

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL**

**CECÍLIA DE CASTRO E MARQUES**

**ENTRE NÓS: SOBRE MUDAR DE LUGAR E PRODUZIR DIFERENÇAS**

Porto Alegre

2012

**CECÍLIA DE CASTRO E MARQUES**

**ENTRE NÓS: SOBRE MUDAR DE LUGAR E PRODUZIR DIFERENÇAS**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Social  
Para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós Graduação em Psicologia Social  
Instituto de Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Analice de Lima Palombini

Porto Alegre

2012

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Eliana e Alceu, por terem me oferecido um primeiro e saudoso lugar no mundo. E, mais que isso, por terem me dado o estímulo a conhecer novos lugares.

## **AGRADECIMENTOS**

Eu poderia agradecer apenas a Deus, pois considero que a palavra Deus significa a confluência de acasos que resulta na sorte de conviver com as pessoas que seguem. Mais ainda, Deus é a lucidez de percebê-las especiais e a força para cultivá-las.

Agradeço a algumas pessoas que estiveram perto e contribuíram no começo desta caminhada – ao meu amigo Francis, que me incentivou a buscar o mestrado e deu dicas para fazer essa aposta; à Camila Noguez que me deu, mais que textos, conversas para contribuir na construção de um ante-projeto; à Simone Paulon que me acolheu em seu grupo de pesquisa e deu as pistas iniciais para eu pensar sobre a loucura.

Um tempo depois, tive a alegria de criar um nome para o grupo da Simone e assim nascia o Intervires. Agradeço àqueles que fizeram parte desta coragem de fazer algo nascer, em especial à Loiva e ao André, que saltaram de colegas de mestrado para amigos, dos quais nunca mais vou saber tomar distância.

Depois eu conheci um outro grupo de pesquisa – o Interfaces - e me apaixonei pelo trabalho coletivo que ali encontrei. Agradeço a todas as pessoas que fazem parte deste. Mas algumas delas, rapidamente se tornaram muito mais que colegas de pesquisa e merecem destaque. A Thaís pela capacidade de articular coletivos e pela alma aberta para o novo. O Bruno por produzir muitos sorrisos que espalham leveza. O Rodrigo pelo seu jeito singular e respeitoso de trabalhar com os usuários. A Laura por ter estado sempre ao meu lado, por quem me senti sempre cuidada e que me ajudou a chegar, a estar e a partir de Campinas. A Luciana que me fez ver que espontaneidade e afetividade cabiam no trabalho acadêmico. A Catarina pela inteligência absurda e humilde e sua capacidade de acolher. E a Marina que foi minha ‘boa companheira’ no enfrentamento dos problemas e das soluções cotidianas para articular um grupo multicêntrico, sempre com muito cuidado e competência.

Agradeço ao professor Eduardo Passos a leitura atenta do meu projeto de mestrado e todas as contribuições ao pensamento em nossos demais encontros. Agradeço também aos colegas do Rio de Janeiro que o acompanham. Em especial a Júlia, o Sandro e o Jorge, de quem tive a chance de estar um pouco mais perto.

Na reta final do mestrado mais um grupo ganhou nome, o da Analice. Propus ‘travessias’ e logo ela completou o nome: Travessias: Narrações da diferença. Agradeço a todos que fazem parte deste grupo. Em especial à Marília por ter topado dar continuidade ao trabalho que eu havia começado no sul, quando da minha ida à Campinas, e pela energia que teve de criar e enriquecer nosso trabalho coletivo.

Agradeço a alguns dos meus grandes amigos que estão sempre ao meu lado e são inseparáveis de qualquer realização minha, aos quais costumo chamar de “base aliada”: Isabel V. Faria, Aléia Righi, Taiane Bonorino, Bianca Sanchotene, Alice Abreu, Gustavo G. Flores, Paula Goldmeier, Carina C. da Silva, Lina Marques.

Agradeço àqueles que me deram um verdadeiro lar em Campinas. À Ana Luiza, por ter me arrancado da ‘caverna’ e me levado pra passear, por ter me ensinado tantas coisas belas e úteis da tradição mineira e de suas aventuras pela vida. Ao Júnior, pela energia maravilhosa, o ombro amigo sempre pronto a escutar e falar o que se precisa ouvir. À Girliani, por ter estado integralmente ao meu lado e ter partilhado alguns dos dias mais emocionantes e transformadores da minha vida. E aos três pela inteligência incomum e a constante sede de aprender. Perto de vocês estive mais inteligente.

Agradeço a Ana Paula Donizete que encheu minha vida de arte, em todos seus sentidos.

À Marília Chagas, que foi quem pela primeira vez me alertou para os ‘nós’ desta vida.

À Débora Coelho, pela escuta e aposta.

Agradeço a algumas mulheres da minha família que contribuíram com o exemplo, com as conversas e pela confiança constante em meu potencial: minha tia Juracy, minhas irmãs Luciana e Eliana.

Ao Mailenon, por ter estado ao meu lado na reta final da escrita da dissertação e ter me dado o fôlego que faltava para concluir esta etapa da minha vida.

E, pra finalizar, três agradecimentos especiais, pois as pessoas que seguem fazem parte da alma deste trabalho e atizaram fortemente minha criatividade:

Aos amigos do Comitê Cidadão e AFLORE que estiveram comigo ao longo de toda trajetória: Nilson, Fernando, Luciano, Renato, Amaury, Roberto, Maria Regina, Beth, Júlio, Larry e Sandra.

À professora Rosana Onocko Campos que me acolheu de braços abertos em Campinas, com muita confiança, disponibilidade e afeto. E me ensinou muito sobre o que eu buscava aprender.

E finalmente à Analice Palombini, minha orientadora, a quem hoje posso dizer: “Só tinha de ser com você”. Pois, Analice me deu a liberdade para partir e me aventurar, e a tranquilidade de ser um porto seguro para eu voltar, onde encontrei o apoio necessário para a parte mais desafiadora de todo esse processo – a escrita.

*Tolerar o estranho não significa apenas permitir que ele exista em algum lugar, longe de nós. Não significa apenas suportar que ele ocupe a periferia de um mundo no qual nós, modernos civilizados, supomos ocupar o centro. Abrigar e tolerar o estranho é permitir que ele nos desestabilize permanentemente, deslocando nossas certezas, borrando as fronteiras de nossa suposta identidade [...] Tolerar o estranho é tolerar também a incerteza que ele traz.*

*Maria Rita Kehl*

## Resumo

Este trabalho acompanhou os movimentos de usuários de serviços de saúde mental do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) em sua relação com grupo heterogêneo de pesquisadores. Estes atores encontraram-se implicados na construção de saber acerca das práticas em Saúde Mental no Brasil, através da participação na investigação multicêntrica “Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” e, mais adiante, na Aliança Internacional de Pesquisa Universidade Comunidade - ARUCI. O problema investigado é o que as pessoas que padecem de adoecimento mental e recebem ou receberam atendimento em serviços públicos de saúde mental puderam dizer sobre essa experiência durante sua participação em diferentes atividades de pesquisa. O objetivo desta pesquisa é ouvir e tornar audível a voz daqueles que padecem de adoecimento mental hoje e analisar esse material produzido na pesquisa, relacionando-o ao modelo de cuidado que se almeja construir no campo da saúde mental no cenário brasileiro. Buscou-se observar também quais as diferenças produzidas quando os envolvidos na pesquisa experimentaram mudar de lugar para co-construir saber. Traçou-se assim uma cartografia da participação dos usuários na pesquisa, tendo seus movimentos como bússola e explicitando as condições metodológicas para a emergência de sua voz. Assim, os temas que foram tomados em análise foram aqueles que persistiram na voz dos usuários e retornaram em diversos momentos da pesquisa. São eles: as relações com o outro (familiares, amigos, profissionais dos serviços, pesquisadores); a importância da participação nas atividades sociais, principalmente no trabalho; a relação com os medicamentos. Narrou-se a experiência de ‘pesquisar com’, mantendo a cronologia dos fatos, mas efetuando retornos e desvios a variados momentos da pesquisa e a análises e interpretações enlaçadas às teorias trazidas. A comunicação entre os usuários e os profissionais das equipes mostrou-se limitada, pois existem assuntos que os usuários têm dificuldade de levar ao diálogo com as equipes, o que resulta em baixo poder decisório dos usuários acerca do rumo de seus tratamentos. As relações com familiares, amigos e profissionais foi colocada como algo decisivo no caminho da melhora, havendo uma grande realização quando é encontrado apoio nas mesmas e também uma grande frustração quando acontece o contrário. A realização de atividades foi valorizada pelos usuários, porém eles alertam sobre a necessidade de não realizá-las apenas no CAPS, mas também em outros dispositivos do território. A dificuldade de acesso ao trabalho foi indicada como um limite ao restabelecimento e um desafio da reabilitação psicossocial. A conversa sobre os medicamentos indicou a defasagem de informações acerca do tema dos usuários e dos profissionais não médicos e suas consequências – por um lado a dificuldade dos usuários em saber se a emergência de alguns sentimentos e sensações é relativa à doença, aos efeitos dos medicamentos ou ao jeito de ser da pessoa, por outro lado, desresponsabilização de parte da equipe sobre este aspecto do tratamento que fica relegado ao médico prescritor.

