

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

Tomás de Fraipont Halembeck

Da Medicalização à Autonomia: Contribuições e Desafios da GAM na Reforma Psiquiátrica
Brasileira.

SÃO PAULO

2024

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Curso de Psicologia

Tomás de Fraipont Halembeck

Da Medicalização à Autonomia: Contribuições e Desafios da GAM na Reforma Psiquiátrica
Brasileira.

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência
parcial para a graduação no Curso de Psicologia sob
orientação da Prof^ª Maria Thereza de Alencar Lima

SÃO PAULO

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço, aos meus pais, por sempre me apoiarem incondicionalmente em meus interesses e por garantirem que nada me faltasse ao longo desta jornada;

À Bruna, por acreditar em mim, me dar confiança e tranquilidade durante a realização deste trabalho;

Aos meus amigos, que nos momentos necessários, me ajudaram a esquecer do trabalho e a aproveitar a vida, proporcionando equilíbrio e leveza ao meu percurso;

À professora Gabriela Gramkow, por se interessar e topou o convite de avaliar este trabalho;

À minha Orientadora, professora Maria Thereza Alencar Lima, por todo o apoio, orientação e dedicação ao longo do processo de elaboração deste trabalho.

RESUMO

HALEMBECK, Tomás de Fraipont. Da Medicalização à Autonomia: Contribuições e Desafios da GAM na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trabalho de Conclusão de Curso – Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

Nos últimos 10 anos, houve um aumento expressivo na utilização de medicamentos, fenômeno considerado abusivo e indiscriminado, associado à maior incidência de diagnósticos de transtornos mentais, à entrada de novos medicamentos no mercado e ao surgimento de novas aplicações terapêuticas (Rosa e Escorcio, 2021). A medicalização, fundamentada numa lógica biologizante e reducionista, contrasta com a importância da autonomia no cuidado em saúde mental, especialmente no contexto das reformas psiquiátricas brasileiras que visam um atendimento mais humanizado. A autonomia é crucial, permitindo que as pessoas façam escolhas informadas sobre seu tratamento, integrando família e comunidade na cogestão. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) promove essa autonomia, incentivando a participação ativa dos pacientes na gestão de sua medicação. Este estudo revisou bibliograficamente artigos publicados entre 2014 e 2024 sobre a implementação prática da GAM em serviços de saúde mental no Brasil. Após buscas nas bases SciELO-Brasil, BVSalud e Observatório GAM, foram selecionados 6 artigos relevantes. Os resultados indicam que a GAM trouxe ampliação da autonomia, manejo cogestivo, inclusão familiar, valorização das experiências dos usuários, fortalecimento da rede de apoio e reconhecimento dos direitos dos usuários. Os desafios incluem a hegemonia da racionalidade biomédica e a patologização da infância, com ênfase no tratamento medicamentoso. A GAM contribui para a reforma psiquiátrica ao promover uma reflexão crítica sobre a medicalização e incentivar um cuidado mais participativo, escutando e incorporando as vozes dos usuários no processo de decisão.

Palavras-Chave: Autonomia; Gestão Autônoma da Medicação (GAM); Medicalização; Cogestão; Reforma Psiquiátrica.

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO.....	6
II - AUTONOMIA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA.....	9
III - MEDICALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E DEPENDÊNCIA.....	13
IV - O QUE É A GAM?.....	16
V - MÉTODO:.....	21
VI - RESULTADOS:.....	23
VII - ANÁLISE DE RESULTADOS:.....	27
VIII - DISCUSSÃO.....	30
IX - REFERÊNCIAS:.....	36

I - INTRODUÇÃO

A reorientação do modelo de saúde mental no Brasil tem proporcionado importantes avanços no funcionamento e na concepção dos serviços de cuidado. No entanto, no contexto atual, ainda se configura um campo de disputa entre dois modos básicos em que a prática de saúde mental se apresenta: modo asilar e modo psicossocial (Costa-Rosa, 2000). As resistências à superação desse primeiro modelo, particularmente nos processos de cuidado, continuam a ser um tema amplamente debatido, especialmente no que se refere às suas implicações nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde as tensões entre os dois modos de atuação são mais evidentes.

Entre os séculos XVII e XVIII, o Ocidente vivenciou a transição do poder soberano para o biopoder. Isso significa que aspectos da vida humana começaram a ser controlados e administrados através de políticas e técnicas de governo, resultando em duas formas de poder que se entrelaçam (Barbosa, 2016). Nesse período, o Ocidente passa por uma transição a um modo de sociedade disciplinar, onde o poder se exerce pelo adestramento dos corpos, ampliando suas aptidões para a força de trabalho, acentuando sua utilidade e docilidade; e pela biopolítica das populações, que se exerce no controle e regulamentação das vidas das pessoas. Esse controle ocorre por meio de intervenções no corpo-espécie (corpo biológico), com a intenção de um aprimorar as populações e indivíduos, porém submetido ao viés moral, cultural, técnico científico do contexto social vigente.

Dessa forma no século XIII as instituições modernas se constituíam como o principal meio de inserção do biopoder na população ocidental.

Assim, na sociedade disciplinar, as instituições modernas – como a prisão, a escola, as fábricas e o hospital – passaram a ser o locus do adestramento dos corpos com vistas a potencializar suas forças e aumentar sua eficiência. (Barbosa, 2016, p. 180)

Nesse período, a função do hospital se atualiza, passando a exercer a função de cura e correção dos doentes, mas também de estudo e produção de saber sobre as doenças. Nas palavras de Michel Foucault, “*um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido*” (Foucault, *apud*, Barbosa, 2016, p. 180). Também é nesse período que nasce o hospital psiquiátrico uma instituição emblemática do modo asilar, cujo princípio de tratamento era a internação e a exclusão do convívio social. A partir disso, o cuidado com a loucura passou a se exercer dentro das instituições seguindo uma lógica disciplinar de correção e adestramento dos corpos desviantes. É importante destacar, conforme analisado por diversos pensadores do movimento da reforma psiquiátrica, que o hospital psiquiátrico, através de suas práticas disciplinares e institucionalização, acaba por produzir a doença mental que tenta curar

e produzir um conhecimento sobre, configurando-se assim como uma forma iatrogênica de tratamento. O hospital psiquiátrico produz a doença mental que tenta curar através dessas práticas disciplinares e pela institucionalização, ou seja, se constitui uma forma iatrogênica de tratamento. Dessa forma há uma tendência de conservação e cronificação das patologias dos internos do hospital, ideias pautadas principalmente por Goffman e Basaglia (Vechi, 2004). Por meio desses estudos e produção de saber sobre a loucura, nessa lógica disciplinar de sociedade, temos os primeiros sinais do início da patologização da vida humana, onde o sofrimento psíquico começa a ser classificado e sistematizado em diferentes categorias diagnósticas. (Barbosa, 2016).

Foi nos séculos XIX e XX que o modo asilar se consolidou e se tornou hegemônico na psiquiatria (Barbosa, 2016). Modelo que se caracterizou pelo seu aspecto reducionista e biologicista de se pensar o sofrimento psíquico, pela anulação do sujeito e seu isolamento do convívio social. Barbosa (2016) caracteriza o modelo asilar,

Esse modelo caracterizou-se pela ênfase nas determinações orgânicas das doenças mentais; pela negação da existência de um sujeito; pela dissociação entre o indivíduo doente, seu sofrimento e seus contextos social e cultural, fato que resultou na anulação do sujeito como participante do tratamento – eminentemente medicamentoso e dirigido ao organismo doente. (Barbosa 2016, apud, Amarante, 2007)

Na segunda metade do século XX, diante da ineficácia desse sistema em tratar as doenças mentais, na produção e cronificação das doenças e incapacitação de reinserção social das pessoas após as institucionalizações, somados a condições e práticas que violam os direitos humanos presentes nessas instituições, acarretou nesse período diversos movimentos de reforma psiquiátrica na Europa, onde buscava-se contestar o saber e as práticas da psiquiatria. Foi mais tarde na década de 1970 que a reforma começa a ser discutida em território nacional e a implementação de modelos substitutivos de tratamento começam a ser implementados, após décadas em que o atendimento ao doente mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital e limitado às internações. Nas palavras de Jorge (2011)

Nos anos 1970, a modificação do modelo asilar foi discutida e implementada por meio de lutas e conquistas da reforma psiquiátrica, a qual dia-a-dia vem se consolidando nas políticas de saúde mental. (Jorge, 2011, p. 3052)

Atualmente diante das conquistas da reforma temos um cenário muito melhor em relação ao cuidado da loucura no território nacional, porém, ainda em disputa. Vale destacar que o manicômio e o hospital psiquiátrico não se configuram apenas como instituições físicas, mas assim como um discurso e lógica de se pensar o cuidado, bem como de praticá-lo. Assim, ainda hoje enfrentamos uma lógica de tratamento que anula os sujeitos e os trata como objetos, a serem corrigidos. É diante

desse contexto que se faz necessário pensar em novas formas de cuidado orientadas por outro paradigma, seguindo um modelo psicossocial de cuidado.

Barbosa (2016) em sua pesquisa destaca como nos anos que se seguiram a reforma apesar dos avanços ainda a uma prática, por vezes manicomial, nos serviços de saúde, tendo uma sobreposição entre os dois modelos de cuidado.

