes. É neste tema que encontramos as heranças brasileiras que vão nos aproximar da GAM. No Brasil a partir de uma pesquisa realizada no município de Campinas/SP (FURTADO, ONOCKO CAMPOS, MOREIRA, TRAPÉ, 2013) que visava avaliar os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), ficou evidente para este grupo de pesquisadores o fato de que, mesmo com todas as transformações advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica, incluída a própria criação dos serviços territoriais avaliados (os CAPS) parecia haver uma espécie de “calcanhar de Aquiles” da Reforma, aquilo que a profa. Rosana Onocko Campos (2012) chama de “ponto não reformado da Reforma”. É a partir desta pesquisa que a questão da medicalização toma um corpo, que veio a se conectar com a experiência no Quebec.

Quando falo de heranças refiro-me a essas referências das quais recebemos séries de elementos que devemos levar em conta e outros tantos que serão necessários trair, para poder levar um trabalho adiante. A GAM é herdeira de uma experiência radical do Quebec, organizada pelos movimentos sociais de usuários, com um viés intensivo na garantia de direitos, especialmente no que se refere ao direito de recusar medicamentos psiquiátricos. Um movimento que inicia pelos serviços alternativos de saúde mental do Quebec e na sequência ganha uma entrada e um reconhecimento pelo Ministério da Saúde do Quebec.

Em 2009 esta experiência de trabalho chega ao Brasil através de um convênio de colaboração de pesquisa denominado Aliança Internacional de Pesquisa Universidades – Comunidades, Saúde Mental e Cidadania (ARUCI-SMC)⁴ firmado entre a Universidade de Montreal e algumas universidades públicas brasileiras: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – coordenadora do projeto, Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal de Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O projeto recebeu o nome de Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos - GAM-BR (recebendo financiamento CNPq – 2009 e ARUCI/ IDRC – Centro Internacional de Desenvolvimento e Pesquisa⁵ – 2010 – 2014). Compuseram o grupo diferentes cursos de pós-graduação, professores e estudantes em estreita relação com organizações de pessoas usuárias e trabalhadoras de saúde mental. A partir dessa colaboração se elaboraram numerosos projetos de naturezas diferentes, conectados de uma ou outra forma por uma linha de trabalho comum: situar a pessoa diagnosticada com um transtorno mental em um lugar de protagonista de sua história e em todas as decisões relativas ao seu processo de tratamento.

Além disso, cabe destacar que o trabalho da ARUCI é marcado pelo protagonismo partilhado entre usuários e pesquisadores acadêmicos no campo da saúde mental. Este protagonismo nos processos de pesquisa se materializou em diferentes experiências como a presença das pessoas usuárias na formulação dos problemas de pesquisa, na análise do processo e nos espaços de formação, de estudo e eventos científicos. O auge da parceria se materializou com a escrita de um artigo conjunto, a 27 autores, entre eles pessoas usuárias de serviços de saúde mental, familiares, mestrandos, doutorandos e docentes pesquisadores (FLORES, MUHAMMAD, CONCEIÇÃO, NOGUEIRA, PALOMBINI, MARQUES, PASSOS, SANTOS, MEDEIROS, SOUSA, MELO, ANDRADE, DIEDRICH, GONÇALVES, SURJUS, LIRA, XAVIER, NASCIMENTO, SILVEIRA, NASCIMENTO, OST, OLIVEIRA, NASCIMENTO, PRESOTTO, HOFF, ONOCKO CAMPOS, OTANARI⁶, 2015).

A produção do Guia GAM brasileiro (CAMPOS; PALOMBIN; SILVA; PASSOS; LEAL; SERPA JÚNIOR; MARQUES; GONÇALVES; SANTOS; SURJUS; ARANTES; EMERICH; OTANARI; STEFANELLO, 2013) é um dos projetos nascidos dessa colaboração. A experiência do Guia GAM no Brasil iniciou

4

L’Alliance Internationale de Recherche Universités - Communautés, Santé Mentale et Citoyenneté (ARUCI-SMC): <http://www.aruci-smc.org/pt/>

5

International Development Research Centre – IDRC.

6

Os e as 27 autores (as) são aqui nomeados para fazer resistência ao apagamento produzido pelas normas acadêmicas de escrita. Pois para nós, deixar apenas os três primeiros nomes seguidos da expressão “et al.” como prevê a norma acadêmica faz apagar uma construção que só foi possível porque 27 pessoas escreveram, porque as 27 pessoas aqui nomeadas importam na produção do conhecimento que trata esse artigo e toda a produção em torno da GAM. São pessoas cujas vidas e vozes são apagadas, histórica, política e sistematicamente apagadas. A opção que fizemos de manter os nomes no texto é uma afirmação de que todas as vozes importam na composição desse trabalho.

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

Um dos aspectos que notadamente exigiu adaptação cultural dizia respeito à questão dos direitos cidadãos (que precisou de muito mais desenvolvimento e detalhe que no Guia Canadense para servir aos usuários brasileiros). Outros aspectos, relacionados à qualidade de vida, vinham atender à maior demanda dos usuários brasileiros de discussão sobre o impacto da medicação na sexualidade e na sua inserção no trabalho. Fez-se necessária, ainda, uma importante adaptação da estrutura escrita, valorizando-se frases curtas e simples que se mostrassem de fácil compreensão – o que ressalta a distância do perfil educacional entre os usuários canadenses e brasileiros (PALOMBINI, SALDANHA, FERRER e AZAMBUJA, 2014 – não publicado?)