Palavras-chave: Saúde mental – atenção psicossocial - participação



## ABSTRACT

This work followed the movements of users of mental health services of our unified health system (SUS) in his relationship with heterogeneous group of researchers. These actors found themselves involved in the construction of knowledge about Mental health practices in Brazil, through participation in a multicentric research "Evaluative Research on mental health: tools for the qualification of the use of psychoactive drugs and training of human resources" and, later, in the International Community University Research Alliance-ARUCI. The problem investigated is what people suffering from mental illness who receive or have received care in the mental health public services might say about this experience during their participation in various research activities. The goal of this research is to hear and make audible the voice of those suffering from mental illness and analyse this material produced today in research, relating to the model of care which aims to build in the mental health field in the Brazilian scenario. It's also been sought to observe that the differences produced when those involved in the survey experienced change of place to co-build knowing. A cartography of users ' participation in research has been drew, having their movements such as compass and explaining the methodological conditions for the emergence of his voice. Thus, the themes that were taken under consideration were those who persisted in users ' voice and returned at various times of the research. They are: relations with others (family, friends, professional services, researchers); the importance of participation in social activities, mainly at work; the relationship with the medications. It's Narrated the search experience , keeping the chronology of facts, but making returns and varying detours and search times and analyses linked to theories from the interpretations already gotten . Communication between users and the professionals of the teams proved to be limited, as there are issues that users have difficulty leading to dialogue with the teams, resulting in users ' low power decision-making about the direction of their treatments. Relations with family, friends and professionals were placed as something decisive in the path of improvement, and there is a great achievement when it found support in itself and also a great frustration when the opposite happens. Activities releasing has been valued by its users, although they warn about the necessity of not releasing them only at CAPS, but also in other territory devices. The difficulty of access to work was nominated as a limit to the restoration and a challenge of psychosocial rehabilitation. Talking about the drugs indicated the information gap on the issue of users and non-medical professionals and its consequences – on the other hand, the difficulty of users whether the emergence of some feelings and sensations is on the disease, the effects of medicinal products or to the person's way of being, on the other hand, part of the disclaimer on this aspect of the treatment team who is relegated to the doctor prescriber.

Keywords: mental Health – hemostasis-participation

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 A QUALQUER DISTÂNCIA O OUTRO TE ALCANÇA .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 PISTAS PARA UMA APROXIMAÇÃO ENTRE DIFERENTES .....</b>	<b>17</b>
<b>2 SAÚDE MENTAL – CAMPO DE MÚLTIPLAS RELAÇÕES .....</b>	<b>20</b>
<b>3 QUEM SÃO OS NÓS .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 O QUE É UM LUGAR .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 A GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS .....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 O CAMINHO NOSSO .....</b>	<b>39</b>
<b>4 O FIO QUE PUXO DA NOSSA MEADA .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 COMPANHEIROS DE TRAVESSIA .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1.1 A voz em pesquisa qualitativa .....</b>	<b>49</b>
<b>4.1.2 O Ritornelo .....</b>	<b>51</b>
<b>4.2 A CONSTRUÇÃO DO ENREDO .....</b>	<b>56</b>
<b>5 UM LUGAR DE PARTIDA - NOSSO COMEÇO .....</b>	<b>58</b>
<b>5.1 O ENCERRAMENTO DOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>5.1.1 Após o término dos grupos de intervenção .....</b>	<b>74</b>
<b>5.2 AS REUNIÕES MULTICÊNTRICAS E A CONSTRUÇÃO DO GGAM-BR .....</b>	<b>77</b>
<b>6 O QUE PERSISTE NA VOZ DOS USUÁRIOS .....</b>	<b>83</b>
<b>6.1 A RELAÇÃO COM OS MEDICAMENTOS .....</b>	<b>98</b>
<b>6.2 SOBRE NÓS - ALGUNS AVANÇOS EM NOSSA METODOLOGIA DE TRABALHO .....</b>	<b>107</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>124</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho acompanha os movimentos de usuários de serviços de saúde mental do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) em sua relação com grupo heterogêneo de pesquisadores. Estes atores encontraram-se implicados na construção de saber acerca das práticas em Saúde Mental no Brasil, através da participação na investigação multicêntrica “Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”, coordenada por Rosana Teresa Onocko Campos, da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, com a participação dos seguintes pesquisadores e universidades: Analice Palombini, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Eduardo Passos e André do Eirado, Universidade Federal Fluminense – UFF; Erotildes Leal e Octavio Serpa, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.

A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq ao longo dos anos 2009 e 2010. A partir do início de 2010 passou a contar também com financiamento da Aliança Internacional de Pesquisa Universidade Comunidade (Alliance de Recherche Université Communauté) – ARUCI. Esta aliança se deu entre as universidades já citadas, somadas à Universidade de Montreal e à Associação dos Usuários e seus Familiares de Campinas – AFLORE e tem como tema central “Saúde Mental e Cidadania”, contando com financiamento do International Development Research Centre – IDRC.

A aliança internacional de pesquisa permitiu que ampliássemos nossas atividades de pesquisa com os usuários, pois a participação dos usuários constitui sua própria governança através do Comitê Cidadão, que contribui na avaliação de projetos candidatos ao financiamento e ao estabelecimento das diretrizes do trabalho a se realizar com a comunidade.

Os usuários que compõem esta pesquisa frequentam Centros de Atenção Psicossocial – Caps, nas cidades de Novo Hamburgo (RS), Campinas (SP) e Rio de Janeiro (RJ). Os Caps são os serviços substitutivos ao internamento em Hospitais Psiquiátricos no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nosso sistema de saúde

objetiva oferecer, nestes serviços, atendimento prioritário, em sua área territorial, àqueles que designa como portadores de transtorno mental severo e persistente.<sup>1</sup>

O objetivo desta pesquisa é ouvir e tornar audível a voz daqueles que padecem de adoecimento mental hoje e analisar esse material produzido na pesquisa, relacionando-o ao modelo de cuidado que se almeja construir no campo da saúde mental no nosso cenário brasileiro. Observando o quanto do modelo manicomial sobrevive e o quanto de deslocalização de cuidado tem sido possível encontrar.

Consideramos que o cuidado se deslocaliza quando está ampliado no território e desvinculado de figuras ou ambientes únicos, propiciando a circulação do poder e a liberdade de escolha daqueles que procuram ajuda.

Nos gestos que tentam ser terapêuticos encontramos tanto características de um tempo passado como a tentativa de instauração do novo. O presente, tempo movente que a cada instante nos escapa, traz um pouco do passado, repete gestos ou aponta para um futuro quando consegue imprimir o novo. Atualmente o tratamento em saúde mental é oferecido em liberdade, e a saúde é algo que se almeja produzir no território, onde há uma tensão constante entre o modelo que se quer construir e vestígios do manicômio, ainda vivo quando observamos operar uma lógica manicomial a céu aberto.

Os usuários, ao participarem da pesquisa, tiveram a chance de enunciar alguns pontos que consideram problemáticos nos tratamentos que recebem, assim como as estratégias que consideram potentes no caminho de uma melhora. Pareceu-nos relevante trazer a voz dos que padecem acerca do tratamento que recebem. Consideramos a participação das pessoas nas decisões acerca de seus tratamentos uma das ferramentas essenciais para a construção de uma clínica na direção da reabilitação psicossocial.

Neste texto, antes de chegar à voz dos usuários e ao que foi enunciado pela mesma no período da investigação, o leitor irá encontrar uma contextualização acerca do campo da saúde mental e seus desafios atuais, contemplando brevemente aspectos históricos de sua configuração no que tange à transformação do tratamento oferecido em espaço fechado ao tratamento oferecido no território.

Mais adiante será explicitado quem são os ‘nós’ que compõem esta pesquisa, seguido da idéia de lugar e produção de subjetividade que foi utilizada. Dentre os ‘nós’ que nos unem, será apresentada a estratégia da Gestão Autônoma de Medicamentos,

---

<sup>1</sup> Conforme portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 17 de novembro de 2010.

criada no Canadá e a “Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”, que serviram como pontos de partida para este estudo.

Buscou-se observar quais as diferenças produzidas quando os envolvidos na pesquisa experimentaram mudar de lugar para co-construir saber. Traçou-se assim uma cartografia da participação dos usuários na pesquisa, tendo seus movimentos como bússola e explicitando as condições metodológicas para a emersão de sua voz.

## 1. A QUALQUER DISTÂNCIA O OUTRO TE ALCANÇA<sup>2</sup>

Pelbart (1990) identifica no movimento da Reforma Psiquiátrica uma utopia, a de uma sociedade em que os loucos não mais estariam confinados nos asilos, nem discriminados nas famílias, nem segregados no trabalho. O autor, em sua problematização acerca de outro manicômio, o mental, diferencia o louco – personagem social discriminado, excluído e recluso – da loucura, que nomeia de desrazão, entendida como uma “dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além.” (PELBART, 1990, pg.133)

Segundo Paiva (2003, p.22), a Reforma Psiquiátrica é imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela reinserção social dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância.

Edson Souza (informação verbal<sup>3</sup>) propõe que pensar em utopia é pensar em ruptura, em um corte numa continuidade da história, podendo, em uma sociedade, coexistirem várias utopias. Assim, o autor Aldous Huxley, em seu romance *Admirável Mundo Novo* (2009[1932]), conseguiu expressar uma utopia que vai na contramão da utopia da RP e que nos ajuda a pensar a relação que se estabelece com aqueles que diferem em uma dada sociedade.

Na ficção de Huxley, encontramos uma civilização do futuro, onde as pessoas não são mais gestadas em úteros, mas em Centros de Condicionamento do Estado, onde nutrientes e outras substâncias são dosados em momentos decisivos do desenvolvimento do feto, para prepará-lo conforme uma determinada casta da sociedade. Deste modo, o mundo fica dividido em castas, com tarefas e lugares bem claros, em que cada um faz sua parte com satisfação, pois foram todos condicionados para isto desde a gestação.

As relações sexuais, então, já não objetivam a reprodução e servem apenas para a obtenção de prazer. Em tal sociedade, é ultrajante ter relacionamentos monogâmicos, porque ultrajante, também, é a idéia de família, reduto indesejado do sentimentalismo,

---

<sup>2</sup> Trecho da música ‘Tudo diferente’, de André Carvalho.