Não obstante, Amarante (2007) faz pensar que, ao mesmo tempo em que se configurou a possibilidade de estabelecer um paradigma radicalmente novo, é também verdade que por muitas vezes houve transposições mecânicas que não transcenderam a essência do modelo asilar, mesmo que sob novas fisionomias. (Barbosa, 2016, p. 182)

Outros autores, como Tavares *et al.* (2003) também destacam como nos CAPS ainda há uma forma biomédica de se pensar o cuidado: “atividades que indicam que a prática de cuidar ainda é influenciada pelo modelo tradicional de atendimento” (Tavares *et al.*, 2003, P. 345, *apud*, Barbosa, 2016, p. 183). Onde, ainda há ênfase, em tecnologias de cuidado como atendimentos individuais, medicação em detrimento de tecnologias que ampliem os graus de autonomia dos usuários. Martinhago e Oliveira (2012), também indicam em suas pesquisas que em situações de crise, nos CAPS, ainda se recorre a soluções tradicionais de contenção:

[...] a prática predominante adotada segue o modelo clássico da psiquiatria, centrado no controle dos sintomas, vinculado ao controle do sujeito, tendo como principais práticas a contenção, a medicação e, principalmente, a internação em hospital. (Barbosa, 2016, p. 185)

Essas pesquisas realizadas no campo da saúde mental no Brasil revelam as formas em que o biopoder e biopolítica se inserem hoje nos serviços de saúde, através das práticas de cuidado. O biopoder hoje se manifesta, na medicalização do sofrimento psíquicos, na patologização da vida cotidiana, na continuidade de relações médico paciente disciplinares, na visão biologicista sobre as causas das doenças mentais e na visão simplista sobre território, relacionado apenas às sua extensão e fronteiras espaciais (Barbosa, 2016)

Nesse contexto atual da reforma psiquiátrica, surge a necessidade de estratégias que possam fortalecer esse processo de passagem para um modelo psicossocial de cuidado e enfrentamento dos retrocessos. Uma dessas estratégias possíveis é a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), desenvolvida inicialmente no Quebec, Canadá, na década de 1990, e adaptada para o contexto Brasileiro ao longo dos últimos 11 anos. A GAM, se configura como uma metodologia de trabalhos em grupo que visa no coletivo promover a autonomia dos seus membros em relação ao uso de medicamentos psiquiátricos e processo de tratamento. Para atingir isso possui princípios éticos de trabalho, e uma visão radical sobre o cuidado e prática dos grupos, e de caráter subversivo em

relação ao modelo tradicional biomédico de cuidado, muito bem sintetizada pela frase “sou uma pessoa e não uma doença”, presente no Guia brasileiro e Canadense. Aspectos do método que suscitaram a produção deste estudo.

Investigar a aplicação da GAM no Brasil é essencial para compreender como essa metodologia pode contribuir para a continuidade e fortalecimento da reforma psiquiátrica no país, frente a complexidade do cenário atual, por meio também do enfrentamento de seus desafios, garantir os direitos dos usuários e se produzir práticas inclusivas, promovam autonomia e potencialização da vida desses sujeitos. O objetivo deste trabalho é investigar como a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) contribui para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil, para isso foi realizada uma revisão bibliográfica de pesquisas publicadas entre 2014 e 2024 que trabalharam a implementação prática da GAM.

II - AUTONOMIA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

No Brasil e no mundo, o entendimento a respeito de ter saúde ou estar saudável passou por mudanças conceituais, refletindo as complexidades envolvidas em suas acepções e a necessidade de se prevenir ou promover saúde em um mundo complexo. Em tempos atuais, compreende-se estar saudável não somente em função da ausência de afecções e enfermidades do corpo humano e/ou a seus aspectos biológicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social*” (Segre, 1997, p. 1) , evidenciando a importância equânime das esferas psíquica e social do ser humano no que seja saudável para a existência ou no que seja doença. A mudança paradigmática nas ciências refletidas na conceituação atual de saúde contribui para a implementação de políticas e programas que abracem essas significativas esferas: biológicas, psíquicas e sociais.

No entanto, frente a explicada e necessária mutabilidade sobre o conceito de saúde, para Onocko-Campos (2006), a perspectiva atual ainda se mostra insatisfatória, uma vez ser “*um estado absoluto de bem-estar*” uma condição inatingível e, portanto, com pequena contribuição para orientar a gestão do trabalho” (p. 670), no que se refere a promoção de saúde. De acordo com o autor dever-se-ia pensar em produção de saúde e ganhos de saúde, sempre em relação a um período anterior da vida da pessoa ou do coletivo. Sob esta perspectiva, a função de tratamentos de saúde, não estariam restritas à cura de doenças, mas à diminuição dos limites e danos causados por uma doença, pelo ganho de potência de vida pelos sujeitos. Nesta direção, tratamentos visando a

ampliação das possibilidades de vida ou a redução de danos causados por uma patologia específica, também estariam produzindo saúde.

Autonomia, por sua vez, poder-se-ia definir pela mesma perspectiva de saúde, relativa e dinâmica, considerando ganhos de autonomia as formas que as pessoas enfrentam e operam seus graus de dependência. Enquanto o significado da palavra autonomia encontrado no dicionário (ou mesmo compreendido no senso comum) como "*Capacidade de autogovernar-se, de dirigir-se por suas próprias leis ou vontade própria; soberania*" ou ainda "*Liberdade moral ou intelectual do indivíduo; independência pessoal; direito de tomar decisões livremente*"; (Michaelis, 2024), no campo da saúde mental, autores como Onocko-Campos (2006), Silva (2018) e Jorge (2011), questionam essa significação "individualizante" de autonomia, que a aproxima de uma ideia de independência do sujeito em relação aos outros e do mundo em que habita.

De maneira oposta, a produção de autonomia deve ser sempre pensada pela lógica da co-construção de autonomia. Isto é, os sujeitos não podem produzir ela por conta própria, a autonomia e sua ampliação devem ser pensadas e trabalhadas de uma maneira conjunta, entre usuários, técnicos e território. No contexto de saúde mental a autonomia não pode ser pensada sem considerarmos o sujeito em relação com os outros. Aqui não tomamos autonomia como oposto de dependência, pelo contrário. De acordo com Onocko-CAMPOS (2006), "*entendemos a autonomia como a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências*" (p. 670). Sob esta perspectiva autonomia pode ser concebido como um processo constitutivo que habilita as pessoas a compreenderem e agirem sobre seu contexto social, visando o envolvimento e a produção de mudanças na vida social das pessoas, e não sua independência individual.

Essa concepção valoriza o sujeito, e suas singularidades, sendo uma compreensão de autonomia, que não almeja a exclusão dos sintomas e sim proporcionar que o sujeito busque sua transformação pessoal (Silva, 2018). Operando-se com essa noção de autonomia, se produz uma grande ruptura com a maneira tradicional de se pensar cuidado em saúde:

O cenário atual da saúde mental é caracterizado assim pela reorientação do trabalho, repensando as ações em saúde. O que o torna um campo privilegiado de interação social, possibilitando trocas sociais entre todos os pacientes, durante o processo de cuidado. A autonomia acontece quando os indivíduos portadores de sofrimento mental conseguem lidar com suas dependências. A partir disso ressalta-se a importância de aumentar a autonomia dos usuários, ampliando a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos. (Silva, 2018, p. 352)

A constituição da autonomia nessa visão ocorre de forma coletiva, é co-constituída, sendo o sujeito co-responsável pelo seu desenvolvimento de autonomia, pela sua constituição e pela

constituição do mundo que o cerca (Onocko-Campos, 2006). Dessa forma, não podemos pensar em autonomia sem termos em vista o sistema sociopolítico que os indivíduos estão inseridos.

[...] a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso. (p. 670-671)

Dessa forma compreendemos que a autonomia está intrinsecamente vinculada ao contexto político, social e cultural dos indivíduos, o que, conseqüentemente, amplia as esferas possíveis de se trabalhar autonomia particularmente no campo político, especificamente fortalecendo a luta por direitos humanos e a reivindicação por esses mesmos direitos. Parte do trabalho deve ser direcionada a conscientização e aquisição de informação sobre esse tema, já que isso possibilita muitas vezes uma ampliação da autonomia e conseqüentemente ganhos de vida e saúde. “A coprodução de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação, e mais do que isto depende de sua capacidade de utilizar este conhecimento em exercício crítico de interpretação” (Onocko-Campos, pg. 671). Ao se tornarem politicamente conscientes, os indivíduos podem se relacionar de forma mais eficaz com as estruturas de poder, contribuindo para a transformação das condições sociais e políticas que impactam diretamente suas vidas. Esse processo é vital para a verdadeira autonomia, pois permite que os sujeitos não apenas compreendam suas dependências, mas também atuem sobre elas.

O sujeito autônomo é aquele que, através do conhecimento, reflete sobre si mesmo e sobre seu mundo, agindo sobre este para exercer sua autonomia e redefinir sua rede de dependências. Segundo Onocko-Campos (2006), é por meio dessa relação do sujeito com a ação que o indivíduo pode interferir nos mecanismos de poder que influem sobre seu corpo.

Neste ponto entra o tema do poder, a capacidade do sujeito lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contexto mais democráticos. (Onocko-Campos, p. 671)

Na produção de saúde e autonomia, no contexto da saúde mental brasileira, ocorre, principalmente, através de duas tecnologias de cuidado: acolhimento e vínculo. Ambas sendo praticadas relacionais eficazes, e que possibilitam a construção de uma nova prática em saúde (Jorge, 2011). Essas duas estratégias praticadas no serviço colaboram para essa mudança uma vez que se propõe uma relação mais horizontal entre técnico e usuário, onde o projeto terapêutico é co-construído, diferenciando-se práticas tradicionais de saúde onde há uma redução do sujeito à sua categoria de objeto, e conseqüentemente uma prática que não permite ao usuário pensar e atuar

sobre seu próprio tratamento. Jorge (2011) descreve esse cenário como uma situação em que “*um é o próprio substrato dos recortes objetivos (o paciente) e o outro aquele que produz e maneja esses recortes (o profissional)*” (Jorge, 2011, p.3052).