Em março de 2013 eu havia defendido uma dissertação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sobre a metodologia da GAM (SILVEIRA, 2013) e no mesmo dia de minha banca a Secretaria Estadual de Saúde lançava no estado do RS o Guia GAM que havíamos produzido na pesquisa. Havia um interesse da equipe de Coordenação Estadual de Saúde Mental do Rio Grande do Sul no material que havíamos produzido, havia uma história de parcerias entre as pessoas que conduziam essa gestão (2010-2014 quando Tarso Genro, do Partido dos Trabalhadores, assumiu o governo do estado) e alguns professores e professoras de diferentes universidades, entre elas, a Analice Palombini, minha então orientadora na UFRGS. Esse histórico de parcerias incluía inúmeros contatos e lutas desde o início da Reforma Psiquiátrica, que teve sua lei estadual promulgada em 1992 (LEI ESTADUAL Nº 9.716 DE 07 DE AGOSTO DE 1992) e sua lei brasileira em 2001 (LEI FEDERAL Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001). Contatos suficientes para sustentar um interesse na comunicação entre gestão de saúde e pesquisa acadêmica, para incorporar o material que havíamos produzido na política pública. No jantar que selou o fim do intenso dia de minha banca, se delineavam as primeiras negociações e interesses da equipe de gestão na implementação da GAM na política pública do estado. Desdobra-se daí um convite para um membro da equipe de pesquisa integrar a equipe de Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para disseminar, por todo o estado do Rio Grande do Sul, a estratégia GAM desde a gestão de saúde. Naquele momento, embora não fosse a pesquisadora mais antiga do grupo, era a que estava disponível e morando no RS. Essa conjuntura permitiu que entre 2013 e 2014 eu me tornasse membro dessa equipe.

Para nós, pesquisadores⁸ envolvidos no tema do cuidado em saúde mental, era claro, óbvio e necessário que este processo de tradução, adaptação e uso da GAM no Brasil precisava acontecer nos serviços públicos de saúde mental, por dentro da “máquina do Estado” como costuma dizer o prof. Eduardo Passos. Essa convicção vinha de outra herança, a dos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil que tiveram no cerne do seu desenvolvimento uma parceria entre trabalhadores, usuários e familiares e contou (ainda conta) com inúmeras universidades e professores realizando pesquisas diretamente nos serviços, mas também acolhendo os trabalhadores desejosos de pensar e documentar suas práticas. Isso para trazer três das heranças envolvidas na produção da GAM no Brasil. Poderíamos desfiar aqui outras tantas, dos princípios do SUS (em cuja cartilha de direitos também está garantida a possibilidade de recusa do tratamento medicamentoso e ainda assim seguir em tratamento no serviço), das práticas de Humanização, das formas de gestão dos serviços. Poderíamos citar um sem fim de textos sobre os temas e nos

7

Este trecho é parte do atual projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Implementação e descentralização da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação” liderado pela profa. Analice Palombini na UFRGS em curso no estado do RS, desenvolvida a partir da entrada da GAM na política estadual de Saúde Mental, financiada pelo CNPq, dentro da qual a pesquisa de doutorado aqui referida também se insere.

8

Ao longo do processo de pesquisa, que durou cinco anos, pudemos perceber que havia um processo formativo ocorrendo com usuários, familiares e trabalhadores devido a partilha intensiva do trabalho, como já mencionado anteriormente. Adiante veremos como essa questão retorna quando a GAM chega aos serviços através da gestão de saúde. De todo modo, caro(a) leitor(a) considere sempre que no plural pesquisadores estão incluídos, usuários, familiares e trabalhadores. Uma versão sobre esse processo também se encontra no artigo “EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa” que narra os bastidores da produção do artigo, já citado anteriormente, escrito em conjunto com usuários, trabalhadores e acadêmicos (SILVEIRA, PALOMBINI e MORAES, 2014).

deparar com o fato de que seus autores fizeram parte desses movimentos e uma parte deles desde 2009 levavam o trabalho de tradução e adaptação da GAM adiante com todas essas heranças vivas e pulsantes. A entrada na política pública forçou a abertura de uma questão: Como trabalhar para levar todas essas intensas e vivas heranças em consideração?

Um trabalho com a herança

Para colocar o problema da herança vamos⁹ recorrer a duas fazedoras de histórias/criadoras de caso: Vinciane Despret e Isabelle Stengers. Em seu livro *Les faiseuses d'histoires* (2011) que pode tanto ser traduzido por “as fazedoras de histórias” como “as criadoras de caso” pois a expressão em francês guarda os dois sentidos, as autoras se colocam o problema de serem mulheres e estarem na universidade. Em dois dos capítulos as autoras colocam questões com a herança. O que nos interessa dessa discussão é a forma como o problema da herança é colocado por Despret e Stengers (2011), a partir de uma fábula:

A fábula do décimo segundo camelo conta que um velho beduíno, sentindo próximo o seu fim, chamou seus três filhos para partilhar entre eles o que lhe restava de bens. Ele lhes disse: Meus filhos, deixo a metade de meus bens ao primogênito, um quarto ao segundo, e para você, meu último filho, deixo a sexta parte. Em ocasião da morte do pai, os filhos ficaram perplexos pois seus bens não passavam de onze camelos. Como dividir? A guerra entre os irmãos parecia inevitável. Sem solução, eles foram à cidade vizinha, pedir os conselhos de um velho sábio. Este refletiu, depois franziu a testa: Eu não posso resolver este problema. Tudo o que posso fazer por vocês é dar-lhes meu velho camelo. Ele é velho, magro, mas ainda muito valoroso, ele os ajudará, talvez. Os filhos levaram o velho camelo e fizeram a partilha: o primeiro recebeu então seis camelos, o segundo três e o último dois. Restara o velho camelo magro que puderam devolver ao seu proprietário¹⁰ (STENGER, DESPRET, 2011, p. 33).