<sup>3</sup> Em aula proferida no seminário “Desfazer a forma – Utopia, Arte e Psicanálise”, no Programa de Pós graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, outubro, 2010.

para o qual não há lugar no admirável mundo novo – as pessoas são preservadas tanto quanto possível de ter emoções.

Um trecho sobre o passado daquela civilização:

Seu mundo não lhes permitia aceitar as coisas naturalmente, não os deixava ser são de espírito, virtuosos, felizes. Com suas mães e seus amantes; com suas proibições, para as quais não estavam condicionados; com suas tentações e seus remorsos solitários; com todas as suas doenças e intermináveis dores que os isolavam; com suas incertezas e sua pobreza – eram forçados a sentir as coisas intensamente. (HUXLEY, 2009[1932], p. 81)

Para que os sentimentos realmente não aparecessem, foi criada uma droga chamada ‘soma’, eficiente como o álcool e o cristianismo, mas sem seus inconvenientes. “Podem proporcionar a si mesmos uma fuga da realidade sempre que desejarem, e retornar a ela sem a menor dor de cabeça nem sombras de mitologia.” (HUXLEY, 2009[1932], p. 98)

Um personagem do livro divaga: “Muitas vezes, no passado, ele se perguntara o que sentiria se fosse submetido (sem soma e sem poder contar com outra coisa senão seus próprios recursos interiores) a alguma grande provação, a alguma dor; chegara mesmo a desejar ardentemente que tal acontecesse.” (HUXLEY, 2009[1932], p. 167)

Esse personagem, o Bernard, se diferenciava dos demais. Alguns diziam que algo havia dado errado em seu condicionamento, pois apresentava comportamentos como esse de se fazer perguntas. Ele acaba se interessando em conhecer a reserva dos selvagens e leva Lenina, por quem alimenta sentimentos, junto com ele. Ao conhecerem o lugar, Lenina se espanta: “Aqui tudo é diferente. É como se a gente vivesse no meio de loucos. Tudo o que fazem é loucura.” (HUXLEY, 2009[1932], p. 190)

Bernard retorna da aldeia trazendo um ‘selvagem’ consigo. Não era um selvagem comum, era o filho de uma civilizada, Linda, que um dia se perdera na reserva. Quem fala em admirável mundo novo pela primeira vez no livro é o selvagem. É alguém de fora que se admira e entende aquele mundo como novo. E a relação entre esses dois mundos (civilização e aldeia de selvagens) deflagra as relações entre os diferentes, estranhos uns para os outros. Entre os selvagens, Linda era a estranha (ficava dias na cama, tomava meskalina<sup>4</sup>, adoeceu) e, entre os civilizados, o selvagem era o estranho.

---

<sup>4</sup> Um tipo de droga que era disponível na aldeia.

O encontro entre Bernard e o selvagem vai evidenciando as diferenças entre os lugares onde cada um cresceu. O selvagem conta a Bernard que sempre se sentiu sozinho na reserva, que os meninos de lá não o aceitavam porque sua mãe tinha relações sexuais com muitos homens (na aldeia predominavam relações monogâmicas). E surpreende-se ao ouvir de Bernard que ele também se sentia sozinho – afinal, sua mãe sempre lhe dizia que na civilização ninguém jamais estava só. Ao que Bernard responde - “Se uma pessoa é diferente, é fatal que se torne solitária”. (HUXLEY, 2009[1932], p. 213)

Quando o selvagem chega à civilização, não compreende muito bem o modo como ela funciona, e então o administrador o explica:

O mundo agora é estável. As pessoas são felizes, têm o que desejam e nunca desejam o que não podem ter. Sentem-se bem, estão em segurança; nunca adoecem; não têm medo da morte; vivem na ditosa ignorância da paixão e da velhice; não se acham sobrecarregados de pais e mães; não têm esposas, nem filhos, nem amantes, por quem possam sofrer emoções violentas; são condicionadas de tal modo que praticamente não podem deixar de se portar como devem. E se, por acaso, alguma coisa andar mal, há o soma. (HUXLEY, 2009[1932], p. 337)

O administrador explica ainda que o preço pago pela felicidade é sacrificar a grande arte e certo modelo de ciência. Ao escutar tudo isso, o selvagem conclui: “Mas eu não quero conforto. Quero deus, quero a poesia, quero o perigo autêntico, quero a liberdade, quero a bondade. Quero o pecado.” (HUXLEY, 2009[1932], p. 366)

O tema do livro é sobre o avanço da ciência, na medida em que afeta o ser humano. Huxley indica-nos, no prefácio, que entende que uma revolução verdadeiramente revolucionária deverá ser realizada, não no exterior, mas na alma e na carne dos seres humanos. Os homens que governam o admirável mundo novo podem não ser sãos de espírito, mas não são loucos. Sua meta não é a anarquia e sim a estabilidade social. O Lema do Estado Mundial inventado no livro é: Comunidade, identidade, estabilidade.

Para alcançar a estabilidade, eles realizam, por meios científicos, a revolução última, pessoal, verdadeiramente revolucionária: um estado totalitário verdadeiramente eficiente, em que os chefes políticos de um Poder executivo todo poderoso e seu exército de administradores controlam uma população de escravos que não precisam ser coagidos porque amam sua servidão. Huxley aí situa a felicidade: “E esse é o segredo da



felicidade e da virtude: amarmos o que somos obrigados a fazer. Tal é a finalidade de todo o condicionamento: fazer as pessoas amarem o destino social de que não podem escapar.” (HUXLEY, 2009[1932], p. 21)

Um mundo sem sentimentos, sem conflitos, em que cada um faz o que deseja, porém o desejo foi condicionado. Um mundo apático, sem leitura crítica, logo, sem espaço para a singularidade. O que o mundo criado por Huxley tem a ver com o nosso mundo? O que tem a ver com o tema deste trabalho?

## 1.1 PISTAS PARA UMA APROXIMAÇÃO ENTRE DIFERENTES

No seminário em que foi lançada a ARUCI<sup>5</sup>, Lourdes Del Barrio e Rosana Onocko Campos<sup>6</sup> apontaram algumas diretrizes para uma produção de saber que acolha a diferença e o imprevisto.

Em sua apresentação da ARUCI<sup>7</sup>, Rosana trouxe dados sobre Brasil e Canadá que mostram o quanto estes países são vanguarda em saúde mental. No Canadá, há apoio integral às pessoas na comunidade. No Brasil, temos a Reforma Psiquiátrica, os CAPS e a autonomia dos usuários na comunidade. Em ambos os países as mudanças se dão associadas a movimentos de usuários, ainda que, no Brasil, esses movimentos se mostrem incipientes, recaindo sobre si o peso da desigualdade social.

A ARUCI considera a necessidade de desenvolver ações comunitárias e serviços na comunidade que resultem em **cidadãos ativos**. Porém, encontramos desafios e limites dos cuidados comunitários para saúde mental: vida de qualidade na comunidade, desenvolvimento de novas práticas dentro da comunidade, conhecimento incipiente dos processos e limites do restabelecimento e participação das pessoas.

Rosana nos falou também em autoridade narrativa: quem pode falar? Apontou o efeito de autoridade pelo testemunho e o ganho de poder assentado no posicionamento social do falante, permitido pelo posicionamento ético-político da investigação em que as pessoas não são objetos da pesquisa e pode haver produção de pluralidade narrativa.

---

<sup>5</sup> Seminário Internacional de lançamento ARUCI - vídeoconferência entre Brasil e Canadá. Realizado na cidade de Campinas, nos dias 28 e 29 de Abril de 2010.

<sup>6</sup> A primeira é coordenadora da ARUCI no Canadá e a segunda, no Brasil.

<sup>7</sup> Informações mais detalhadas sobre a ARUCI podem ser encontradas no Anexo I.

Nessa postura ética, há uma diferença em relação à ciência hegemônica atual e à consideração da importância de pesquisas inclusivas, em que a busca da produção de evidências não se assenta unicamente num padrão estatístico e há formação de pessoas vinculadas aos serviços e mundo real.

A fala de Lourdes deu continuidade à de Rosana, aprofundando a reflexão sobre os espaços internos e externos da participação, no caminho em direção à saúde mental e à cidadania. Falou-nos na emergência do usuário como **sujeito** da participação cidadã no campo da saúde mental, **sujeito das ações coletivas nos espaços públicos, sujeito do tratamento e da reabilitação, sujeito da intervenção.**

Destacou que as pessoas que vivem o adoecimento mental passam por experiências onde **as relações** consigo mesmo, com o mundo e com os outros são profundamente alteradas, em um sentimento de caos interior. O sofrimento intenso confronta os limites do dizível e do tolerável. A pessoa e seus próximos fazem face ao desconhecido, e os diagnósticos não conseguem contemplar o universo do que é vivido nesse processo.

Através da elaboração da experiência, da compreensão e nomeação do que ocorre face à injustiça, à exclusão e aos efeitos da discriminação, da expressão do mal sofrido pode ocorrer uma reapropriação da experiência. **A expressão ocorre ao tomar a palavra.** E, assim, pode ocorrer a emergência do usuário como sujeito da participação cidadã, em uma política da ação comunitária autônoma.

Os objetivos que Lourdes destacou da ARUC: formação dos profissionais para trabalhar com usuários a partir de uma *relação igualitária* nos espaços de decisão; *elaboração de novas perspectivas* sobre as filosofias, modelos de intervenção, as práticas e a organização de serviços.

Lourdes apontou também alguns desafios: participação na pesquisa da pessoa que sofre; busca de novos modelos de investigação e formação; **o foco é a experiência da pessoa.** Ela enfatiza, assim, a importância da presença de pesquisadores que tenham vivido a experiência de uma formação diferenciada para a pesquisa, na qual se inclui a experiência do usuário – pesquisadores que possam construir e abrir novas formas de intervenção/investigação.