Acolhimento e vínculo são cruciais na relação de cuidado entre técnico de saúde e usuário no que se refere ao desenvolvimento de autonomia. Segundo Jorge:

Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica. A construção da autonomia ocorre na medida em que ambos conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, coprodução de si mesmo e do contexto. Nesse caso, a formação da atitude co-responsabilizada requisita o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas na possibilidade de se conviver e de se trabalhar em prol de algum propósito. (Jorge, 2011, pág. 3053)

Essas técnicas de cuidado chamadas de relacionais são utilizadas no encontro entre usuário e trabalhador de saúde mental e são essenciais pois se contrapõe a lógica do trabalho morto presente nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados e burocráticos. As técnicas relacionais operam de forma interventiva na relação onde ocorre o encontro entre ambas as partes. Jorge (2011) define como lugar desse encontro e de introdução dessas técnicas: “*atos de escuta e acolhimento, no diálogo próximo de cada singularidade e ainda na confiança constituída de cada sentimento, vínculo e compromisso para com o outro*” (p. 3052). Dessa forma a autonomia permite o resgate da cidadania dos sujeitos, buscando a auto-estima, os acordos e o autocuidado, sendo sua base o projeto que o usuário escolheu para si. Para isso, é necessário abordar as incapacidades, as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos dessas pessoas para que, eventualmente, possam retomar o controle de suas vidas (Jorge 2011).

A autonomia assume um papel crucial no contexto da saúde mental brasileira. Em um cenário marcado historicamente por reformas psiquiátricas e esforços contínuos para promover um cuidado mais humanizado aos pacientes. Também a autonomia se revela como uma ferramenta essencial para a promoção da saúde mental e catalisador para a mudança de paradigma, no que se refere ao objeto de cuidado e às abordagens tradicionais de tratamento e cuidado em saúde.

A autonomia se configura hoje como um dos objetivos centrais no trabalho em saúde mental, no Brasil, sendo uma das finalidades dos sistemas de saúde produzir sua ampliação na vida dos sujeitos (Onocko-Campos, 2006). Isto porque se entende que o desenvolvimento de um maior grau de autonomia também é uma forma de se produzir mais saúde.

III - MEDICALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA E DEPENDÊNCIA

A medicalização em saúde mental é um fenômeno crescente associada à patologização da vida, na qual, por vezes, características humanas e da vida cotidiana são categorizadas de forma irreflexiva como transtornos mentais e indiscriminadamente submetidas a tratamentos medicamentosos. Atualmente essa tendência de abordar problemas cotidianos como doenças a serem medicadas, têm resultado em medicalização recorde na história da humanidade e, conseqüentemente, dependência aos fármacos. Reforçando o alerta sobre a necessidade de um trabalho conjunto que intervenha no contexto de vida das pessoas de maneira mais ampla, reconhecendo este contexto como também responsável pelo adoecer humano.

Segundo Onocko-Campos (2013), a imersão em um modo de vida estadunidense faz com que cada vez mais pessoas utilizem intervenções médicas para transformação de seu próprio eu. Isso ocorre devido a esse modo de vida tomar características fundamentalmente humanas como doenças; nas palavras de Onocko-Campos “ São contexto em que problemas não médicos tornam-se “diagnosticáveis” e “tratáveis” como problemas médicos”(Onocko-Campos, 2013, pág. 2890). O crescente aumento de diferentes transtornos mentais reconhecidos pela psiquiatria, está fortemente relacionado a uma demanda da indústria farmacêutica, e não somente à evolução científica na área, não se podendo ignorar uma perniciosa relação educação/pesquisa/lucro. Conforme disserta Onocko-Campos (2013):

[...]que é justamente a indústria farmacêutica quem financia grande parte das pesquisas e eventos educativos na área, consolidando-se como uma das indústrias mais lucrativas no mundo e influenciando a produção científica. (p. 2890)

Nos últimos 10 anos, no Brasil e no mundo, houve um aumento expressivo na utilização de medicamentos, sendo considerada abusiva e indiscriminada (Ferrari, *apud*, Rosa e Escorcio 2021). Fenômeno, que Rosa e Escorcio (2021) associam: a maior incidência de diagnósticos de transtornos mentais, com a entrada de novos medicamentos no mercado e pelo surgimento de novas aplicações terapêuticas para medicamentos já existentes. Além disso, para analisarmos esse fenômeno, devemos levar em consideração o percurso de construção do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

*Entre perdas e ganhos específicos em torno de algumas categorias diagnósticas, a verdade é que as categorias identificadas crescem a cada versão, havendo um aumento de mais de 200% desde o DSM-I até o DSM-IV-TR (texto revisado). Em 2013, o DSM-V teve um aumento de 12% de categorias diagnósticas, em relação à versão anterior. (Freitas e Amarante, *apud*, Rosa e Escorcio, 2021, pág. 60)*

Ao longo das suas edições, o DSM foi moldado e revisado em um contexto de conflitos entre os interesses corporativos da psiquiatria, da indústria farmacêutica e de grupos de usuários (Rosa e Escorcio, 2021), com, os avanços científicos na área tendo uma influência relativamente menor nesse aumento das categorias diagnósticas. Conforme afirmam Freitas e Amarante “*a doença passou a ser resultante dos interesses corporativos da medicina mental e da indústria farmacêutica*” (Freitas e Amarante, *apud*, Rosa e Escorcio, 2021, pág. 77). Essa relação se dá em prol da expansão do mercado, onde a prática médica foi se submetendo aos interesses lucrativos dessa indústria em detrimento a saúde das pessoas.

Ainda sobre esses estudos no campo da psiquiatria, autores como Angell (2011), defendem que as pesquisas clínicas financiadas pela indústria farmacêutica, em especial as que envolvem medicamentos psiquiátricos, não possuem um rigor científico necessário:

*Passei a maior parte da minha vida profissional avaliando a qualidade de pesquisas clínicas e acredito que seja especialmente ruim na psiquiatria. Os estudos patrocinados pela indústria [...] são publicados seletivamente, tendem a ser de curta duração, delineados para favorecer o medicamento e mostram benefícios tão pequenos que é improvável que compensem os danos em longo prazo. (Angel, *apud*, Rosa e Escorcio, 2021, p. 60)*

Outro ponto fundamental na crítica à medicalização é levantado por Whitaker (2010), relacionado às teorias de desequilíbrio químico, sua associação a transtornos mentais e a perspectiva de que um intervenções medicamentosas é necessária para corrigir esse desequilíbrio. O autor inverte essa lógica e afirma que “*Os medicamentos psicotrópicos não corrigem um desequilíbrio químico, eles o causam, que é a razão pela qual é tão difícil livrar-se dos medicamentos*” (Angel, *apud*, Rosa e Escorcio, 2021, p. 61). Assim o tratamento por longos períodos de tempo, ou apenas por mais de algumas semanas, causam o desequilíbrio e conseqüentemente a doença que pretendiam curar segundo Whitaker. (2010)

Este efeito desregulador no cérebro torna a retirada de medicamentos psiquiátricos desafiadora para os pacientes, uma vez que estes podem causar dependência. Assim, a descontinuação pode provocar sintomas similares aos da doença original, ou até mesmo novos sintomas decorrentes da abstinência (Gotzche, *apud* Rosa e Escorcio, 2021). As autoras Rosa e Escorcio destacam como o uso e prescrição dessas drogas devem ser os menores possíveis, tanto em relação às doses quanto ao tempo de uso. Algo que não ocorre na maioria dos casos onde os psiquiatras determinam um tratamento com doses altas e ao longo da vida (Rosa e Escorcio).

Esse uso cronificado acaba por manter as pessoas aprisionadas na condição de pacientes, além de alterar suas personalidades pelos medicamentos, impedindo-as de aprender a lidar com os desafios da vida. A utilização prolongada de medicamentos psiquiátricos frequentemente mantém

os indivíduos na sua condição de objeto, impedindo-os de desenvolver habilidades para enfrentar as adversidades cotidianas. De acordo com Rosa e Escorcio (2021), *“as pessoas aprisionadas na condição de paciente, têm a sua personalidade alterada pelos medicamentos, de modo que não aprendem a lidar com os desafios da vida”* (p. 61). Além disso, o uso prolongado de medicamentos pode causar prováveis danos irreversíveis ao cérebro e à personalidade dessas pessoas. Rosa e Escorcio (2021) apontam como danos *“como discinesia tardia, declínio cognitivo e apatia emocional”* (p. 62). Tais consequências são semelhantes às observadas no uso prolongado de outras drogas psicoativas.

Pensando no cuidado em saúde, outro fator preocupante da medicalização é que esta trabalha por uma lógica biologizante e conseqüentemente reducionista no que se refere ao humano e estratégias de cuidado. Fundamentada em um paradigma limitado que atribui o sofrimento psíquico a causas orgânicas (Barbosa, 2016), e ignora outras causas possíveis para esse sofrimento. Nas palavras de Kraemer (2014) *“O ser humano não é visto em sua patologização integralidade individual viva e em sua inserção na sociedade”* (p. 1341). Dentro do campo da saúde mental, o domínio do conhecimento biomédico perpetua práticas cotidianas que promovem uma visão reducionista, distanciando os profissionais de saúde da subjetividade e do contexto histórico social dos pacientes (Kraemer, 2014).

Barbosa (2016), em *“O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica”*, analisa como a psiquiatria evoluiu para uma ferramenta biopolítica que influencia amplamente o tecido social. Essa *“psiquiatria ampliada”* não se limita apenas às doenças mentais tradicionais, mas abrange também o comportamento humano em geral. Sobre a patologização dos modos de ser humano pela psiquiatria, Barbosa (2016) afirma: *“A nova variedade classificatória de doenças e anomalias permitiu a proliferação de um conjunto de doenças relacionadas a comportamentos e à instituição de uma medicina do não patológico”* (p. 181). Essa perspectiva biologicista limita o entendimento das doenças mentais ao atribuí-las somente a causas orgânicas, o que simplifica excessivamente o sofrimento psíquico e negligencia a importância dos relatos dos pacientes e da escuta ativa. Desprezando as questões subjetivas do sofrimento humano para a elaboração de diagnósticos, o objetivo passa a ser *“conhecer para classificar”* em detrimento do *“conhecer para cuidar”* (Barbosa, 2016).