O 12o camelo não é a solução da questão, porque ele não faz parte da herança. Para as autoras, ao visitar o velho sábio em busca de um conselho, os filhos do velho beduíno se fizeram herdeiros de um problema (que vinha junto com a herança) e definiram a herança a partir desse problema. Em vez de guerrear entre eles, os irmãos decidem tomar o problema, levá-lo adiante e, inevitavelmente, transformá-lo. Despret e Stengers (2011) nos provocam a pensar que há sempre um trabalho a ser feito ao aceitar uma herança. Aceita-se junto com ela um problema. Um problema que para ser levado adiante precisa ser transformado e esta transformação de se dá pela complexificação do problema.

No pesquisar da GAM também nos tornávamos herdeiros do trabalho quebequense e a ele incluíamos novos problemas (iniciar o trabalho por dentro do sistema de saúde era o principal deles) que resultaram numa versão muito diferente do Guia GAM no Brasil. Elementos foram acrescentados e outros retirados, o Guia brasileiro é mais longo que o Guia quebequense. Entretanto a experiência em Montréal se compõe de uma caixa de ferramentas, que inclui além do guia, séries de cursos e outros elementos que não desenvolvemos do mesmo modo no Brasil. Aqui centramos a experiência no Guia GAM e no Guia do Moderador, trazendo alguns elementos e discussões que não eram questão para os companheiros do Quebec. O tema da sexualidade e da religião, por exemplo, foram acrescentados no Guia pelos usuários brasileiros, pois eram temas de importante relevância e intensa dificuldade de partilha nos serviços. Fomos, portanto, infiéis nessa tradução, fazendo desta uma infidelidade necessária ao trabalho no Brasil. Ao mesmo tempo queríamos também nos manter fiéis aos preceitos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil movimento

9

As variações entre a primeira e a terceira pessoa do singular que ocorrem ao longo do texto referem-se à variação entre a experiência vivida no trabalho (cujos nós também vão sendo tecidos a partir de encontros que são marcados ao longo do texto e pelas notas de rodapé) mas aqui este nós especialmente trata das composições com o grupo de orientação do qual faço parte na UFF, o grupo PesquisarCOM. Este “nós” viemos tecendo nos encontros das quartas-feiras de manhã com Marcia Moraes, Gabrielle Chaves, Alexandra Simbine, Camila Alves, Nira Kaufmann, Elis Teles da Silva, Fátima Queiroz, Josselem Conti, Luciana Franco, Luiza Telles, Talita Tibola, Ângela Carneiro, Maria Aparecida dos Santos, Eleonôra Prestello, Marília Toscano e Maria Rita Campello e sem os quais, mais uma vez, este texto seria impossível.

10

La fable du douzième chameau raconte qu'un vieux bédouin, sentant sa fin prochaine, appela à lui ses trois fils, pour partager entre eux ce qu'il lui restait de biens. Il leur dit : *Mes fils, je lègue la moitié de mes biens à l'aîné, le quart au second, et toi, mon dernier, je t'en donne le sixième* . À la mort du père, les fils se trouvent bien perplexes car les biens du père n'étaient autres que onze chameaux. Comment partager ? La guerre entre les frères semblait inévitable. Sans solution, ils se rendirent au village voisin, quérir les conseils d'un vieux sage. Celui-ci réfléchit, puis hochait la tête : *Je ne peux pas résoudre ce problème. Tout ce que je peux faire pour vous, c'est vous donner mon vieux chameau. Il est vieux, il est maigre et plus très vaillant, mais il vous aidera peut-être*. Les fils ramenèrent le vieux chameau et partagèrent : le premier reçut alors six chameaux, le second trois et le dernier deux. Restait le vieux chameau malingre qu'ils purent rendre à son propriétaire” (STENGER, DESPRET, 2011, p. 33). A tradução do livro para a língua portuguesa foi feita num esforço coletivo do grupo PesquisarCOM da UFF.

que desde o princípio contou com a presença contínua e a luta de trabalhadores, usuários e familiares. No movimento da GAM no Quebec havia um forte protagonismo dos usuários e em inúmeras situações havia estranhamento entre as equipes pela constante presença dos trabalhadores, especialmente dos psiquiatras, no grupo de pesquisa brasileiro. A produção da GAM também tinha seus onze camelos de herança e os décimos segundos que entravam em cena na tentativa de organizar a partilha de outra forma que não pela guerra. Não sem tensões, é claro.

Quando iniciei o trabalho na gestão de saúde, novos problemas foram acrescentados ao trabalho da GAM. Daquele momento em diante foi necessário entrar em relação com trabalhadores e usuários que nunca tinham ouvido falar da GAM. Uma primeira questão sobre como apresentar a GAM pelo Guia e não pela pesquisa começaram a se colocar, questão ainda não superada inclusive nesse texto, que gasta parte da introdução para trazer a construção da GAM no Brasil pela pesquisa. Além disso, o trabalho passava de uma experiência mais local, em três serviços no RS para uma proposta de disseminação em todo estado, nos 247 municípios, divididos em sete regiões de saúde. A sensação de uma imensidão incontornável era frequente. Entretanto, o modo de trabalho da equipe fazia valer a questão dos territórios, as regiões de saúde existiam e eram assim reunidas porque apresentavam questões semelhantes em seus territórios. E sair de frente do número de municípios (247) para o número de regiões (7) parecia tornar o trabalho mais possível.