No mesmo seminário em que escutamos Rosana e Lourdes, pudemos também escutar Nilson, presidente da associação de usuários AFLORE<sup>8</sup>, que desta vez esteve presente na mesa de abertura do evento, ocupando o mesmo espaço que reconhecidas autoridades. Da fala de Nilson destaquei: “O importante para nós é estar junto com a sociedade [...] Nada de nós, sem nós [...] A tecnologia, a ciência está separando o homem do homem [...] Por isso esse é um momento histórico, o sujeito é nós, quem mais sabe da doença somos nós mesmos, nos momentos difíceis o médico não está lá [...] Precisa de mais uma coisa, não é só remédio.”

O início da ARUC coincidiu com o início do mestrado que resultou nesta dissertação. Sendo assim, posso afirmar que minha formação se deu no bojo das diretrizes da ARUC. Este trabalho é um dos resultados desse processo. Ele segue as pegadas dos usuários de serviços públicos de saúde mental nesta experiência inovadora de se fazer pesquisa com eles e não apenas sobre eles. Tomar em consideração a fala dos usuários e apostar no seu valor de verdade é uma diretriz estratégica para enfrentar o apagamento das diferenças a que um admirável mundo novo pode nos levar.

A possibilidade de participação dos usuários na construção de seus tratamentos, no contexto brasileiro, tem sido ampliada com a instauração de um novo modelo de cuidado em saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, conforme veremos a seguir.

---

<sup>8</sup> Mais informações sobre esta associação no anexo II.

## 2. SAÚDE MENTAL – CAMPO DE MÚLTIPLAS RELAÇÕES

“Se eu tivesse ficado doente na década de 40 eu estaria até hoje no hospício.”

Luciano Lira

A experiência por que passam os usuários dos serviços de saúde mental, a qual estamos optando por chamar de adoecimento mental<sup>9</sup>, não é algo inédito na história da humanidade. Um dos nomes mais marcantes dentre os destinados às pessoas que passam por esta experiência é *louco*. Mas encontramos muitos outros nomes, como lunático, alienado, doente mental, portador de sofrimento psíquico, desarrazoado, etc. A existência de tantos nomes não é algo irrelevante, pois, conforme o nome e significado construído social e historicamente, delinearam-se as possíveis formas de tratamento, assim como os modos de tratamento favorecem a emergência de significados, em correlação incessante.

O adoecimento mental na maior parte das vezes carrega um sofrimento consigo e expõe a fragilidade humana e as dificuldades da vida em sociedade. Freud (1996[1929]) indicou um mal estar na civilização, oriundo de três fontes: a natureza, com seus acontecimentos imprevisíveis e difíceis de controlar, trazendo o risco de catástrofes e perdas; o corpo humano, fadado ao envelhecimento e à morte, sempre em risco de ser acometido por doenças; e as relações com o outro, que podem trazer as maiores alegrias, mas também muitos riscos, afinal o outro é aquele que pode nos amar e cuidar, mas também ferir, roubar e até mesmo matar.

Podemos observar que esses três medos movem muitas das iniciativas da nossa sociedade: o esforço em prever os movimentos da natureza (chuvas, terremotos, etc.); o investimento na medicina e tecnologias de saúde; e a criação de defesas visíveis (casas com um aparato de segurança, instâncias sociais de controle, como a polícia, etc.) e afetivas para se defender do outro.

Foi sobre as construções afetivas e/ou psíquicas para enfrentar o sofrimento que advém das incertezas inerentes às relações humanas que Freud dedicou sua pesquisa, formulando uma vasta obra sobre o tema. A esse respeito, interessa-nos pontuar o desafio das relações com o outro no que tange à diferença que nos coloca. As relações

---

<sup>9</sup> Adoecimento mantém uma idéia de movimento e processo, diferentemente de chamar apenas de doença ou transtorno mental.

estabelecidas com o adoecimento mental ao longo dos tempos evidenciam lugares e papéis que delegamos ao outro em busca de uma vida mais confortável e previsível em sociedade.

Os tratamentos ofertados para aqueles que padecem são orientados por sistemas de saber. Os fenômenos mentais, até a revolução francesa, eram objeto da reflexão filosófica ou de uma medicina generalista praticada por médicos de família e, nos casos mais graves, objeto de confinamento. A partir da revolução francesa, particularmente no decorrer do século XIX, emerge a pretensão científica nos principais campos de conhecimento que se ocupam dos fenômenos mentais. (VASCONCELOS, 2009)

Foucault, em sua obra, procurou ver como, na constituição da psiquiatria como ciência, na delimitação do seu campo e na definição do seu objeto, uma estrutura política e uma prática moral estavam implicadas. Afirma que não teria havido psiquiatria tal como a conhecemos sem todo um jogo de estruturas políticas e sem um conjunto de atitudes éticas; assim como, inversamente, a constituição da loucura como um campo de saber influenciou as práticas políticas e as atitudes éticas a ela referidas. (FOUCAULT, 2004a [1984])

Quando Foucault escreve a sua História da loucura, o fato em questão é a transfiguração histórica da loucura em doença mental. Em sua obra, ele evidencia o quanto a doença mental é algo “produzido” e não uma verdade descoberta. Segundo este autor, o Classicismo formava uma experiência moral do desatino que serviu de solo para nosso conhecimento “científico” da doença mental. Ao buscar decifrar a obscuridade do objeto da psiquiatria – a doença mental –, a análise foucaultiana assinala a relação que se estabelece entre discurso científico e norma social.

A concepção deste autor sobre o processo de produção do saber é de que este é efeito de um movimento convergente de forças discursivas e não-discursivas, em relação de reciprocidade constante e que produzem realidade. (DELEUZE, 1988)

Prescrever um certo tratamento dá visibilidade a um regime de poder que deflagra o modo como toda uma sociedade lida com a diferença aportada pelo processo de adoecimento mental. Descrever os modos como, ao longo da história, a humanidade encarou a diferença identificada em algumas pessoas seria tarefa para um novo trabalho. Interessa-nos, antes, destacar algumas transformações propostas e conquistadas pela Reforma Psiquiátrica, com o intuito de contextualizar o campo do cuidado em saúde

mental no sistema público brasileiro e os desafios ainda existentes rumo à desinstitucionalização da loucura.

Vivemos uma torção histórica: do tratamento em modelo asilar, no qual se procedia ao isolamento, em que o doente era arrancado de seu território e levado ao território do médico – o Manicômio –, passou-se ao tratamento no território das pessoas, em que os profissionais de saúde (não mais apenas o médico) é que vão até o espaço em que vive a população a ser atendida. Ao desenrolar-se esse movimento, surgiram novas práticas clínicas e novas conceituações teóricas sobre o fazer clínico.

No caso brasileiro, temos a singularidade de um sistema público de saúde que incorporou em sua proposta, para o campo da saúde mental, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Segundo Campos (2008), a política de saúde mental brasileira, além de seguir as diretrizes gerais do SUS, como a universalização da atenção, cuidou de construir um novo paradigma de conhecimento – paradigma no qual se realizou a crítica à política vigente durante décadas (dominância dos hospitais psiquiátricos no atendimento), afirmou-se a cidadania do portador de doença mental e incorporou-se a perspectiva basagliana casada com o pensamento da saúde coletiva, centrado na determinação social do processo saúde e doença.

Assim criaram-se os CAPS como unidades sínteses, que em tese poderiam ofertar tratamento psiquiátrico, psicofarmacológico, inúmeras terapias e processos de reabilitação. (BRASIL/ MS, 2004). Campos (2008) entende que, em consequência, podemos observar nestes serviços uma babel epistemológica, em que encontramos algumas misturas: psicanálise misturada com psicofarmacologia psiquiátrica, abordagem sistêmica encoberta sob o rótulo de reabilitação psicossocial, entre outras. Assim, observa que os novos arranjos dos serviços basearam-se mais em valores do que em evidências científicas de suas eficácias e indica a relevância de investigações que avaliem estas práticas.

No processo de crítica e transformação das instituições psiquiátricas, houve participação de movimentos sociais e institucionais, de crítica acadêmica, de sistematização teórica e de experimentação prática que gerou uma série de abordagens identificadas como integrantes do campo da atenção psicossocial. Dentre elas, Vasconcelos (2009) destaca a abordagem das oficinas terapêutico-expressivas de Nise da Silveira; o movimento de comunidades terapêuticas e de psicoterapia institucional; a desinstitucionalização psiquiátrica italiana; as lutas antidiscriminação racial e étnica, o

campo da psiquiatria e psicologia transcultural e os estudos sobre o “nervoso”; as aberturas da psicanálise em sua “clínica ampliada”; as abordagens de empoderamento de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

Em meio a tantas influências, Passos & Pitombo (2003) entendem que a clínica que se experimenta na reforma exige a heterogeneidade e situam a desestabilização do instituído e a criação da novidade como um dos seus desafios na contemporaneidade. Aí está seu caráter experimental e processual. Assim a dinâmica da história confunde-se com uma dinâmica que é da clínica: “acreditamos que esse movimento que se reforma, que se atualiza, seja uma propriedade específica da clínica”. (PASSOS & PITOMBO, 2003, p.218) Os autores fazem um paralelo entre a clínica que se reforma e a Reforma Psiquiátrica.

Na passagem do modelo de tratamento hospitalocêntrico para o modelo do território, é preciso ultrapassar o oferecimento de contenção, para oferecer continência através do acolhimento e da escuta. (LANCETTI & AMARANTE, 2007) Assim, as experiências dos CAPS, o trabalho em equipes, a Estratégia de Saúde da Família contribuem para uma clínica comprometida com a vida, com uma maneira de ver e existir orientada para a multiplicidade. Afinal, conforme Passos & Pitombo (2003), a política, a cidade, as instituições asilares, a família não são elementos exteriores ao domínio da clínica, e as experiências do Movimento da Reforma indicam o quanto a clínica também muda de lugar.