Por fim, no que se refere a autonomia do sujeito em relação ao seu tratamento, o modelo biomédico, e conseqüentemente a medicalização, tende a desprezar totalmente o papel do indivíduo para sua melhora. Uma vez que operamos por uma lógica em que as causas do sofrimento psíquico se dão exclusivamente por fatores orgânicos, e que a solução para intervir nesse sofrimento é a

ingestão de uma pílula, anulamos totalmente o papel do sujeito em criar estratégias para enfrentar seu sofrimento psíquico. Conforme afirma Barbosa (2016):

Esse modelo caracterizou-se pela ênfase nas determinações orgânicas das doenças mentais; pela negação da existência de um sujeito; pela dissociação entre o indivíduo doente, seu sofrimento e seus contextos social e cultural, fato que resultou na anulação do sujeito como participante do tratamento – eminentemente medicamentoso e dirigido ao organismo doente. (Barbosa, 2016, pág. 181)

Foucault em “O nascimento da clínica” (1963) definiu esse modelo como a medicina da doença, pois o foco do trabalho e o objeto de estudo estão na doença e não no sujeito. Onde não se trabalha uma escuta sensível da subjetividade do paciente, e sim sua classificação para definir um prognóstico previamente estabelecido. Acerca desse modelo Kraemer (2014) comenta: “*Há um afastamento da escuta sensível, da percepção do sujeito (dos seus afetos e da sua história de vida) e do seu processo de adoecimento*” (p. 1343).

Dessa forma não se trata de se opor ao uso de medicamentos, uma vez que eles podem sim ter um papel no cuidado em saúde mental, mas sim de problematizar a forma como esses medicamentos são utilizados atualmente. É preciso considerar estratégias para a retirada gradual das medicações, entender como elas impactam a vida dos indivíduos, como ela pode estar vinculada ao seu adoecimento e reconhecer seu potencial iatrogênico. Principalmente trata-se de auxiliar o sujeito a descobrir seu próprio caminho no cuidado da sua saúde e como podemos oferecer suporte que vá além da medicação.

IV - O QUE É A GAM?

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma abordagem desenvolvida, enquanto Guia, no Quebec, Canadá, em 1990 (Palombini e Del Barrio, 2021), destinada a grupos de pacientes que utilizam medicamentos psiquiátricos. Esta estratégia enfoca como os pacientes administram suas medicações e os impactos destas em várias dimensões de suas vidas pessoais. Em um contexto onde havia pouca crítica à crescente medicalização do cuidado, a GAM surge por iniciativa dos próprios usuários de medicações psiquiátricas, com o objetivo de ajudar outros usuários de medicamentos.

Fruto desse contexto acrítico ao uso excessivo de medicação e partindo da iniciativa dos próprios usuários, o desenvolvimento do Guia GAM Canadense se deu de maneira coletiva, através de grupos de debates compostos por usuários, associações de defesa dos direitos dos usuários, profissionais das redes comunitárias de serviços alternativos em saúde (serviços que não eram oferecidos pelo governo canadense) e pesquisadores. Atualmente o uso do Guia e a abordagem de

trabalhos da GAM é reconhecida e estimulada pelo Governo canadense (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014, pag. 12)

A adaptação da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) do contexto canadense para o brasileiro reflete uma série de modificações sensíveis às necessidades locais e diferenças culturais significativas dos dois países. Uma das mudanças mais marcantes está na linguagem utilizada nos guias. Enquanto o Guia GAM canadense utiliza o pronome "eu", incentivando uma jornada de autorreflexão pessoal, a versão brasileira opta pelo pronome "você". Esta escolha não é apenas linguística, pois transforma o Guia em um interlocutor que dialoga com o usuário, ao invés de ser um mero facilitador de autoanálise e promove *"um exercício de pensamento, de reflexão de si, que se faz em copresença, junto e ao lado de outros"* (Palombini e Del Barrio, 2021, p. 208). Esta adaptação evidencia uma tentativa de tornar o Guia mais acessível e dá ênfase ao aspecto relacional.

Enquanto o Guia GAM canadense é apresentado como *"Mon guide personnel"*, o Guia brasileiro permite que o usuário insira seu nome, simbolizando sua apropriação do documento. Segundo Palombini e Del Barrio, esta mudança permite da a possibilidade do sujeito se inserir de outra forma no processo:

Pensamos que assumir seu nome próprio e inscrevê-lo na capa do Guia – tornando-o seu – é, por si, ato de cidadania, especialmente significativo para uma parcela de brasileiros destituída de posses e sem acesso a bens culturais. (Palombini & Del Barrio, 2021, p. 207)

Além da linguagem, o foco nos direitos dos usuários é significativamente ampliado na versão brasileira do Guia. No GAM canadense, os direitos são abordados, mas de maneira mais contida. No Brasil, onde os direitos frequentemente não são garantidos na prática, especialmente para as populações marginalizadas e os usuários dos serviços de saúde mental. A versão brasileira do Guia dá mais ênfase a parte relacionada a direitos, procurando justamente fortalecer o acesso dos usuários a eles.

Outra modificação substancial diz respeito às orientações para a retirada progressiva de medicamentos. Enquanto a versão original do Quebec incorpora diretrizes para a redução e eventual cessação do uso de medicamentos, a adaptação brasileira exclui essas orientações. Esta decisão reflete preocupações práticas dentro do sistema de saúde brasileiro, que teme possíveis repercussões negativas junto aos profissionais de saúde (Palombini e Del Barrio, 2021, p. 208). Isso porque, no contexto brasileiro, há um forte problema em relação ao acesso ao direito à saúde, onde *"o problema não era 'o direito de interromper o uso de medicamentos, mas o direito de ter acesso a eles"* (Palombini e Del Barrio, 2021, p. 209). Por conta dessa questão local, o Guia GAM, na sua versão brasileira, foca na negociação e diminuição da medicação e não no desmame.

Por fim, a elaboração e implementação da GAM nos dois países também se deu de formas diferentes. Enquanto no Canadá, a implementação foi conduzida principalmente por grupos comunitários e de direitos dos usuários, com forte apoio de entidades acadêmicas. No Brasil, a implementação envolve uma colaboração mais ampla que inclui universidades, associações de usuários e familiares, e serviços da rede pública de saúde mental através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A integração desses serviços e dos CAPS reflete uma tentativa de institucionalizar a prática dentro do sistema de saúde pública, ampliando seu alcance e impacto.

Durante esses debates para a elaboração da GAM, foi reconhecido que os usuários não tinham um fácil acesso às informações sobre os medicamentos que tomavam, e que a experiência de cada indivíduo com o uso de medicação ocorria de uma forma muito singular. Dessa forma a GAM se constituiu como uma metodologia crítica ao estado vigente, em relação às formas de cuidado de seu território. Visando combater esse cenário, institui como um de seus princípios a conscientização dos usuários em relação aos efeitos das medicações e assim a possibilidade de reivindicarem seu poder decisório sobre a sua forma de tratamento a partir de suas experiências.

O primeiro princípio da Gestão Autônoma da Medicação enfatiza a importância da conscientização do usuário sobre o uso da medicação. Não se limita apenas à compreensão dos aspectos técnicos da medicação, como suas propriedades e possíveis efeitos colaterais, mas também incentiva uma reflexão pessoal sobre como essa medicação afeta sua vida e sua saúde de maneira mais ampla.

A GAM busca que as pessoas que usam psicofármacos sejam mais críticas com o uso que fazem deles, que conheçam melhor os medicamentos que usam cotidianamente e seus efeitos desejados e não desejados. (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014, p.5)

Esse princípio reconhece a singularidade da experiência de cada indivíduo com a medicação e incentiva uma abordagem mais reflexiva e autoral em relação ao tratamento. Em vez de simplesmente confiar e decorar as informações fornecidas na bula ou por profissionais de saúde, o usuário é encorajado a explorar sua própria experiência e a desenvolver um conhecimento pessoal sobre como a medicação se encaixa em sua vida. Essa abordagem, que valoriza o conhecimento da experiência, tem com intenção que o usuário se envolva no seu tratamento.

Complementar ao primeiro princípio, a GAM busca informar os usuários sobre seus direitos, principalmente na esfera de seu tratamento. Isso inclui não apenas a escolha de iniciar um tratamento, mas também o direito de recusar um tratamento que lhe é ofertado que considere inadequado, seja por preocupações com os efeitos colaterais, preferências pessoais ou outras razões . *“Assim, dois princípios importantes da GAM são: o direito à informação e o direito a aceitar ou*

recusar os tratamentos” (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014 p. 5). *Para a GAM, “a participação das pessoas nas decisões sobre os seus tratamentos é algo central.”* (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014, p. 5).

Partindo da necessidade de reconhecer a singularidade individual de cada usuário, que os demais princípios da GAM foram se construindo de maneira a garantir os direitos dessas pessoas. Portanto foi por meio desse movimento de valorização da experiência própria de cada sujeito e da conscientização sobre os direitos ligados ao tratamento, que a metodologia permite fortalecer a capacidade dos seus usuários de participarem ativamente do seu cuidado.

Há ainda como base da GAM, mais dois princípios: o de Autonomia e Cogestão. Ambos profundamente correlacionados. A autonomia no cuidado em saúde mental, especialmente dentro da abordagem da Gestão Autônoma da Medicação, transcende a noção convencional de independência, abraçando uma compreensão mais relacional e interdependente.