O processo inicial foi de mergulho no cotidiano da equipe, pois mesmo formando parte dela, em alguns momentos ainda me sentia uma estranha acadêmica no meio de um mundo desconhecido e “hiper real”. A experiência de ter saído do mestrado, sem ter passado pelos serviços de atenção direta a usuários como psicóloga marcava o corpo, mas desde a graduação também mantinha diferentes experiências de pesquisa e de trabalho na rede de saúde. A rede até ali acessada era de uma das regiões do estado chamada metropolitana. Ao longo do trabalho pude entender que havia diferentes demandas em cada região, fosse pela história de constituição da saúde mental em cada uma delas, fosse pela geografia e costumes. Apresentou-se para mim um estado imenso e plural que até então desconhecia.

O funcionamento de nossa equipe era também dividido pelas regiões, cada um(a) de nós fazia dupla com outra pessoa da equipe em cada território, de modo que nos deslocávamos boa parte da semana para as regiões, e voltávamos a nos reencontrar nas sextas-feiras pela manhã para a reunião de equipe. Nos primeiros meses fiz o exercício de conhecer todas as regiões, acompanhando eventos e colocando a GAM como oferta aos trabalhadores e usuários, em palestras e oficinas.

O trabalho não se desenvolveu de forma igual em todas as regiões, embora todas elas tenham sido tocadas pelo menos uma vez pelas questões da GAM. Neste texto, vamos privilegiar alguns encontros que me fizeram titubear, gaguejar e duvidar – há nisso uma aposta epistemológica, no sentido de deixar abertos e vivos os impasses nas construções de conhecimento que este texto almeja. Há nisso também uma aposta política de lançar uma herança a outros que sigam pelas veredas do cuidado em saúde mental. As hesitações, os impasses exigem que se busquem o 12º camelo. Vamos nos fazer herdeiros dos novos problemas, que foram colocados pela entrada da GAM na política de saúde mental, mas especialmente pelo encontro com algumas pessoas. Se havia entre os pesquisadores um amor pela GAM ao qual havíamos apelidado de “GAMar”, o desafio a partir da gestão era como “GAMar” trabalhadores e usuários nas questões do cuidado colocadas pela estratégia GAM, especialmente o cuidado com as experiências?

Uma breve nota sobre nossa política de escrita

A partir deste ponto o texto é entremeado por pequenas cenas, trazidas de modo recuado e em itálico. Elas estão assim posicionadas por se tratarem de narrativas, não são um diário de campo, mas são construções feitas a partir dos diários, a partir da experiência e da memória delas. Palavras recolhidas, escritas e reescritas para trazerem ao texto a força da experiência. Neste sentido são uma produção fictícia, assim como o nome de Anelise. Uma ficção para criar um caso com o tema do cuidado. Aliadas a autores como Foucault (2003), Haraway (1999), Latour (2012), Despret e Stengers (2011) sabemos que toda produção científica é uma ficção. E que toda verdade construída em qualquer campo é sempre uma versão, entre tantas possíveis daquilo que aconteceu no campo. O que diferencia nosso trabalho de um romance é que, aqui, tentamos sempre deixar a mostra de que lugar falamos e com quais elementos tecemos essa versão sobre os fatos. Essa versão dos fatos, entremeada com a experiência, com o que pudemos pensar dela e com autores e conceitos é um modo de fazer ciência. A isso, se nos aliarmos às proposições de Annemarie Mol e John Law (1999) também podemos chamar de Política Ontológica, quer dizer, fazer uma ciência que considera os elementos que nos parecem vitais para a produção do mundo no qual queremos viver.

Um foco na experiência: cuidar

Como gestora de saúde mental tinha tarefas a cumprir e passava poucas vezes pelos mesmos lugares, os encontros em geral eram sempre com pessoas novas em lugares diferentes. Nosso trabalho consistia em dois tempos: um tempo na seção de Saúde Mental, lotada no Centro Administrativo do estado, no centro de Porto Alegre. O outro tempo era em viagens aos municípios, quando alcançávamos “a ponta”: os trabalhadores e usuários dos serviços, às vezes também os gestores locais de saúde. Como disse, em geral, os encontros eram com pessoas novas, mas algumas eu reencontrava pelo caminho. E Anelise foi uma delas. Contar essa versão que crio agora de meus encontros com Anelise não é fácil. Anelise era mulher também. Anelise “pega pra cuidar”. Ela pode pegar uma causa, pode pegar pessoas também para cuidar. E cuida.

Anelise é um nome fictício, que guarda um dos cuidados éticos de nossa pesquisa. Diferentemente da experiência do texto produzido com os usuários, que são autores diretos do texto, as histórias aqui narradas foram escritas depois de finalizado o trabalho na gestão, integrando a tese de doutorado desenvolvida na UFF, ainda inédita e em curso. As pessoas que inspiram a personagem Anelise não sabem que essa história foi escrita, não foram diretamente consultadas. O nome Anelise guarda um conjunto de várias pessoas, que fizeram indagações e movimentos muito parecidos que unimos aqui na história que narramos. A opção por usar o nome fictício guardando sua pluralidade de elementos é também uma estratégia ética de nossa política de escrita, que visa não marcar uma pessoa numa personagem, ampliando as possibilidades de reconhecimentos e distanciamentos. Ao mesmo tempo, preservando as identidades das pessoas envolvidas, selando o compromisso conforme as regras dos Comitês de Ética em Pesquisa.