Não apenas muda de lugar, mas amplia o seu plano de atuação, passa-se a pensar em atenção psicossocial, fazendo com que se redefina o sentido de saúde na fronteira entre o individual e o coletivo. Segundo Onocko Campos (2001), a marca da mudança proposta pelo movimento da Reforma é afirmar-se como experiência-limite entre o psíquico e o social e entre a clínica e a política.

Fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde. Os atendimentos em saúde mental oferecidos no modelo do território investem na manutenção e ampliação das relações e não apenas as relações dos usuários com seus familiares, com a comunidade, com os dispositivos de saúde, com a arte, a escola, enfim, com os espaços de troca social, mas também as relações dos profissionais entre si e entre os espaços do território. Este “não é apenas a região administrativa, mas a das relações sociais e políticas, afetivas e ideológicas que existem em uma dada sociedade” (LANCETTI & AMARANTE, 2007, p. 630).

Estamos apontando duas demandas de ampliação das relações: a ampliação das relações entre profissionais e serviços, na busca de articulação de uma rede; e a ampliação da capacidade de relação destes profissionais em rede com as pessoas e os espaços que elas habitam e onde circulam. Deste modo, destacamos o quanto a ampliação da possibilidade de relação anima as melhores intenções para as práticas clínicas no campo da saúde mental. São tratamentos que se dão no laço social e buscam a promoção de saúde e a habilitação psicossocial.

A proximidade que se instaura neste modelo de cuidado, em que os profissionais passam a conhecer as famílias e suas histórias, exige que se lide de outro modo com o sofrimento humano. Há um campo relacional entre profissionais e usuários que pode “ser posto a serviço de objetivos terapêuticos ou transformar-se em carga insuportável” (LANCETTI & AMARANTE, 2007, p. 629).

As pessoas envolvidas com este trabalho são a matéria viva de um processo que vai para além do reordenamento de serviços, processo este em que se almeja a desinstitucionalização da loucura. Portanto, para além de extinguir os manicômios, busca-se “viabilizar formas de enlace do louco com a vida em sociedade, pontos de amarra que possam sustentar a trama da sua existência, que permitam que ele navegue pela vida fazendo pontes, encontrando portos, sem naufragar” (PALOMBINI, 2005, p. 90).

A autora questiona o que acontece com as relações de poder estabelecidas nesse campo quando a reforma psiquiátrica se propõe a livrar os loucos do internamento, instituindo uma rede substitutiva de serviços: essa passagem do espaço fechado do hospital para o território aberto da cidade seria suficiente para subverter a relação de poder instituída entre médico e paciente, que se encontra na origem do manicômio?

Foucault mostrou em sua obra o quanto ao longo da história, apesar de mudarem as práticas, mudarem os nomes, e muitas vezes essas mudanças parecem também refletir-se nas relações que se estabelecem com o outro, alguns significados e gestos permanecem tributários de antigos modos, o que fica mais claro no trecho que segue.

A psiquiatria positiva do séc. XIX, e também a nossa, se renunciaram às práticas, se deixaram de lado os conhecimentos do século XVIII, herdaram em segredo todas essas relações que a cultura clássica em seu conjunto havia instaurado com o desatino; modificaram essas relações, deslocaram-nas; acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica mas, contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade. (FOUCAULT, 1997 [1961])



O deslocamento dos profissionais de saúde para o espaço da cidade reposiciona o jogo das relações de poder presentes no tratamento da loucura, mas não garante que estas relações se dêem de acordo com as diretrizes legais e intelectuais brevemente relatadas acima. Segundo Yasui (2010), há uma tensão permanente entre um modelo hegemônico de cuidados que já se conhece e um outro que se pretende construir. Ao destacarmos o quanto as pessoas envolvidas na produção de cuidado são matéria viva, estamos, assim, reconhecendo o caráter singular, mutante e imprevisível dos modos como as mesmas constroem cotidianamente o fazer clínico.

Merhy (2007) trabalha com a idéia de trabalho vivo e trabalho morto. Ele coloca que, no processo produtivo, há uma situação dupla, onde encontramos estas duas faces do trabalho. Há saberes sobre o trabalho a realizar produzidos anteriormente e sistematizados, apreendidos pelo trabalhador, que expressam trabalhos anteriores, representantes do trabalho morto. Porém há influência do trabalhador que está atuando e o seu modo de colocar os saberes anteriores representa o trabalho vivo em ato.

Segundo este autor, o trabalho em saúde não pode ser inteiramente capturado pela lógica do trabalho morto, porque seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades. Para Merhy (2007), é no encontro do trabalho vivo em ato com o usuário que se expressam alguns componentes vitais do trabalho em saúde, ou seja, nas relações que se estabelecem por meio das práticas de acolhimento, de vínculo, entre outras.

Por todo exposto no que tange ao trabalho em saúde mental e ao desafio da construção de uma clínica no território calcada no vínculo entre os diversos atores envolvidos, o desafio de transformação da atenção em saúde mental compete também à formação dos profissionais de saúde. Segundo Abrahão & Teixeira (2009) apesar de o campo da saúde implicar a articulação de diferentes saberes, conhecimentos e práticas, ainda permanece a circunscrição dos eixos disciplinares, com fronteiras bem delimitadas, que se chocam no interior dos serviços e com muita frequência produzem barreiras ao acesso dos usuários à produção do cuidado. Por ora, ainda é raro encontrar uma perspectiva coletiva de produção de saber.

A questão da formação é pertinente à dimensão teórico-conceitual, que é uma das apontadas por Amarante (2003a) como parte do processo social da Reforma

Psiquiátrica. Este autor caracteriza a Reforma como um processo social complexo que abrange ainda mais três dimensões essenciais: a dimensão técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. É um processo complexo porque se configura na e pela articulação destas dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas e envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria sozinhos podem captar e compreender em sua totalidade. (AMARANTE, 2003a)

Tomando como ponto de partida as proposições de Amarante relatadas acima, Yasui (2010) considera o campo da saúde mental como um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. Onde entram em confronto as idéias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, inclusão contra exclusão, afirmação da cidadania contra a sua negação. Assim, entende a Reforma Psiquiátrica como um movimento político e que o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.

Tal transformação envolve as dimensões apontadas e os conflitos de interesse entre muitos atores, razão pela qual resta sempre inacabada. Falamos então de uma luta constante, travada em uma teia de relações. Se apontamos uma imbricação entre o significado atribuído à experiência de adoecer que perpassa o tecido social, a construção de saber e a produção de práticas clínicas, então a desinstitucionalização da loucura não se dá apenas em reformulações dos serviços de saúde, mas em toda trama de saberes e fazeres que dela se ocupa e compõe um modo de operar com essa experiência.

Segundo Foucault (1997 [1961]), a partilha do espaço social em que se exclui o louco é também uma postura simbólica, persistindo até os nossos dias, se considerarmos que “aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência.” (FOUCAULT, 1997 [1961], p.11) O autor demonstra que, quando a razão assume a loucura, delimita-a e toma consciência dela, pode assim situá-la. O pensamento de Descartes coloca uma impossibilidade de ser louco ao sujeito que pensa e, assim, delimita a loucura como condição de impossibilidade do pensamento. “Com isso, o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da Razão.” (FOUCAULT, 1997 [1961], p.47)

Pélibart (1990) nomeou essa fortaleza invisível da ordem que resta em nossa consciência de manicômio mental, em que confinamos a desrazão. O autor, reportando-se a Foucault, lembra-nos que, no século XVII, enquanto Descartes decretava uma

incompatibilidade absoluta entre a loucura e o pensamento, a cidade trancafiava os desarrazoados no manicômio e o pensamento racional trancafiava a desrazão: “Esses dois gestos, se não foram o mesmo, ao menos foram solidários, e é a marca dessa solidariedade que chega a nós como uma urgência política. Libertar o pensamento dessa racionalidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto libertar nossas sociedades dos manicômios.” (PELBART, 1990, p. 135).

Sander (2010) destaca o advento e domínio da razão sobre a desrazão na *História da Loucura* e as implicações da produção do homem racional, justamente nas investidas que se fez contra a loucura - ou seja, na sua exclusão -, em que vemos o tortuoso caminho da Razão, que fortalece sua voz à custa do silêncio da desrazão.

Foucault indicou o quanto o pensamento racional cria uma distância entre o que sabe (médico) e o que não sabe (louco); entre a razão, primado da ciência, e a desrazão, primado da loucura. Assim, a objetividade só se oferece àquele que está protegido da loucura, e o conhecimento da loucura pressupõe, naquele que a apresenta, uma certa maneira de desprender-se dela, de antecipadamente isolar-se de seus perigos e de seus prestígios, um certo modo de não ser louco. Assim, “Entre o louco e o sujeito que pronuncia “esse aí é o louco”, estabelece-se um enorme fosso”. (FOUCAULT, 1997 [1961], p. 183)

O resultado desta distância construída entre quem sabe e quem não sabe foi uma participação restrita ou inexistente das pessoas que padecem de adoecimento mental no diálogo e na construção de saber sobre seu tratamento, por não serem reconhecidas como capazes de pensar, opinar e assim participar. Atualmente, apesar de as instituições de saúde, tanto em escala dos Estados como em escala internacional (OMS, 2001), demonstrarem cada vez mais o cuidado de associar mais diretamente as pessoas envolvidas à definição das orientações e dos serviços de saúde mental, reconhece-se, de modo consensual, que as maiores dificuldades e resistências surgem quando da implementação em campo, da organização efetiva dos serviços e da transformação das práticas (MSSS - MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001).