Por isso, quando falamos de gestão autônoma, não estamos falando de uma gestão independente da própria vida do usuário, mas de uma cogestão, que é o segundo princípio sobre o qual queremos falar: cogestão é a gestão que se faz juntos. (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014)

Essa perspectiva ressalta a importância de um processo compartilhado, onde as decisões sobre o tratamento são tomadas em colaboração, isto é, o projeto terapêutico é com base em uma cogestão, onde se somam os conhecimentos profissionais e as experiências vividas pelos usuários. Dessa forma, a autonomia se manifesta não apenas no direito de fazer escolhas sobre o próprio tratamento, mas na capacidade de fazer essas escolhas de maneira informada, consciente e em junto com profissionais de saúde, além da possibilidade de integrar o resto do território nessa cogestão (como família, colegas de trabalho, comunidade, etc). Segundo Carron e Feuerwerker essa experiência:

[...] era um convite a uma multiplicidade de olhares e visibilidades, que facilitava o acesso à transversalidade, auxiliava escapar dos enquadres que estabilizam o campo de relações e provocava trânsitos nos quais novos modos de pensar, existir e cuidar eram possíveis. (Carron e Feuerwerker, p. 24)

A cogestão, intrinsecamente ligada ao princípio da autonomia, fundamenta-se na ideia de que a gestão do tratamento em saúde mental é mais potente e humanizada quando realizada de forma colaborativa.

Quando possibilitamos um espaço coletivo de diálogo sobre esse recurso, qual seja, a medicação e sua gestão, legitimando saberes não médicos e convocando o protagonismo do usuário para um campo onde até então ele estava reduzido à condição de objeto, produzimos efeitos transformadores, que atingem diretamente o que está no cerne da medicalização. (Rosa e Escorcio, 2021, p. 73)

Essa abordagem implica uma partilha de poder e responsabilidade entre usuários e profissionais, em que ambos os lados contribuem com seus saberes e experiências para o planejamento e implementação do tratamento. A cogestão enfatiza a necessidade de uma relação, na qual as vozes dos usuários são valorizadas e consideradas fundamentais no processo de tomada de decisão, onde se coloca “*em questão o domínio do saber médico sobre a doença e, por isso, colocamos em questão a própria concepção de doença.*” (Rosa e Escorcio, 2021, p. 73)

A GAM se autodefine como “*uma estratégia pela qual aprendemos a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam*” (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014 p. 10). A GAM parte da constatação de que cada pessoa é singular e que o uso de medicação produzem consequências particulares na vida de cada pessoa. Dessa forma se faz necessário trabalhar esse uso de medicação com seus usuários, dando voz e a possibilidade de se repensar elementos como quantidade da dose, uso de múltiplas medicações e inclusive a própria necessidade de medicação.

Essa estratégia deve ser praticada em grupos, de forma coletiva, assim como o uso do Guia GAM. O guia funciona como um manual detalhado, para as reuniões desse grupo, oferecendo orientações e sugerindo atividades variadas para os encontros do grupo, que visam um manejo cogestivo onde o “*moderador que tem a tarefa de fomentar o protagonismo distribuído, visando a descentralização do manejo*” (Passos 2019, p. 10). Os encontros presentes no guia são cuidadosamente desenhados para incentivar os participantes a mergulharem em reflexões profundas sobre suas experiências pessoais com a medicação, promovendo um espaço de troca e aprendizado mútuo.

O grupo GAM não é apenas participativo, ele fomenta a participação. O efeito buscado é o da contração de uma grupalidade que é mais do que o ajuntamento de pessoas, na medida em que se alcança uma dinâmica de autonomia coletiva, isto é, o grupo passa a operar como gerador de normas para si: grupo normativo e não grupo normal que opera a cogestão da medicação. (Passos 2019, p. 10)

O guia se estrutura em 6 passos divididos em 2 partes. Sua fase inicial é composta por um pequeno trecho introdutório sobre seu contexto histórico, sua relação com a reforma psiquiátrica, seus princípios e sua forma de trabalho. Em seguida inicia-se a Primeira Parte “Sua qualidade de vida” (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM, p. 5). Tal fase do trabalho é dividida entre quatro passos, tem como função iniciar a reflexão sobre o sujeito em seu território. Como ele se apresenta, como enxerga a si mesmo, quais são as suas redes de apoio, como é sua rotina, como ele cuida de si, onde mora, quais são seus recursos financeiros, seu estado de saúde, e por fim sua

medicação, as razões por quais começou a tomar, seus efeitos positivos e negativos, o que sabe sobre ela, e mais uma grande série de perguntas.

Ainda nessa primeira parte, trabalhasse com o grupo a ampliação de autonomia, a partir dos desejos desses participantes e o que consideram necessário para viverem com qualidade. Também se busca fazer essa construção de autonomia vinculada aos serviços presentes no território e pessoas da rede do usuário. Nessa parte também trabalhasse, o conhecimento dos membros do grupo sobre seus direitos.

Após isso inicia-se a conversa sobre os medicamentos, como é a experiência diária desse uso, quais medicamentos faz uso, em quais doses, com qual finalidade, quais os efeitos adversos, efeitos percebidos ao tomar o remédio, no que ele ajuda e no que ele atrapalhar no dia a dia, substâncias que interagem com determinados tipos de medicação.

Em seguida, passasse para a segunda parte do Guia “Um caminho para mudanças” (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - GAM, p. 19) e seus últimos dois passos, onde se faz uma recapitulação do trabalho até então e da experiência de participar do grupo, e busca-se engajar os participantes numa empreitada a participarem mais ativamente de seu projeto de cuidado. Para facilitar, ou prepara os membros do grupo, nesses encontros, busca-se saber com quem se sentem confortáveis para conversar, o que tem pensado sobre os medicamentos e seu tratamento, se tem vontade de serem tratados de uma forma alternativa ao que lhes tem sido ofertado,

Por fim, a segunda parte se conclui com o planejamento de novas ações, a partir das dificuldades percebidas pelos membros ao longo do processo e o que ainda sentem que precisa ser trabalho, bem como em quais espaços eles podem seguir se desenvolvendo, na percepção sobre o funcionamento de seu novo plano de tratamento. Ao final do guia, o membro ainda pode encontrar uma série de informações úteis sobre as classes de medicamentos e seus direitos.

V - MÉTODO:

A escolha da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como foco desta pesquisa se baseia em sua singularidade em promover a autonomia dos indivíduos em relação à sua medicação e tratamento de modo geral. A GAM se destaca de outros instrumentos relacionados à autonomia, uma vez que busca desenvolver a autonomia dos participantes, diferente de outros instrumentos ligados ao tema que buscam apenas medir e avaliar o grau de autonomia dos sujeitos. Dessa forma, enquanto a maioria dos métodos se concentra na avaliação ou na mensuração da autonomia, a GAM vai além, na tentativa de fornecer um suporte efetivo para que os pacientes assumam um papel ativo

na gestão de sua própria medicação. Focada nessa tarefa a GAM pode ser um dispositivo de enfrentamento ao modelo biomédico tradicional e um elemento para se implementar a reforma psiquiátrica nos serviços de saúde. Assim, a escolha da GAM como objeto de estudo desta pesquisa se justifica pela sua abordagem única e pelo seu potencial de impacto significativo no cuidado em saúde mental.

Com o objetivo de investigar como a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) contribui para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil, e enfrenta os dispositivos de biopoder, o método utilizado neste trabalho consistiu em uma revisão bibliográfica das pesquisas publicadas entre 2014 e 2024 sobre a implementação prática da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) em serviços de saúde mental. A escolha desse período se justifica pela última versão brasileira do Guia de Apoio aos Moderados, ser no ano de 2014 (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014, p. 3). A busca por artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: SciELO-Brasil (Scientific Electronic Library Online); BVSsalud (Biblioteca Virtual em Saúde); Observatório GAM. Com os seguintes indexadores: Gestão Autônoma da Medicação; Saúde Mental; Psicologia. Após uma busca inicial nas três plataformas (SciELO-Brasil, BVSsalud e Observatório GAM), identificamos um total de 21 referências relacionadas ao tema. Foram então selecionados 6 artigos científicos brasileiros, de psicologia, em português, que corresponderam aos critérios de inclusão do estudo, a saber: os pesquisadores implementaram um grupo GAM, implementaram um grupo baseado na estratégia GAM ou ainda participaram de um grupo GAM. Foram excluídos trabalhos anteriores a 2014, de outros países, de outros campos do saber, de análise teórica e documental do instrumento assim como teses e dissertações,

Após leitura atenta dos artigos em seus formatos integrais, essa seleção foi organizada em uma tabela enquanto resultados, descrevendo autores e ano de publicação do artigo, cidade e estado e local da intervenção grupal realizada, tipo de pesquisa e população alvo, desafios enfrentados na implementação ou desenvolvimento dos grupos e contribuição aferida à reforma psiquiátrica. A descrição do material somou-se à descrição das experiências de prática da GAM em relação aos seus resultados, favorecimento/contribuições à reforma psiquiátrica e desafios enfrentados.

Discutiu-se então a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil a partir de diferentes contribuições dos autores em pesquisas realizadas em diferentes contextos, que afirmaram sua capacidade de contribuição e transformação nas práticas de cuidado instituídas assim como os desafios encontrados durante a implementação, alguns superados pela própria forma de funcionamento dos grupos, outros ainda a serem enfrentados a fim de, orientados pelos princípios da GAM, serem combatidos e revertidos em possibilidades de cuidado, criação e de fortalecimento de rede.

VI - RESULTADOS:

A partir dos seis artigos selecionados pudemos observar como a GAM tem sido aplicada em diferentes contextos e regiões do Brasil, estando presente nos CAPS infanto juvenil, CAPS adulto e no CAPS álcool e drogas, nos revelando como essa estratégia pode, a partir dos seus princípios, ser adaptada a diferentes cenários de trabalho e populações alvo, enfrentando diversos desafios e contribuindo de maneira significativa para a reforma psiquiátrica no Brasil.