O que aparece aqui pela voz de Anelise reúne não só o encontro com ela, mas também a reverberação de outras tantas vozes que escutei ao longo do caminho dos 11 meses na gestão de saúde mental. Talvez possa dizer que só escutei porque Anelise insistiu em me reencontrar tantas vezes. Talvez

ela fosse uma voz, como a intrusa voz de alguém que não está, mas fala. A voz ouvida pelos ouvidores de vozes. E quem não ouve? A voz que insistia em falar comigo. Anelise me fala de como cuidar. Ela insiste em me encontrar e me dizer.

Anelise estava sentada no meio do auditório, lotado. Era um fórum de trabalhadores de saúde mental. Ali apresentava a GAM pela primeira vez a um grande público. Quase quarenta minutos de um monólogo sobre a ferramenta, passo a passo e sua metodologia. Quando termino ainda existem insistentes que querem falar, não tinham desistido mesmo depois de tanto tempo!). Anelise é uma delas, ela se identificou com a GAM. Essa GAM que apresentei que fala sobre protagonismo, sobre autonomia, sobre direitos dos usuários. Essas palavras grandes e imponentes de significado duvidoso (vim a descobrir depois!). “Eu faço um trabalho parecido com a GAM lá com os meus pacientes. Eles tinham problemas, internavam muito porque não tomavam o remédio direitinho. Aí eu resolvi cuidar deles, botei todos num grupo e a gente conversa e eu ajudo eles a tomar o remédio, dou o remédio na boquinha deles na hora certa. Depois disso ninguém mais internou”.

A coordenadora de saúde mental da região me olha apreensiva, é a primeira vez que estou naquela situação e percebo que preciso acolher o que escutei, mas não sei como. Digo algo como “que bacana que você faz um grupo, e eu entendo que às vezes em algumas situações é preciso um tanto de tutela no cuidado, mas o que estamos querendo colocar com a GAM é como ajudar essas pessoas que hoje precisam que tu dê o remédio na boca deles a quem sabe adiante eles mesmos possam tomar, não é?”. E ela insiste: “Mas eu vou pegar o Guia GAM eu gostei dele, eu vi essas perguntas aqui eu vou fazer essas perguntas pra eles”.

Talvez os trabalhadores tenham percebido isso que era evidente: a dificuldade de lidar e construir junto com as práticas que não condiziam com a que era ali proposta. Que não compunham com uma prática que eu havia ajudado a construir e na qual acreditava. Era a entrada de um décimo segundo camelo, que trazia um problema.

O tema da formação

O impasse número um era esse, na experiência de pesquisa tínhamos usuários conduzindo grupos GAM, inventando projetos, pesquisando conosco. Uma experiência com usuários de saúde mental muito autônomos. Mas numa autonomia tecida em rede que havíamos construído juntos nos anos de pesquisa. Começar a ofertar a ferramenta para quem nunca tinha ouvido falar da GAM era entrar em contato com essas práticas dos serviços de saúde. Que pareciam tutelares, duras, prescritivas. O desafio era justamente como fazer para não ser tutelar, dura e prescritiva na hora de apresentar a GAM?

O trabalho na gestão é incessante e aquele estranhamento ali logo se desfez para outros vinte me atravessarem. A questão é que Anelise insiste e outra vez me encontra meses depois numa oficina GAM durante um evento:

Eu comecei a fazer as perguntas do GAM pra eles! Eu peguei as perguntas do Guia e comecei a fazer para os pacientes. Alguns demoram para entender, outros não conseguem escrever. Aí eu chego do lado deles e pergunto no ouvido, eles me ditam a resposta e eu escrevo. Eles tão gostando porque eu faço esse grupo que dura a manhã toda e eles sempre perguntam quando vamos ler o livrinho.

Ainda outros meses e numa roda de conversa sobre a GAM na qual participavam trabalhadores e usuários reencontro Anelise outra vez. Uma

roda grande, reunindo vários municípios de uma mesma região carregada de afetos e histórias. Anelise também quer contar a sua.

Nesse dia Anelise aparece no encontro com os usuários participantes do grupo GAM. Diz que pegou o carro da prefeitura, o motorista, ignorou a regra do município de que o carro só poderia levar servidores e trouxe os usuários para o encontro. Os usuários, super tímidos, não sabiam bem o que fazer naquela roda tão grande, tão cheia de gente desconhecida. Anelise estava ansiosa para contar sua experiência e começou a conta-la apresentando os usuários pelos seus diagnósticos e pelas suas histórias de internação. Os usuários ao lado em silêncio, senti um mal-estar, vendo suas histórias expostas assim, sem nem lhes perguntar se queriam falar. Tento interrompê-la e ofertar a palavra aos usuários, que apenas assentem que “sim, é como ela contou”. Usuários de outros municípios contam outras histórias e diluem o meu mal estar.

No quarto encontro, uma Mostra Regional de Saúde da Atenção Básica, reúne-se outra roda GAM. Lá está Anelise outra vez, ansiosa para apresentar seu trabalho.