Yasui (2010) entende que a transformação do lugar destinado à loucura só é possível com uma transformação social. De modo que transformar a relação da sociedade com a loucura é convidar a sociedade a refletir e provocá-la a transformar a sua relação com a diferença, com o estranho, com o estrangeiro – mudar sua relação com esta alteridade não enquadrável, que escapa à racionalidade. O autor entende que é

necessária ousadia para inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isso implica transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

Segundo Palombini (2007), o desafio da desinstitucionalização da loucura, levado à radicalidade que o ideário que impulsionou a constituição dos serviços substitutivos permite imaginar, impõe uma exigência maior, visando, para além do âmbito da clínica, a sociedade em que vivemos. A autora considera que a busca de instauração de novas formas de atenção à saúde mental numa perspectiva não tutelar

só pode operar na contramão de uma sociedade disciplinar, psiquiatrizada; na contramão de um mundo em que cada vez mais usam-se as tecnologias de saúde para determinar performances e prescrever comportamentos, prescindindo das práticas languageiras e intensivas do campo *psi*, na ambição de disciplinar os corpos pelo apagamento do menor traço de resistência, por meio de soluções neuroquímicas. (PALOMBINI, 2007, p. 205)

O processo de adoecimento psíquico ainda se coloca para nossa sociedade como um enigma, para o qual nenhuma disciplina sozinha tem respostas definitivas, apesar de algumas delas ainda reivindicarem a posse de respostas únicas. A racionalidade biomédica, por exemplo, reduz a experiência de adoecimento a problemas neuroquímicos, mas, ainda assim, os medicamentos não conseguem estabelecer uma solução definitiva. Em contrapartida, há linhas, numa vertente humanista, que recusam radicalmente considerar o desenvolvimento do aparato biomédico e da farmacologia que, no entanto, em muitas situações parecem contribuir de algum modo para a melhora do quadro clínico das pessoas.

Em 1961, Foucault já indicava que tanto para o pensamento do séc. XIX quanto para nós, a doença mental mantém a condição de enigma. Os conflitos teóricos acerca do tema não são apenas atuais, vêm de longa data e acompanham, durante todo o século XIX, a reflexão sobre a loucura.

Conflito entre uma concepção histórica, sociológica, relativista da loucura (Esquirol, Michea) e uma análise de tipo estrutural analisando a doença mental como uma involução, uma degenerescência e um progressivo deslizamento na direção do ponto zero da natureza humana (Morel); conflito entre uma teoria espiritualista, que define a loucura como uma alteração da relação do espírito consigo próprio (Langermann, Heinroth) e um esforço

materialista para situar a loucura num espaço orgânico diferenciado (Spurzheim, Broussais); conflito entre a exigência de um juízo médico que mediria a irresponsabilidade do louco pelo grau de determinação dos mecanismos em atuação nele e a apreciação imediata do caráter insensato de seu comportamento (polêmica de Elias Régault e Marc); conflito entre uma concepção humanitária da terapêutica, à maneira de Esquirol, e o uso dos famosos “tratamentos morais” que fazem do internamento o meio maior da submissão e da repressão (Guislain e Leuret). (FOUCAULT, 1997 [1961], p. 514)

Acompanhamos Yasui (2010) no entendimento de que não há explicação baseada na causalidade científica capaz de dar conta da complexidade do existir e do sofrer humano. A ruptura epistemológica da RP propõe que o homem, e não a bioquímica dos neurotransmissores, esteja no centro. Porém, não é possível ignorar os efeitos da utilização de medicamentos nos tratamentos em saúde mental, ainda pouco conhecidos, pois muito recentes na história da humanidade.

A reforma propõe construir, inventar o seu campo teórico-conceitual, estabelecendo um amplo e radical diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano, para se criar uma nova maneira de olhar, de escutar, de cuidar. (YASUI, 2010)

A pesquisa desenvolvida neste trabalho busca contribuir para a ampliação do campo teórico-conceitual em saúde mental valorizando a palavra dos usuários dos nossos serviços públicos de saúde. É preciso pensar, sentir e agir diferentemente para fazer valer o ideário da RP, e a metodologia da pesquisa-intervenção participativa tem sido uma aposta para nós.



### 3. QUEM SÃO OS NÓS?

“Quero deixar claro que nós somos muitos nós. Em nós indivíduos, pessoas e grupos. Fatos que somos todos ao mesmo tempo e cada um de modo singular. Há e haverá sempre muitos outros. Memórias, situações registradas antes, agora e processos. [...] Mas, aqui, também sou eu, com todos os nós que me entrelaçam.” (MERHY, 2007)

Todo o saber sistematizado neste trabalho foi construído com o envolvimento de diversos atores<sup>10</sup> do campo da saúde mental. Por isso só é possível enunciar o que nos ensinaram os usuários se contarmos o que ocorreu entre os “nós” que compõem esta Pesquisa-Intervenção Avaliativa Participativa.

Nós partimos de alguns lugares<sup>11</sup> quando tudo começou e, ao longo deste trabalho, será possível saber o quanto muitas das pessoas envolvidas mudaram de lugar ou passaram a ocupar mais de um lugar e a mudar os lugares por onde passaram.

Estes lugares são cidades: Rio de Janeiro, Campinas e Novo Hamburgo. Universidades: Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Universidade Federal Fluminense – UFF; Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Espaços de tratamento: Centros de atenção psicossocial - CAPS e Instituto de Psiquiatria - IPUB. E a Associação de familiares, usuários e amigos dos serviços de Saúde Mental de Campinas – AFLORE.

Cada Instituição participante tem uma história e carrega uma tradição, que resulta em uma assinatura singular de cada uma delas. Gadamer (1997) propõe o conceito de tradição como uma forma de autoridade, que, quando reconhecida e considerada pelo pesquisador, colabora para a compreensão. Para o autor, a *tradição* nos fala sempre em vozes múltiplas, e voltar a ela seria um momento de liberdade e de escolha.

Já a idéia de assinatura, conforme proposta por Deleuze e Guattari (1997), relaciona-se à construção de um domínio, de um território, o qual traz consigo qualidades expressivas resultando em um modo singular de produção.

Cada grupo de pesquisa das diversas universidades envolvidas na ARUC traz um modo de trabalho relacionado à área de saber a que se filia, à orientação teórica

---

<sup>10</sup> Quando me refiro a atores da saúde, compreendo que são eles: profissionais das diversas áreas da saúde; gestores; pesquisadores, professores e teóricos que participam da formação de profissionais e construção de teorias; e usuários dos serviços de saúde.

<sup>11</sup> No anexo II há mais informações sobre os lugares e as pessoas que os compõem.

escolhida para o desenvolvimento de pesquisas e ao estilo pessoal de seus pesquisadores, o que tomaremos como uma assinatura, assim como temos as assinaturas referentes aos modos de pensar de quem passou pela experiência de adoecer e, ainda, dos trabalhadores, envolvidos com o cotidiano da produção de cuidado nos serviços de saúde. De modo que cada uma das instituições forma um nó, enlaçado pelo emaranhado de sujeitos/elementos que lhe dão existência. Podemos também pensar que cada “instituição-nó” funciona como linha, que por vezes faz nó com outras delas, ou então todos nos enredamos e custamos a “encontrar o fio da meada”. Somos nós que vamos tecendo nossos nós e compondo um saber coletivo.

No movimento grupal, ocorrem enlaces e desenlaces de subjetividades, de modo que Fernández (2006) propõe o uso metafórico do nó para pensar os enodamentos e desenodamentos de subjetividades na cena grupal. A autora propõe pensarmos em texto grupal em substituição a contexto grupal, na medida em que a realidade externa é vista como parte do grupo e o texto refere sua produtividade. Ler o texto grupal é acompanhar as múltiplas inscrições do nó grupal nos percursos do grupo. (FERNÁNDEZ, 2006).

O texto que construímos neste trabalho carrega consigo um pouco de cada uma destas tradições: a participação no campo da saúde, a defesa da Reforma Psiquiátrica, a avaliação das políticas públicas de saúde, a pesquisa-intervenção e o reconhecimento do saber calcado na experiência dos sujeitos que vivenciam a questão investigada, em nosso caso, a experiência de adoecer e receber tratamento pelo sistema público de saúde no Brasil.

### **3.1 O QUE É UM LUGAR?**

Há muitas respostas possíveis para esta pergunta. Mesmo se buscarmos o significado formal da palavra, nós encontramos, no dicionário Houaiss (2009), doze definições para o verbete. E se buscarmos o significado de ‘lugar’ como conceito, nós vamos descobrir que foi utilizado por diversas ciências, como a psicologia, a arquitetura, a geografia, a antropologia, a partir de diferentes vértices e recortes que estão em constante processo de reformulação e reconstrução (GAMA, 2011).



A respeito de que “lugar” nós estamos falando neste trabalho? Um local, uma colocação, um papel (importância que algo tem para alguém), um espaço, uma coordenada?

Em nossa pesquisa, muitas vezes, começamos nossas reuniões com uma rodada de apresentação, pois, devido à amplitude do grupo, sempre há pessoas novas a conhecer. Costumamos dizer nosso nome, nossa formação acadêmica, o lugar onde estudamos e/ou trabalhamos no momento e o que estamos pesquisando. Ao recebermos pessoas em tratamento nas nossas reuniões, conhecemos outro referencial para apresentação: contar onde se recebe tratamento – “Sou fulana, usuária do CAPS x.” Ao longo do tempo as respostas foram mudando – “Sou fulana, usuária do CAPS x e pesquisadora”. Ou “Sou fulano, usuário do serviço x e escritor de artigos científicos.” Ou ainda, “Sou fulano, usuário da rede da cidade x e moderador de grupos GAM.”