Artigo	Autores e Ano de Publicação	Local de Intervenção, cidade e estados	Tipo de Pesquisa e População Alvo.	Desafios Enfrentados	Contribuição para Reforma Psiquiátrica
Do Isolamento à Cogestão: A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) com Familiares	Renault, Passos (2022)	CAPS, Niterói, Rio de Janeiro	Pesquisa-Intervenção participativa, com familiares de usuários dos serviços de saúde mental.	Como enfrentar modos de articular e compor com diferentes pontos de vista dos familiares membros do grupo; imaginar novas formas de dialogar com os parentes sobre o tema.	Inclusão de familiares no processo terapêutico fortalecendo a rede de apoio e cuidado em saúde mental. Mudança de perspectiva dos membros do grupo e corresponsabilização e compartilhamento do cuidado.
Participação Infantil no Cuidado	Gonçalves, Caliman, César (2021)	CAPSi, Vitória, Espírito Santo	Pesquisa-Intervenção participativa, com crianças usuários do	Engessamentos e barreiras impostas pela produção do diagnóstico de	Valorização das experiências, opiniões e participação dos usuários e familiares

em Saúde Mental: Um Grupo GAM no CAPSi			serviço, familiares (mães principalmente) e profissionais do serviço.	transtorno mental, e delimitação da concepção de infância na modernidade que, que acabaram gerando impossibilidades e limites à participação infantil em seus processos de cuidado.	no tratamento. Inclusão das crianças no processo de cuidado e decisão, reconhecendo as crianças como sujeitos de direitos.
Autonomia e Exercício de Direitos na Experiência da Gestão Autônoma da Medicação	Palombini <i>et al.</i> (2020)	CAPS (3 diferentes), Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Pesquisa Qualitativa, por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas para coleta de dados. Entre os participantes estavam psiquiatras do serviço, usuários e outros profissionais.	Troca de profissionais na equipe e descontinuidade e de participação dos grupos. Dificuldades no exercício de direitos dos usuários, especialmente com relação ao tratamento medicamentoso, visto como condição para	A pesquisa realizada aponta efeitos importantes na relação estabelecida entre usuários e trabalhadores dos CAPS e os resultados relatam uma ampliação da concepção de autonomia e maior reconhecimento dos direitos dos usuários.

				manutenção do vínculo com os serviços.	
Trilhas nômades nordestinas de cuidado entre GAM e redução de danos	Medeiros; Londero; Amorim (2023)	CAPSad; Garanhun, Pernambuco	Pesquisa cartográfica. Entre os participantes estavam membros de um grupo GAM, profissionais e estagiários do serviço, além de outros agentes de cuidado do serviço.	Falta de medicamentos na farmácia do serviço, cenário de usos não prescritos das drogas psiquiátricas (escambo, doações, rede informal de comércio). Manejo de casos complexos que levam a sensação de fracasso e esgotamento da equipe, e consequentemente uniformização do cuidado.	Pela aproximação com a redução de danos ao promoverem potencialização da vida pela produção de modos singulares de cuidado, integrais e visando autonomia. Diferenciando-se de uma perspectiva binarista e essencialista de trabalho com usuários de substâncias psicoativas.
Saúde mental em rede: o curso de Psicologia	Vicentin; Rosa; Sereno; Severino; Kahhale;	UBS e CAPSad, São Paulo, São Paulo	Pesquisa-Ação. Entre os participantes estavam 24 estudantes	Escassa oferta de cuidados em saúde mental na atenção básica; queixas	Mudança de perspectiva no cuidado em saúde mental, permitindo a vinculação de

<p>a na articulação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde</p>	<p>Gomes; Gonçalves (2019)</p>		<p>bolsistas, 12 profissionais de saúde atuando como preceptores, dois professores tutores e um coordenador, que implicou diretamente os serviços implicou diretamente os serviços da Atenção Básica e os CAPS na análise de mapas de cuidado de usuários e de saúde mental.</p>	<p>dos usuários sobre os efeitos adversos e incômodos dos remédios psiquiátricos; consumo excessivo de drogas prescritas; demanda dos usuários de saúde mental por serem ouvidos e acolhidos.</p>	<p>usuários que apresentam intenso sofrimento a estratégias ampliadas de cuidado, superando a exclusividade da medicação na relação com o serviço de saúde.</p>
<p>Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação</p>	<p>Chaves; Caliman (2017)</p>	<p>CAPSi, Vitória, Espírito Santo</p>	<p>Pesquisa-Intervenção com respaldo no método cartográfico. Entre os participantes estavam pesquisadores, familiares de</p>	<p>Intensificação de intervenções pautadas na racionalidade biomédica, patologização da infância, e tratamento medicamentoso como</p>	<p>O grupo permitiu um trabalho cogestivo, sustentando as controvérsias entre acompanhamento, laudos e sistema escolar. Permitiu um espaço de reflexão sobre medicalização da infância e a</p>

			crianças em tratamento com psicotrópicos, trabalhadores da instituição de ensino e as próprias crianças usuárias.	tecnologia única e central no cuidado. Banalização do diagnóstico de TDAH e aumento na procura por metilfenidato. Necessidade de construir um trabalho intersetorial de saúde mental nas escolas.	interlocação entre diferentes atores envolvidos no cuidado. Fortaleceu o trabalho de cuidado das crianças e adolescentes participantes ampliando a rede entre escola, CAPSi e familiares.
--	--	--	---	---	---

VII - ANÁLISE DE RESULTADOS:

Por meio dessa revisão pudemos atestar a capacidade da GAM em promover a inclusão de diversos agentes da rede de cuidado dos usuários, de trazer a autonomia para o debate entre esses agentes (usuário, família, serviços e técnicos), bem como a cogestão e valorização das experiências individuais dos usuários. Todos esses efeitos observados nas aplicações da GAM contribuem com a reforma psiquiátrica uma vez que vão na direção oposta do modelo biomédico tradicional.

A partir dos dados da tabela, podemos constatar uma maior incidência de pesquisas nas regiões Sul e Sudeste do país, fenômeno possivelmente associado ao fato de os pesquisadores que adotaram a GAM e realizam estudos sobre o tema residirem nesses territórios. No entanto, isso levanta questões sobre a difusão da GAM em âmbito nacional e sobre as estratégias necessárias para promover sua implementação em outras regiões do Brasil.

Outro ponto relevante é que todas as pesquisas analisadas se situam em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nos CAPS, algo relacionado a história da GAM no Brasil, que teve como contextos inicial de suas adaptações o espaço dos CAPS. Todavia, isso nos leva a refletir sobre a viabilidade e a capacidade de aplicação da GAM em outros contextos e tipos de serviços de saúde. Além disso, é fundamental questionar quais são os espaços que possuem

interesse em abordar criticamente a medicação e quais se beneficiam da alienação de seus pacientes e clientes sobre o tema. A reflexão sobre esses pontos é crucial para compreender os desafios e as oportunidades na expansão da GAM em diferentes cenários do cuidado em saúde mental.

Em relação aos desafios enfrentados por Renault e Passos (2022), podemos observar como a própria ferramenta dos grupos GAM mostrou-se eficaz como uma estratégia para trabalhar as dificuldades encontradas pelos pesquisadores no serviço relacionadas à inclusão de familiares no processo de cuidado e a articulação de diferentes pontos de vista. O problema relacionado a inclusão de familiares no processo de cuidado, bem como seus pontos de vista destoantes da equipe em relação ao tratamento, puderam ser trabalhados durante a prática dos grupos GAM, onde ao final da pesquisa os vínculos entre serviço e família foram fortalecidos, bem como a corresponsabilização e compartilhamento do cuidado. Dessa forma o grupo conseguiu promover uma mudança de perspectiva sobre o processo de cuidado que era um de seus problemas iniciais.

Sobre o trabalho de Caliman e Gonçalves (2021), podemos observar o mesmo sucesso em promover uma mudança positiva na intervenção sobre os problemas encontrados no início do trabalho. Inicialmente, as concepções da sociedade em geral acerca da infância trouxeram dificuldades em relação à participação das crianças no grupo e sobre a forma como poderiam compor esse espaço, em relação ao convívio grupal com os outros participantes. No entanto, ao final da pesquisa, puderam observar como essa diversidade do grupo promoveu a valorização das experiências e a inclusão das crianças no processo de cuidado e decisão. Esse processo resultou no reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos, destacando a importância de se considerar suas opiniões e participação no tratamento. Dessa maneira, a intervenção conseguiu transformar um desafio inicial em uma contribuição significativa para a prática do cuidado em saúde mental.

Palombini *et al.* (2020) encontraram como problema, nos diferentes serviços da pesquisa, a falta de autonomia dos usuários no exercício de seus direitos, principalmente ao que se refere ao tratamento medicamentoso. Além disso, um fator que interferiu no trabalho da pesquisa-intervenção foram as mudanças de profissionais da equipe e a descontinuidade do grupo GAM. Fatores que levaram os autores a mudarem a estratégia de análise de comparação entre diferentes grupos, voltando-se a atenção para similaridades e semelhanças encontradas dentro de um mesmo segmento ou serviço, e dos momentos pré e pós intervenção. Ao final da pesquisa os autores puderam observar uma melhora na relação entre usuários e profissionais no que se refere a uma ampliação da concepção de autonomia e maior reconhecimento de direitos dos usuários por ambas as partes.

Medeiros, Londero e Amorim (2023) enfrentaram diversos desafios no serviço e território da pesquisa, especialmente a falta de medicamentos na farmácia do serviço e o uso não prescrito de drogas psiquiátricas, através de escambo, doações e a rede informal de comércio. Ademais, a

percepção de insucesso e esgotamento dos profissionais, conforme relatado pelos autores, culminava na padronização do cuidado prestado aos usuários do serviço. Apesar desses desafios, a pesquisa mostrou que a aproximação entre as duas estratégias de trabalho (GAM e redução de danos) foi eficaz em promover a potencialização da vida dos usuários, ao produzir modos singulares e integrais de cuidado que visam à autonomia. Diferente da perspectiva binarista e essencialista, estas abordagens permitiram um cuidado mais humanizado e personalizado, contribuindo para a reforma psiquiátrica ao desafiar e modificar práticas tradicionais no trabalho com usuários de substâncias psicoativas.