Desta vez ela está sozinha, lamenta não ter conseguido trazer os usuários. Trouxe um powerpoint com toda a história do grupo, ilustrada por fotos dos usuários e dos trabalhos que fizeram, especialmente um painel com as caixas dos medicamentos e algumas informações. Anelise apresenta os resultados de seu trabalho, colhidos por meio de entrevistas com os outros profissionais da equipe e com as falas de alguns usuários. Apresenta sua pesquisa, como uma pesquisadora. Salta aos olhos os principais resultados apontados por ela como efeitos do grupo GAM: a maior adesão dos usuários ao medicamento e o fato de que desde que iniciaram o grupo esses usuários não tiveram mais internações.

Um dos grandes medos de nossa equipe de pesquisa quando colocamos a versão final do Guia GAM na web era justamente perceber que não tínhamos mais controle sobre ela. Talvez nunca tenhamos tido, mas a sensação de proteger a ferramenta enquanto estava em processo de cultivo atravessava a todos nós. Sabíamos que um risco possível de sua disseminação era que ela fosse tomada como uma ferramenta prescritiva. Não sem espanto desde o início do trabalho na gestão, apresentando a GAM pela saúde mental afora não foram poucas as vezes que escutei: “ah, entendi, então nós vamos fazer o grupo GAM com os pacientes e eles vão tomar o remédio direitinho”. Uma ferramenta mágica de “adesão” ao controverso tratamento medicamentoso. Um risco que tivemos que correr.

Podemos tomar as ideias de Bruno Latour no texto em que discute sobre o corpo (LATOURE, 2008) quando nos fala sobre ser afetado e sobre a formação dos narizes na indústria do perfume. Ele conta que um “nariz”, essa pessoa especializada em identificar diferentes fragrâncias e suas misturas, *aprende* a ser um “nariz” a partir de um treinamento com um kit de odores. O kit de odores, o professor e o treinamento são alguns dos atores implicados nesse processo. Ao final de uma semana de treino, um aluno que antes não distinguia as delicadezas dos odores se torna um sujeito que se afeta pelas diferenças e passa a habitar um mundo odorífero mais rico. A aprendizagem de um nariz é, para Latour, a aprendizagem de um corpo que se afeta. Que deixa de ser indiferente a uma diferença sutil.

Podemos pensar que nas cenas evocadas pela personagem Anelise temos também um corpo que se afeta. O segundo encontro com ela traz uma narrativa diferente da primeira. Há algo que ela consegue fazer junto com os usuários, ler o guia GAM, fazer e responder perguntas e a história do remédio dado na boca não é mais evocada. Muito mais sutil do que aprender

a ser um nariz em uma semana de treino, aprender a fazer a GAM também pode ser uma aprendizagem de ser afetado. Mas é uma aprendizagem que leva tempo. Inicialmente Anelise tinha respostas prontas e ações determinadas no trato com os usuários, o contato com a GAM vai produzindo pequenas modulações, variações que expressa a cada novo encontro. Costumamos brincar com a ideia de contágio, de que a GAM é um bichinho que morde e deixa o sujeito GAMado. GAMar seria então esse processo de ser afetado pelas histórias dos usuários, que antes não tinham lugar, pelo fazer juntos uma atividade nova, geralmente tarefa muito receada pelos trabalhadores. No seguinte encontro, quando consegue trazer os usuários, Anelise fala disso, as histórias aparecem, histórias que ela não conhecia e que o processo de ler o Guia GAM fez aparecer. Ainda que ela conte as histórias pelos usuários que estão ali presentes.

O Guia GAM poderia ser esse kit de odores e sua metodologia o treino de uma escuta diferenciada e de uma experimentação diferenciada na relação trabalhador-usuário? Apresentar e sensibilizar os trabalhadores para a GAM constitui-se numa parte dessa experiência de ser afetado?

No último encontro Anelise encarna seu lugar de pesquisadora. Esse é um efeito que vimos acontecer nos trabalhadores que pesquisaram conosco, ainda que numa outra intensidade, porque viviam mais de perto o cotidiano da pesquisa. Aquilo que experimentamos no contexto da pesquisa GAM que gerou o Guia era impossível de reproduzir em grande escala. Nós viajávamos juntos, estudávamos juntos, pesquisamos juntos durante cinco anos. Entretanto ainda que não seja reproduzível na mesma dimensão, Anelise experimenta essas mesmas coisas quando chama a psiquiatra e a farmacêutica para o grupo e montam o painel dos medicamentos, estão estudando junto com os usuários, aprendendo sobre os medicamentos. Anelise viaja com os usuários para o evento e convive com eles também nesse outro lugar que não o serviço de saúde.

O Guia GAM de uma forma sutil e lenta produz também, mesmo que não possamos acompanhar tão intensamente, nem tão de perto quando gostaríamos, outras articulações naqueles que experimentam sua leitura e sua metodologia. Um corpo articulado, diz Latour (2008) não é aquele que fala com autoridade, mas aquele que é afetado pelas diferenças, ampliando a sua percepção delas.