Segundo Brum (2011), antes, a pergunta que determinava nosso lugar no mundo era: “De que família você é?” ou “Qual é o seu sobrenome?”. Porém, ela percebe que, nos dias de hoje, não é mais a filiação paterna e sim a filiação da instituição ou da empresa que confere legitimidade a um indivíduo e o autoriza a falar e a ser escutado: “A questão que se impõe, antes ou agora, é a mesma: a partir de que lugar você fala. A partir do lugar de onde alguém fala, prestamos atenção ou não naquilo que diz. O lugar de onde falamos é, portanto, o que nos confere identidade. E a identidade é uma exigência do nosso mundo.” (BRUM, 2011)

Rolnik já interrogava, em 1997, se a figura moderna da subjetividade, com sua crença na estabilidade e sua referência identitária, estaria chegando ao fim. A autora indica que a globalização da economia e os avanços tecnológicos aproximam universos situados em qualquer ponto do planeta, numa variabilidade e numa densificação cada vez maiores. Porém, ela adverte que essa profusão de universos que poderia propiciar criação individual e coletiva não implica forçosamente o abandono da referência identitária: “as subjetividades tendem a insistir em sua figura moderna, ignorando as forças que as constituem e as desestabilizam por todos os lados, para organizar-se em torno de uma representação de si dada a priori, mesmo que, na atualidade, não seja sempre a mesma esta representação.” (ROLNIK, 1997) – a esse fenômeno, Rolnik chama de **ilusão identitária**.

Ou seja, diante de um universo de possibilidades de vida que a globalização faz aproximar, o que poderia favorecer uma ampliação da possibilidade de criação, muitas

vezes assistimos a uma desestabilização e a um desassossego traumáticos. Desses, segundo Rolnik (1997), busca-se fugir anestesiando a vibratilidade do corpo ao mundo, fuga que, segundo a autora, é sustentada por um mercado variado de drogas, resultando em uma espécie de toxicomania generalizada.

Essa toxicomania pode se dar com algumas drogas – aquelas fabricadas pela indústria farmacológica, produtos do narcotráfico e vitaminas prometendo uma saúde ilimitada –, mas também com as drogas disponíveis no mercado que não se apresentem enquanto tal. Destas, a autora destaca as mais evidentes como “a droga oferecida pela TV, pela publicidade, o cinema comercial e outras mídias mais.”, as quais Rolnik chama de ‘identidades prêt-à-porter’, figuras glamurizadas imunes aos estremecimentos das forças. Porém, quando essas drogas são consumidas como próteses de identidade, tornam-se efêmeras, pois “os indivíduos-clone são vulneráveis a qualquer ventania de forças um pouco mais intensa.” (ROLNIK, 1997)

Diante deste cenário, Rolnik (1997) distingue dois processos que acontecem nas subjetividades e que correspondem a destinos opostos: o enrijecimento de identidades locais contra identidades globais e a ameaça de pulverização total de toda e qualquer identidade. Porém, a autora defende que não devemos enfrentar esses destinos possíveis, mas sim a referência identitária, para assim darmos lugar aos processos de singularização e criação existencial.

Rolnik conclui que o “fruir da riqueza da atualidade, depende das subjetividades enfrentarem os vazios de sentido provocados pelas dissoluções das figuras em que se reconhecem a cada momento.” Ela entende que este é o único modo de “investir a rica densidade de universos que as povoam, de modo a pensar o impensável e inventar possibilidades de vida.” (ROLNIK, 1997)

Alguns autores trabalham a questão da fundação da identidade a partir do lugar. Gama, em 2001, refletia sobre a correlação entre lugar e identidade, entendendo que a fundação de um lugar a partir do diálogo entre psiquismo e espaço vai permitir uma espécie de sustentação da organização psíquica.

Anos mais tarde, Gama (2011) faz uma rica revisão teórica sobre o tema, trazendo para a conversa, dentre outros, autores como Augé (1994), que coloca que um lugar pode se definir como identitário, relacional e histórico; Fernandes (1989), que faz uma reflexão sobre os lugares ocupados em instituições, determinados pelas relações de poder e determinantes da condição de liberdade ou aprisionamento das pessoas (saúde

ou doença); Saraceno (1999), que entende que a transformação de um espaço em um lugar é um processo de ultrainvestimento de sentido. E assim Gama propõe que “um lugar seria a ordenação do espaço como um campo, segundo certos parâmetros e limites relacionados à determinada subjetividade. [...] Este lugar é articulador, propõe certo arranjo e certa disposição que localizam o sujeito e definem uma espécie de posição.” (GAMA, 2011, p.73)

Concordamos com as observações dos autores acima mencionados quanto à existência, em nosso mundo, de uma correlação entre identidade e lugar, pois entre instituições e sujeitos há coprodução. Porém, essa correlação não pode ser pensada como algo estável e fixo, pois assim cairíamos na armadilha sobre a qual Rolnik nos alerta. Na seção anterior, indicamos os lugares por onde passamos, nomeando como “nó” o agrupamento que compõe cada instituição. É possível prender-se na identidade filiada à ordem institucional ocupando lugares fixos, porém a identidade pode imobilizar o gesto de pensar.

Certeau (2011) entende que pensar é passar; é questionar a ordem: “surpreender-se pelo fato de sua presença aí, indagar-se sobre o que tornou possível essa situação, procurar – ao percorrer suas paisagens – os vestígios dos movimentos que a formaram, além de descobrir nessas histórias, supostamente jacentes, ‘o modo como e até onde seria possível pensar diferentemente’”.

Passos & Barros (2000) colocam que a consideração dos sistemas de lugares, o assinalamento do lugar que se ocupa, que se busca ocupar ou que lhe é designado ocupar é um caminho para a análise da implicação.

O conceito de implicação foi desenvolvido por Lourau ao longo de sua obra e, de um modo geral, refere-se ao nosso envolvimento sempre presente, também de natureza inconsciente, com tudo aquilo que fazemos. Esse envolvimento nos move em nossas atividades no mundo e, segundo L’Abatte (2005), a questão é a forma como atuamos, por exemplo, como coordenadores de um grupo, a partir desse conjunto de ‘compromissos’. Analisar a implicação passa por olhar para as pertencas e referências institucionais e considerar o lugar que ocupamos nelas.

Na melhor das hipóteses, os lugares transformam as pessoas e as pessoas transformam os lugares simultaneamente, sem haver uma imposição de aspectos de um sobre o outro. Foucault defende que as relações que devemos estabelecer conosco mesmos não são relações de identidade, elas devem ser antes relações de diferenciação,

de criação, de inovação (FOUCAULT, 2004a). Mas, sabemos que nem sempre as instituições favorecem a criação de si, e é na busca da fuga do enrijecimento da referência identitária aos lugares ocupados no mundo que buscamos, neste trabalho, um modo singular de pensar essa relação que contemple seu aspecto de eterno movimento e mutação, considerando a criação de si no lugar da descoberta de si.

Sendo assim, nos ocuparemos de alguns sentidos concernentes à palavra lugar. O lugar que as pessoas frequentam em seu cotidiano: universidade, CAPS e associação de usuários. O lugar como o papel que as pessoas ocupam nestes lugares: pesquisador, estudante, usuário, paciente, doente, saudável, trabalhador, etc. O lugar como cidade que se habita: Novo Hamburgo, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Campinas, Montreal. E o lugar comum que a ARUC propiciou entre todos nós.

Foi o elo ARUC que permitiu que experimentássemos outros lugares. Conhecemos nossas cidades, nossas instituições, e assim foram se transformando também nossos papéis, o que estamos chamando de produção de diferença. Nesse laço, o grande tema que nos mobiliza é ‘Saúde mental e Cidadania’, o qual transversaliza todas as pesquisas sob a chancela ARUC.

A pesquisa condizente ao meu percurso no mestrado faz parte de duas pesquisas maiores, a estratégia Gestão Autônoma de Medicamentos, desenvolvida no Canadá, e a “Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos”, as quais são apresentadas a seguir.

### **3.2 A GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS**

A expressão *Gestão Autônoma da Medicação* - GAM surgiu em 1998, no cerne de um comitê de trabalho do Agrupamento dos Serviços Alternativos de Saúde Mental do Quebec (RRASMQ) composto por usuários, atendentes e representantes da Associação dos Grupos de Atendimento em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec (AGIDD-SMQ). A GAM foi criada por pessoas que passaram pela experiência de adoecimento mental em aliança com interventores e, mais adiante, com pesquisadores da Universidade de Montreal, numa postura de busca, de pesquisa e de tentativas de transformação do modelo vigente de tratamento (RRASMQ-ÉRASME, 2006).

A GAM implica uma abertura para várias perspectivas, um compartilhamento e um diálogo sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam na vida das pessoas envolvidas, buscando substituir a posição *de objeto* de tratamento e de *doente* pela de *sujeito* e de *pessoa* de pleno direito. Supor o diálogo e a troca é parte da essência desta abordagem.

Mas por que *Gestão Autônoma da Medicação em Saúde Mental*?

Nos países ocidentais, a medicação ocupa agora um lugar central nas práticas de saúde mental e na vida das pessoas que têm problemas nesse âmbito. Aos poucos, os campos de aplicação da medicação psicotrópica se estenderam consideravelmente, convergindo com uma tendência mais ampla de nossas sociedades para a medicalização do desamparo humano (Collin, 2006).

Encontramos considerações pragmáticas e de ordem teórica sobre este fenômeno: facilidade de uso dos medicamentos psicotrópicos e relativa rapidez de seus efeitos – essas características teriam permitido que os remédios acompanhassem significativamente a desinstitucionalização; e avanço das hipóteses e dos modelos biomédicos em psiquiatria, os quais buscam “marcadores” biológicos confiáveis e específicos dos transtornos mentais. Essa progressão rápida do modelo biopsiquiátrico relegou para o segundo plano outras concepções sobre os problemas de saúde mental, em particular as concepções psicodinâmicas e psicossociais, que convidam a inscrever a compreensão dos problemas numa história pessoal e relacional e num contexto social e cultural mais amplo.

Independentemente das substâncias envolvidas e dos problemas nos quais estas visam interferir, os medicamentos psicotrópicos não pertencem à categoria dos remédios curativos (OMS, 2001; Zarifian, 1994; Turmel, 1990).