Vicentim *et al* (2019) se depararam com um cenário de escassa oferta de cuidados em saúde mental nas UBSs do território, descontentamento dos usuários dos serviços em relação à medicação, e falta de acolhimento no processo de cuidado. Ao final da intervenção as autoras apontam uma mudança nessa perspectiva no tratamento, com a adoção de estratégias ampliadas de cuidado, superando a exclusividade da medicação, além da vinculação de usuários com intenso sofrimento psíquico com o serviço. Outro ponto contributivo do trabalho foi a promoção de um trabalho conjunto entre universidade e sistema único de saúde, fortalecendo a articulação entre os dois setores.

Chaves e Caliman (2017) enfrentaram desafios na intervenção com a GAM, em relação a hegemonia da racionalidade biomédica das intervenções e a patologização da infância, com o tratamento medicamentoso sendo a tecnologia central no cuidado. A banalização do diagnóstico de TDAH e o aumento na procura por metilfenidato destacaram a necessidade urgente de construir um trabalho intersetorial de saúde mental nas escolas. Ao final da pesquisa, os autores observaram que o grupo GAM permitiu um trabalho cogestivo, sustentando as controvérsias entre acompanhamento, laudos e o sistema escolar. Essa abordagem proporcionou um espaço de reflexão crítica sobre a medicalização da infância e promoveu a interlocução entre diferentes atores envolvidos no cuidado. Além disso, fortaleceu o cuidado das crianças e adolescentes participantes, ampliando a rede de apoio entre a escola, o CAPSi e as famílias, contribuindo significativamente para a reforma psiquiátrica e a promoção de um cuidado mais integrado.

A análise dos resultados evidencia que a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem sido uma abordagem eficaz e adaptável em diversos contextos e populações no Brasil, enfrentando desafios significativos, como a inclusão de diferentes atores no processo de cuidado, a resistência de profissionais e usuários em relação a práticas ampliadas de cuidado, e a escassez de recursos. Contudo, as contribuições da GAM são notáveis, promovendo a autonomia, a cogestão, e a valorização das experiências individuais dos usuários. A aplicação da GAM tem demonstrado

potencial para transformar a prática do cuidado em saúde mental, superando a exclusividade da medicação e integrando estratégias ampliadas de cuidado.

VIII - DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo investigar como a Gestão Autônoma da Medicação contribui para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Os resultados obtidos corroboram que a GAM se configura como um efetivo dispositivo para a continuidade e fortalecimento da reforma psiquiátrica e à melhoria dos serviços de saúde mental ao enfrentar a perspectiva biomédica, favorecendo uma prática mais participativa e centrada nos direitos dos usuários. Ao mesmo tempo em que se confronta com desafios inerentes à práticas de mudança ou transformação.

A partir da análise dos 6 artigos selecionados na pesquisa pudemos destacar alguns pontos chave da contribuição da implementação de grupos GAM, nos serviços de saúde mental, e seus efeitos pré e pós implementação. Entre os principais resultados a estratégia GAM trouxe para os usuários e dinâmicas das equipes: Ampliação da autonomia os usuários e inclusão desse tema na elaboração de um projeto de cuidado; manejo cogestivo com a maior participação dos usuários sobre seu projeto de cuidado; inclusão da família e sua corresponsabilização no projeto de cuidado dos usuários; valorização da experiências, opiniões e poder decisório dos usuários sobre o tratamento; fortalecimento da rede de apoio e cuidado dos usuários; reconhecimento dos direitos dos usuários; mudança de perspectiva de cuidado em saúde mental.

Os desafios encontrados pelos pesquisadores podem ser amplamente associados às dificuldades criadas pelo sistema de tratamento biomédico, que tende a anular a participação dos sujeitos e valoriza pouco a inclusão da rede de apoio dos usuários. Enquanto enfrentamentos, particularmente sobre os grupos, têm sido desafiador criar modos de articular e compor com diferentes pontos de vista dos familiares de usuários de saúde mental que participam de grupos ou, em outras palavras, imaginar novas formas de dialogar com os parentes quando são resistentes à inclusão de crianças no grupo. A GAM traz um elemento de inventividade diante deste novo paradigma de cuidado, responsabilizando os sujeitos envolvidos na criação de respostas alternativas à lógica manicomial de cuidado. Não basta apenas retirar a medicação; é crucial discutir o que será colocado em seu lugar. Para isso, é necessário construir um diálogo contínuo com os agentes de cuidado e os usuários, a fim de criar uma resposta alternativa eficaz, e alinhada às especificidades de cada caso. A GAM propõe um caminho alternativo mas que exige um movimento ativo de produção de algo que não está pronto e não pode ser copiado, pois é cocriado segundo a singularidade de cada caso.

Outro conjunto de desafios enfrentados pelas equipes inclui a constante rotatividade de profissionais, resultando na descontinuidade da participação nos grupos. Além disso, o manejo de casos complexos frequentemente leva à sensação de fracasso e esgotamento entre os profissionais, o que contribui para a uniformização do cuidado. A escassa oferta de cuidados em saúde mental na atenção básica também está relacionada a essa dificuldade. Essa padronização está fortemente vinculada a uma abordagem reducionista e generalista de cuidado, que perde o caráter criativo e implicado com a singularidade de cada caso. No modelo tradicional, quando as medicações falham em produzir mudanças, as alternativas se esgotam rapidamente. A GAM, por outro lado, propõe um caminho alternativo que exige um movimento ativo na produção de respostas únicas e personalizadas, que não podem ser replicadas, pois são co-criadas de acordo com a singularidade de cada caso.

Em relação aos usuários de saúde mental, há uma intensa demanda por serem ouvidos e acolhidos. Também são frequentes as queixas sobre os efeitos adversos e incômodos causados pelos remédios psiquiátricos, bem como a dificuldade de controlar o consumo excessivo de drogas prescritas. No que tange ao macrosistema, onde o alcance de intervenção é mais distante das possibilidades de atuação das equipes, a falta de medicamentos na farmácia do serviço é um problema recorrente, resultando em cenários de uso não prescrito de drogas psiquiátricas, fomentando escambo, doações e uma rede informal de comércio. Além disso, observa-se a banalização do diagnóstico de TDAH e o aumento na procura por metilfenidato, bem como a patologização da infância. Trata-se aqui também do tratamento medicamentoso como tecnologia única e central no cuidado intensificando as intervenções pautadas na racionalidade biomédica. Uma vez que a medicação é vista como condição para manutenção do vínculo com os serviços torna-se mais difícil o exercício de direitos dos usuários, especialmente em relação ao tratamento medicamentoso. Novamente, a GAM se destaca como uma estratégia disruptiva ao propor uma conexão com o serviço pautada em tecnologias relacionais de cuidado, como acolhimento e vínculo, apostando na potencialidade do grupo em produzir um senso de pertencimento e na construção de um tipo de cuidado alternativo.

Os resultados da pesquisa indicam que a GAM pode ser uma estratégia de trabalho em grupo eficaz para o fortalecimento da reforma e enfrentamento do modelo biomédico e reducionista de cuidado em saúde. Um dos pontos centrais observados pelos autores Palombini *et al.* (2020), Gonçalves e Caliman (2021), Chaves e Caliman (2017) foi a ampliação da autonomia dos usuários após a suas intervenções, e inclusão deles na elaboração de um projeto de cuidado. Uma vez que o modelo biomédico trata os usuários como objetos e constitui uma relação unilateral com eles sobre

seu tratamento (Jorge, 2011), a metodologia GAM permitiu alterar esse cenário e implicar tanto os usuários quanto às equipes na tarefa de articular um cuidado mais participativo e colaborativo

Outro ponto crucial que rompe com o modelo manicomial de cuidado, correlacionado com a ampliação de autonomia, é a possibilidade de uma manejo cogestivo no cuidado, atestado pelos mesmo autores citados no parágrafo anterior. A participação ativa do usuário em seu projeto de cuidado não apenas possibilita um tratamento mais singular e adaptado ao seu contexto de vida, como também respeita seus direitos individuais garantidos por lei. Esse enfoque promove um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa, rompendo com práticas tradicionais e autoritárias. Isso se torna possível uma vez que os grupos GAM não são apenas participativos, eles estimulam à participação, promovendo uma relação de autonomia coletiva e cogestão da medicação (Passos, 2019).

O reconhecimento do direitos dos usuários é um ponto extremamente importante para o fortalecimento da reforma psiquiátrica, uma vez que permite a ampliação da luta para uma esfera política e social, transcendendo o indivíduo e a instituição e estendendo-se para uma esfera macropolítica de reivindicação de direitos à saúde e a modos de existir divergentes da norma. É por meio da aquisição de informação e produção de autonomia que os sujeitos poderão agir sobre seu contexto social (Onocko-Campos, 2016) Não por acaso, a GAM elenca a aquisição de informações como um de seus objetivos principais, considerando que é esse o motor inicial para a possibilidade de reflexão e garantia de direito (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014). Entre as pesquisas Gonçalves e Caliman (2021) e Chaves e Caliman (2017) relataram um maior reconhecimento dos direitos dos usuários, tanto por parte deles como por parte da equipe técnica do serviço, o que possibilita um trabalho implicado com a garantia de direitos.