O fato de que um dos resultados da intervenção tenha sido a adesão ao tratamento não é em si um problema, porque de fato, após a partilha da experiência, a troca e o envolvimento na leitura e nas histórias produz uma compreensão por parte dos usuários do seu processo de adoecimento e recuperação. A adesão ao uso medicamento pode ser parte desse movimento de apropriação que ganha intensidade na tessitura das histórias do grupo, do escutar a experiência do outro, o que funciona e o que não funciona. Muitas vezes não percebemos a quantidade de equívocos envolvidos nas cenas de prescrição (não só medicamentosos, mas de dietas, de comportamentos, de cuidados), nem sempre levamos em consideração o que é para cada usuário fazer uso da medicação, os medos, os efeitos colaterais. É no corpo de quem toma o medicamento, de quem recebe o peso de um diagnóstico que se fazem os efeitos. O usuário é, portanto, o expert ao qual precisamos consultar. Ele é o único que pode saber a respeito do que se passa no seu corpo. O trabalho da GAM entra justamente aí, na possibilidade da partilha daquilo que se passa, da experiência que afeta esse corpo, de como ele reage, como pensa e sente esses efeitos. Numa partilha também com o trabalhador, que tem outras experiências de cuidado, que estudou formas de cuidar, que tem conhecimento sobre os medicamentos. Engajar-se no tratamento medicamentoso, experimentar seus efeitos, poder falar disso, discutir, aprender juntos não é apenas obedecer a uma prescrição, é um engajamento mais autônomo justamente porque é partilhado. Porque não deixa o usuário sozinho diante da prescrição, do medicamento, do medo

e das dúvidas. Porque não deixa também o trabalhador sozinho e frustrado porque o usuário não adere ao tratamento.

Nesse ponto a GAM coloca problemas também à psicologia, no sentido de que historicamente nossos posicionamos clínicos diante de um usuário (cliente, paciente...) são de partida um lugar de saber. Um lugar que sustenta um saber supostamente superior ao saber de quem pede ajuda. Problema esse que também é uma herança da ciência moderna, para a qual o saber científico é superior ao do senso comum. Como se o que tivéssemos estudado nos dissesse alguma coisa sobre aquela vida que atravessa a porta do consultório pela primeira vez. Descobri escutando vários psicólogos nesse caminho uma imensidão de práticas prescritivas e de queixas, de coisas que se espera que o usuário faça e ele não faz. O desafio era entrar em relação com esse modo de fazer, essa prática que era a carne da experiência desses trabalhadores, desafiados por condições precárias de trabalho, pela superpopulação dos serviços, pela mortificação dos processos de trabalho. Era preciso entrar em relação com esse mundo também, para puxar dali algum sentido, algum fio que pudesse conectar com a GAM. Algum fio que partisse da experiência desse trabalhador e com a qual se pudesse conectar outra experiência.

Numa palestra que organizamos na UFRJ em 2015 com o prof. Emerson Merhy perguntei-lhe sobre o que ele pensava que era preciso mudar na formação acadêmica desses que seriam/serão possíveis trabalhadores de saúde mental. Ele respondeu que é preciso acabar com a formação tal como ela ainda acontece hoje, essa que nos enche de conteúdos que pensamos ser toda a nossa fortaleza. “É preciso formar profissionais fracos”, ele disse, no sentido de que ao se encontrarem com os usuários “não tomem os saberes aprendidos como certezas tão grandes que os impeçam de entrar em relação com o usuário”.

Ao final do processo de cada grupo GAM esperamos uma espécie de contágio, entre essas heranças, trazidas para cada grupo por trabalhadores e usuários. Que elas possam se apresentar e serem sentidas, conversadas, partilhadas nos grupos. Que algumas certezas possam ser dissolvidas para que outras sejam construídas no encontro. Que os mundos supostamente distintos do trabalhador e do usuário possam se conectar e se modificar mutuamente, no exercício de escutar e de se deixar afetar pelos encontros.

Herança transformada: chegar a outro lugar

“Transmitir é saber que, se o fazemos fielmente, a transmissão passará por uma transformação”. (STENGERS; DESPRET, 2011, p. 25). Ao longo da escrita da tese (e da vida, processos absolutamente imanentes) construí uma imagem que pode ajudar a pensar o tema da herança, das suas traduções e traições, na necessária modificação no processo, no chegar a um lugar diferente do qual partimos. Foucault em entrevista a Gregório Kaminsky (2003) afirma que escreve seus livros exatamente sobre aquilo que não sabe, para que possa pensar. Ainda mais, para que possa, no processo de escrever, chegar a um lugar diferente do qual havia partido. A imagem que forjei para pensar essa questão é a da experiência como um bloco de concreto.

Sabe quando alguém conta uma experiência tão forte, tão intensa, tão mobilizadora e a imagem dela cai em nossa frente impedindo qualquer movimento? Bem, era assim que vivíamos a GAM, ela era essa grande e linda experiência que havíamos feito, era uma filha da qual cuidávamos com grande zelo, temerosos com seu crescimento e transformação no mundo. Entretanto o processo de trabalho na gestão de saúde mental me permitiu

encontrar ferramentas, grandes martelos, com os quais pude quebrar essa experiência no meio, vê-la ruir.

Se na partida a preocupação residia em sustentar as pistas metodológicas da GAM na disseminação, e qualquer variação nos causava pavor, depois de 11 meses de trabalho foi possível perceber que essas capturas eram também necessárias para o processo. Era também um modo de engajar os trabalhadores, a partir de suas práticas. Escutar sem julgar, tentar compor com as atividades que os trabalhadores já faziam no cotidiano era o modo possível de entrar em relação. Anelise nos disse: “eu faço uma coisa parecida”. Há uma força aí que não se pode desprezar. Ainda que nessa relação as experiências de ambos os lados precisem ser quebradas.

Ao quebrar o bloco da experiência, suas forças começavam a ficar evidentes, visíveis. Os cacos de experiência já não tinham a mesma força material que a lembrança, força arrasadora e impotente, um bloco de lembrança que não permite sair do lugar. Não, agora se via a lembrança despedaçar, como tijolos de concreto em meio aos ferros retorcidos. A experiência já não tinha mais forma, mas sua força era evidente.

A força de um ferro retorcido é possível colher, para escrever outras histórias e mesmo para mudar os rumos da história que estávamos escrevendo. Força essa que mudou a história de Anelise com os usuários. Para isso foi preciso contar essa história, algo que Anelise também fez em nosso último encontro. Para isso foi preciso escrever essa história.

Escrevemos no passado para extrair dele nossa força, que não tem mais direção nem forma definida. É extrair a força em estado de puro devir, de pura possibilidade. Com essas forças qualquer outro desenho, qualquer outra história é possível. Qualquer outra conexão pode servir. Qualquer caminho a seguir. É essa força, essa intensidade que oferecemos a você, leitor e leitora deste texto. Aprender que há força em estado puro é saber que se pode caminhar em qualquer direção. Que se pode forjar com essa força um mundo. Um mundo no qual a nossa experiência também conta. É saber que se tem força para escrever qualquer história, a sua inclusive.

Deixamos neste texto parte da herança da experiência com a GAM para que ela seja sentida, triturada, devorada, questionada, reapropriada, traída, traduzida pelos trabalhadores, usuários e familiares do campo da saúde mental. Para que com essa força, novas histórias sejam escritas. Força que se conecta com o décimo segundo camelo que cada um que lê este texto traz e sem o qual não se partilha uma herança.

Sobre o artigo

Recebido: 10/10/2017

Aceito: 30/10/2017

Referências bibliográficas

BRASIL, Lei Nº. 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.

DEL BARRIO, L. R.; POIREL, ML. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la Gestion Autonome des

Médicaments de l'âme. **Nouvelles Pratiques Sociales**, vol. 19, nº 2, 2007, p. 111-127.

CAMPOS, R. T. O.; PALOMBINI, A. L.; SILVA, A. E.; PASSOS, E.; LEAL, E. M.; SERPA JÚNIOR, O. D.; MARQUES, C. C.; GONÇALVES, L. L. M.; SANTOS, D. V. D.; SURJUS, L. T. L. S.; ARANTES, R. L.; EMERICH, B. F.; OTANARI, T. M. C.; STEFANELLO, S. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n. 43, p. 967-980, 2012.

DESPRET, V. e STENGERS, I. **Les faiseuses d'histoires: Que font les femmes à la pensée?** Paris: La Découverte, 2011.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces> Acessado em 09/07/2017

GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces> Acessado em 09/08/2017

FLORES, A. A.; MUHAMMAD, Ad. H.; CONCEIÇÃO, A. P.; NOGUEIRA, A.; PALOMBINI, A.L.; MARQUES, C. C.; PASSOS, E.; SANTOS, E. S.; MEDEIROS, F.; SOUSA, G. S.; MELO, J.; ANDRADE, J. C. S.; DIDRICH, L. F.; GONÇALVES, L. L. M.; SURJUS, L. T. L. S.; LIRA, L. M.; XAVIER, M. A. Z.; NASCIMENTO, M. R.; SILVEIRA.; NASCIMENTO, N. S.; OST, P. R.; OLIVEIRA, R. F.; NASCIMENTO, R.; PRESOTTO, R. F.; HOFF, S. M. S.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; OTANARI, T. M. C. A experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro. **Caderno HumanizaSUS** do Ministério da Saúde, v. 5, p. 257-276, 2015.

FURTADO, J. P.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; MOREIRA, M. I. B.; TRAPÉ, T. L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)**, v. 29, p. 102-110, 2013.

KAMINSKY, G. Como nace un libro-experiencia. In KAMINSKY, G. **El yo minimalista. Conversaciones con Michel Foucault**. La Marca: Buenos Aires, Argentina, 2003, p. 9-17.

HARAWAY, D. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre ciência. In: NUNES, J. A., ROQUE, R. (Orgs.). **Objectos Impuros: Experiências em Estudos sobre a Ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

LATOUR, B. **Reagregando o Social: uma introdução à teoria do Ator-Rede**. Salvador: Edufba, 2012; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012

MOL, A. Ontological Politics. A Word and some questions. In: LAW, J.; HASSARD, J. (Orgs.) **Actor Network Theory and After**, Blackwell/The Sociological Review, 1999, p. 74-89.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Pesquisas revelam hipermedicação de pacientes com transtorno mental. **Jornal da Unicamp**. Campinas, 18 de junho de 2012 a 24 de junho de 2012 – ANO 2012 – Nº 530 p.5-6.

RIO GRANDE DO SUL, **Lei no 9.716, de 7 de agosto de 1992**. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem

de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

RODRIGUEZ, L.; DROLET, M. Gestion autonome de la médication en santé mentale. **Projet-pilote de collaboration avec les partenaires pour un renouvellement des pratiques en santé mentale**. Bilan du suivi évaluatif présenté au MSSS, Rapport de recherche, Montréal, ÉRASME/RRASMQ, 2006.

SIVEIRA, M. **Vozes no corpo, territórios na mão: loucura corpo e escrita no PesquisarCOM**. 2013, 137 f. Dissertação (Mestre em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVEIRA, M. **A formação na Gestão Autônoma da Medicação: políticas e práticas de cuidado em saúde mental**. 2016, 204 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2016.

SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A.L. e MORAES, M. EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa. **Mnemosine**, v. 10, n. 1, p. 2-22, 2014.