A GAM foi eficaz em mais de uma das suas intervenções em fortalecer o vínculo entre a rede de apoio dos usuários e os serviços de saúde como apontaram Renault e Passos (2022) e Chaves e Caliman (2017) . Uma das intervenções significativas, foi a inserção de outros agentes de cuidado nas discussões dos grupos GAM, tendo como resultado a inclusão desses agentes e sua responsabilização com o cuidado e uma mudança na perspectiva de cuidado por parte dos familiares. Esses resultados contribuem para a reforma psiquiátrica, pois ampliam o cuidado para fora do serviço, estabelecendo um diálogo contínuo com outros agentes de cuidado que estão presentes em outros contextos da vida dos usuários. Além disso, a expansão para formas alternativas de cuidado, não medicalizantes, de forma dialogada e construída em conjunto com os familiares, permite explorar e compreender que o cuidado vai além da medicação (Passos, 2019). Movimento que permite pensarmos aspectos como a produção de autonomia, valorização das experiências individuais e introduzir intervenções substitutivas à medicação. A colaboração com os

familiares é vital para garantir que essas mudanças no cuidado sejam bem-sucedidas e sustentáveis a longo prazo.

Ainda em relação a rede de cuidado e à ampliação na direção de um cuidado mais integral, as pesquisas de Chaves e Caliman (2017) e Vicentin et. al (2019), relataram que, após a intervenção por meio dos grupos GAM, houve um fortalecimento significativo das relações entre o serviço de saúde e as outras instituições, como escola, família e universidade. Aproximação que permitiu a adesão de estratégias ampliadas de cuidado e superação da exclusividade da medicação. A articulação entre essas diferentes instituições e a corresponsabilização delas nas práticas de cuidado resultaram em abordagens mais inclusivas e adaptadas ao contexto de vida dos usuários. Essa abordagem integrada reflete um avanço significativo na reforma psiquiátrica, ao promover uma rede de cuidado que valoriza a intersetorialidade entre os diferentes agentes envolvidos no tratamento, algo fundamental na promoção de uma rede de cuidado eficaz e integrada (Passos, 2019). A superação da exclusividade da medicação e a adoção de estratégias ampliadas de cuidado evidenciam o potencial transformador da GAM em construir uma prática de saúde mais alinhada com a reforma.

De acordo com o princípio de valorização da experiência própria de cada sujeito na elaboração sobre seu projeto de cuidado e relação com a medicação (Guia da Gestão Autônoma da Medicação - Guia de Apoio à Moderadores, 2014), Gonçalves e Caliman (2021) observaram que durante as intervenções houve uma melhora na apreciação dessas experiências individuais por parte das equipes técnicas e dos próprios membros do grupo, aspecto também relatado por Medeiros e Londero (2023). Estes ainda permitem relacionarmos isso com a produção de modos de cuidado mais singulares, personalizados e humanizados, orientados para a promoção da autonomia dos usuários. A valorização das experiências é um ponto crucial para o reconhecimento desses indivíduos como sujeitos de direitos, capazes de refletir e descobrir o que é melhor para eles. Este aspecto contrasta com a orientação tradicional de suposto saber presente no modelo biomédico, onde se presume conhecer e saber o que é melhor para o outro. Ao promover essa valorização, a GAM não apenas respeita a singularidade dos usuários, mas também fortalece a co-construção de um cuidado que é centrado no indivíduo e suas necessidades específicas (Medeiros e Londero, 2023, p. 56).

Por meio desses principais resultados da pesquisa podemos destacar mais dois feitos importantes dessas intervenções, apontados por Renault e Passos (2022) somados com Chaves e Caliman (2017): A mudança de perspectiva em relação ao cuidado e reflexão crítica sobre a medicalização. Nota-se que, a partir dos grupos GAM, e pelos seus efeitos produzidos em seus participantes e espaços, foi possível criar um ambiente de reflexão crítica sobre os modos

tradicionais de se pensar em saúde e a mudança para uma perspectiva mais condizente aos princípios da reforma e implicada com a garantia de direitos dos usuários. Os efeitos dessas intervenções são extremamente produtivos para a reforma, uma vez que essa inversão de valores pode ocorrer em diferentes contextos, como família, caps, escola, ubi. Esse efeito tem profundo valor, uma vez que mesmo com o encerramento do grupo, a mudança subjetiva pode produzir desencadeamentos não previstos pelos pesquisadores nessas diferentes esferas da vida social, no que se refere a um cuidado mais ampliado, que respeite os direitos dos usuários e que seja construído em colaboração com eles.

Sobre as limitações deste estudo, podemos destacar o baixo volume de artigos analisados, o que pode restringir a abrangência das conclusões. A concentração geográfica das pesquisas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil também pode limitar a generalização dos resultados para outras áreas do país. Para pesquisas futuras, uma investigação dos efeitos da GAM a longo prazo, avaliando se as mudanças promovidas por essa metodologia se mantêm ao longo do tempo ou se requerem a presença contínua dos grupos GAM, se faz necessária. É essencial examinar tanto os impactos duradouros nos usuários quanto às transformações nas perspectivas e práticas dos profissionais de saúde mental. Uma pesquisa longitudinal poderia oferecer reflexões valiosas sobre a sustentabilidade das intervenções da GAM e seu impacto a longo prazo. Outro aspecto relevante para estudos subsequentes seria avaliar a capacidade da GAM de influenciar a dinâmica geral das instituições de saúde mental. Pesquisas comparativas entre CAPS que implementam a GAM e aqueles que não adotam essa metodologia poderiam fornecer dados relevantes sobre a extensão e a generalização dos efeitos da GAM. Além disso, seria interessante investigar como a GAM pode ser adaptada e implementada em outros espaços, como escolas e unidades básicas de saúde, para ampliar seu alcance e impacto.

Ao fomentar a reflexão crítica sobre a medicalização e promover uma mudança na perspectiva de cuidado em saúde mental nos espaços onde esteve presente, a metodologia de trabalhos em grupo da GAM contribuiu na construção de uma concepção de trabalho em saúde mental que siga os pressupostos da reforma psiquiátrica, que enfatiza a importância de escutar e incorporar as vozes dos usuários no processo de cuidado, estimulando sua participação na tomada de decisões. Proposta que contribuiu para a criação de um cuidado onde os usuários são agentes de seu próprio cuidado.

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) demonstrou ser uma estratégia eficaz para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil. A análise dos artigos revelou diferentes contribuições dessa metodologia, em diferentes contextos, onde sua implementação gerou resultados importantes que afirmam sua capacidade de contribuição e transformação nas práticas de

cuidado instituídas. Os desafios encontrados durante a implementação também foram superados muitas vezes pela própria forma de funcionamento dos grupos, orientados pelos princípios da GAM, e em algumas situações, revertidos em possibilidades de cuidado e criação e de fortalecimento da rede. A reflexão crítica sobre a medicalização e a promoção de estratégias ampliadas de cuidado destacam a potência da GAM de enfrentamento do modelo biomédico de redução da dependência excessiva de intervenções farmacológicas, e de uma prática que respeite e empodere os indivíduos em sofrimento psíquico.

IX - REFERÊNCIAS:

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; CAMPOS, Gastão. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMMOND JUNIOR, José Augusto; CARVALHO, Yara (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 669-688. Disponível em: <https://gastaowagner.com.br/files/21/Capitulo-de-Livro/50/AUTONOMIA-E-SAUDE.pdf> .

Acesso em: 4 de março de 2024

SILVA, Laine; ANDRADE, Elisabete. Autonomia no campo da saúde mental: uma revisão da literatura nacional. In: *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, p. 347-356, 2018. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2921> . Acesso em: 8 de março de 2024

JORGE, Maria; PINTO, Diego; QUINDERÉ, Paulo. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CMNBywFRDpPgjhFHBzxTqWH/abstract/?lang=pt> .

Acesso em: 23 de abril de 2024

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. In: *Revista de Saúde Pública [online]*, vol. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt> . Acesso em: 27 de maio 2024

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Onocko Campos, Rosana Teresa; Passos, Eduardo; Palombini, Analice *et al.* Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 05 março. 2024.

GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM. Onocko Campos, Rosana Teresa; Passos, Eduardo; Palombini, Analice *et al.* Campinas: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em:

<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 05 março de 2024.

PALOMBINI, Analice; BARRIO, Lourdes. Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: uma aposta participativa. In: *Saúde em Debate*, v. 45, n. 128, p. 203-2025, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VfhPsgYMSnBKqYcsNzFrrnK/> . Acesso em: 20 de maio de 2024

ROSA, Elisa; ESCORCIO, Renata. A GAM no cuidado em saúde mental: pelo enfrentamento da medicalização e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. In: MENDES, Vera; ROSA, Elisa; GONÇALVES, Maria (org.). *Dispositivos de cuidado e formação em saúde*. São Paulo: Educ, 2021. Disponível em: <https://j.pucsp.br/noticia/lancamento-dispositivos-de-cuidado-e-formacao-em-saude>. Acesso em: 06 de março de 2024

MICHAELIS [online],2024. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=autonomia>. Acesso em: 23 abril. 2024.

PASSOS, Eduardo; SADE, Christian; MACERATA, Iacã. Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. In: *Saúde e Sociedade*, Niterói, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/83vTMsOvXGtMPeW874qjXpC/> . Acesso em: 11 de maio de 2024

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice. A Gestão Autônoma da Medicação: Uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XbYg7jh4vgsRRhcFSt3pFCP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 de maio de 2024

CARRON, R.; FEUERWERKER, L. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. In: *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 14-24, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5dHz7hY3HYZwFjRhrKbN3dP/>. Acesso em: 12 de maio de 2024

KRAEMER, Fabiana; PRADO, Shirley; FERREIRA, Francisco. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337-1359, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/g4v3OyTmkrs6ROwS3HNLJ4M/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 28 de março de 2024

BARBOSA, Valquiria; MARTINHAGO, Fernanda *et al.* O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MSnX7SJXb9cQsRCQSpVFcZ/abstract/?lang=pt>. Acesso

em: 12 de maio de 2024

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). In: *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, p. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>. Acesso em: 26 de

maio de 2024

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. In: *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 9, p. 489-495, 1 dez. 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/d54H5pCTzS8WyHMxZVCtJtq/>. Acesso em: 26 de maio

de 2024