Os trabalhos de pesquisa que exploram a perspectiva das pessoas que usam medicamentos psicotrópicos mostram que, em sua maioria, a experiência de sofrimento psíquico e relacional ultrapassa infinitamente a sintomatologia (Collin, 2002; Rodriguez et al, 2000). Complexos, os problemas de saúde mental afetam múltiplos aspectos da vida das pessoas, atingindo-as em sua identidade, em sua experiência do mundo e em sua relação consigo mesmas e com os outros. Neste sentido, a contribuição dos remédios parece insuficiente mesmo quando é reconhecida como necessária.

A abordagem da GAM em Saúde Mental constituiu-se, primeiro e fundamentalmente, a partir da escuta dos pontos de vista das pessoas que fazem uso de

medicamentos psicotrópicos. Essas pessoas querem que sua experiência e seu saber quanto ao impacto da medicação sobre suas vidas sejam reconhecidos.

Porém, tendo nascido de um procedimento coletivo participativo, agregou também diferentes experiências: não apenas a experiência das pessoas envolvidas, como também os saberes que emergem do campo do atendimento e das práticas, assim como a pesquisa sobre os tratamentos em saúde mental (Rodriguez e Drolet, 2004; ÉRASME/RRASMQ, 2003; Rodriguez et al., 2001).

As pessoas que fazem uso de psicofármacos envolvidas na GAM no Québec apontaram as seguintes questões: falta de informação sobre os remédios receitados; peso de seus efeitos indesejáveis, mais particularmente em situações de supermedicação; sofrimento que costuma persistir apesar do tratamento medicamentoso; incapacidade de retornar ao mercado do trabalho; desejo de viver sem remédios, etc.

Além disso, muitas pessoas pararam repentinamente de tomar seus remédios e, em sua grande maioria, acabaram, por isso, num hospital, de onde saíram mais medicadas do que antes.

As práticas, associadas aos medicamentos psiquiátricos, mais contestadas por essas pessoas são: uma medicação que se apresenta como a única resposta para o sofrimento; a prescrição de medicamentos que apresentam efeitos colaterais pesados; uma medicação pesada que entrava o trabalho sobre si; a dificuldade e até mesmo a impossibilidade de exprimir seu ponto de vista sobre a medicação ou de questioná-la; prescrições muito pesadas e em prazos muito longos; informações insuficientes; falta de espaço para o diálogo com o médico a respeito da medicação; falta de espaço para procedimentos terapêuticos alternativos à medicação; o fato de que questionar a medicação seja compreendido como resistência ao tratamento, ou mesmo como recusa; etc.

Essas pessoas apontaram também condições em que a medicação pode ser um instrumento que não cria obstáculo para a apropriação de poder e a melhoria da qualidade de vida: quando é acompanhada por outras práticas de trabalho sobre si mesmo e de apoio; quando é acompanhada pela informação apropriada; quando o médico possibilita o tempo de dar sentido a essa experiência e ao tratamento proposto; quando os remédios permitem reduzir ou suprimir certos sintomas e restituir uma estabilidade à existência; quando a pessoa está ‘depressiva’ demais ou em crise, para obter efeitos precisos em curto prazo.

Na perspectiva das pessoas que têm problemas de saúde mental, é a possibilidade de realizar um trabalho sobre si, sobre sua experiência e a imagem que traz de si, a relação com os outros e com o mundo, que contribui de modo mais profundo para a melhoria e a transformação (Rodriguez *et al.*, 2000). Às vezes, o fato de tomar um ou vários medicamentos psicotrópicos cria entraves ao ‘estar melhor’ a que as pessoas que têm problemas de saúde mental aspiram e que quem as acompanha visa para elas.

De fato, segundo a sua natureza, a posologia e a singularidade das respostas individuais, os medicamentos psicotrópicos podem afetar as capacidades cognitivas (entorpecimento, diminuição da velocidade do pensamento e da fala...), a aparência física (ganho de peso, tremores...), a capacidade de entrar em relação com os outros e a saúde a longo prazo. Às vezes, portanto, tomar medicamentos prejudica a qualidade de vida das pessoas.

O objetivo da GAM em Saúde Mental é o de levar as pessoas a se aproximarem de uma medicação que lhes convenha e a se integrarem a um procedimento mais amplo de melhoria. Neste sentido, a GAM situa o papel da medicação psicotrópica perante os problemas de saúde mental como um dos instrumentos que podem apoiar a pessoa no seu percurso e na sua busca de um estar melhor. A GAM não visa incitar a diminuição ou a cessação da medicação em Saúde Mental.

Os princípios incontornáveis da Gestão Autônoma da Medicação em Saúde Mental são: a importância de uma qualidade de vida subjetiva; a (re)apropriação de poder; o reconhecimento das significações plurais da medicação; o respeito da pessoa, das suas decisões e dos seus direitos; uma abordagem ampla do sofrimento e do ‘estar melhor’.

O material: *Gestão Autônoma dos Medicamentos da Alma. Meu Guia Pessoal* está disponível desde 2002. Foi concebido primeiro para o uso das pessoas que tomam medicamentos psicotrópicos, mas pode favorecer, a partir de questionamentos concretos, o diálogo entre as pessoas envolvidas e os atendedores em saúde mental, permitindo que os últimos compreendam melhor o ponto de vista dos usuários e os desafios associados ao uso de medicamentos psicotrópicos.

Esse guia explora mais particularmente uma das dimensões fundamentais da GAM: a qualidade de vida. A pessoa é convidada a fazer um balanço da própria vida

para determinar os aspectos suscetíveis de serem melhorados. Durante esse procedimento, a medicação pode ou não surgir como um desses aspectos.

Para as pessoas que, ao cabo desse balanço, chegam à conclusão de que a medicação atual tem repercussões negativas sobre sua qualidade de vida, *Meu Guia Pessoal* propõe um método de diminuição progressiva da medicação, que deve ser compreendida em colaboração com um médico. A finalidade do procedimento proposto é alcançar uma área de conforto pessoal. Para acompanhar a pessoa no seu procedimento, *Meu Guia Pessoal* também inclui ferramentas de auto-observação e de ajuda para implementar uma rede de apoio.

Os diferentes modos de vivência da GAM, seja em grupos ou individualmente, com a ajuda do guia ou não, compõem a estratégia GAM, que lembra que a pessoa acompanhada em saúde mental tem o direito de ser respeitada nas suas decisões, mesmo se estas podem não corresponder às dos atendentes, de seus pares e de seus parentes e amigos. A GAM se coloca em uma posição ética. Sua tela de fundo é uma reflexão e um engajamento a respeito da questão do sujeito: trata-se de defender e apoiar o movimento da pessoa fragilizada pela experiência dos problemas de saúde mental – e, às vezes, infelizmente, também pelo modelo hospitalocêntrico clássico de tratamento em psiquiatria – rumo a uma posição de sujeito perante sua vida e no mundo comum.

### 3.3 O CAMINHO NOSSO

A “Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” tomou como questão uma das facetas da combinação do sistema público de caráter universal (o SUS) com os princípios da Reforma Psiquiátrica - o acesso de milhares de pessoas a psicofármacos. O seu uso e prescrição têm aumentado, não apenas em quantidade, mas também em duração do uso, por períodos às vezes maiores do que os preconizados na literatura especializada (HULL & AQUINO, 2006).

Nesse cenário, encontramos baixo envolvimento dos usuários no processo decisório quanto ao seu tratamento, o que reduz a capacidade crítica dos mesmos, permitindo que o poder desta decisão recaia apenas sobre os profissionais de saúde. Tal situação aumenta a vulnerabilidade da clínica à economia de mercado e a uma lógica



médicocentrada e enfraquece o vínculo terapêutico que é sustentado por outros arranjos clínicos ampliados. (ONOCKO CAMPOS et al., 2008)

A pesquisa lançou seu olhar para as práticas em CAPS, as quais importa avaliar na medida em que compreendemos a Reforma Psiquiátrica como movimento incessante, sempre inacabado. A pesquisa avaliativa busca: 1) incluir diferentes pontos de vista e valores dos envolvidos com os novos serviços; 2) viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; 3) considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular; e 4) ‘empoderar’ os grupos envolvidos com os serviços, possibilitando que se apropriem dos conhecimentos gerados na realização do processo avaliativo (FURTADO, 2001).

O objetivo principal da pesquisa foi elaborar o *Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação* (ONOCKO CAMPOS et al., 2012), com base na tradução e adaptação do guia “La Gestion autonome des médicaments de l’âme”<sup>12</sup>, para pacientes com transtornos mentais graves, e sua aplicação em CAPS de três cidades brasileiras.

Para tanto, iniciou-se com a tradução e algumas adaptações do GGAM, referentes à nomenclatura das instituições de saúde e outros setores das políticas públicas no Brasil, inclusão de legislação brasileira no tocante aos direitos dos usuários e supressão do trecho que orienta a reduzir a medicação até interromper por completo seu uso, caso seja esta a decisão do usuário. A equipe de pesquisadores brasileiros tomou a decisão de suprimir esta parte na adaptação do guia brasileiro, por compreender que não se coadunava com a conjuntura do trabalho em saúde mental no Brasil – visão que se confirmou junto aos grupos de intervenção em que o guia foi aplicado, onde usuários mostraram preocupação em ter garantido o direito ao acesso continuado aos medicamentos

O guia traduzido e adaptado foi aplicado em grupos de intervenção (GIs), com frequência semanal ou quinzenal, com cerca de seis a oito usuários. Foram três grupos em CAPS, um em cada cidade brasileira participante (Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Novo Hamburgo/RS), e um na Unicamp com a participação de usuários que freqüentavam diferentes CAPS ou Centros de Saúde da cidade e faziam parte da Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos e usuários dos serviços de saúde mental de Campinas - AFLORE. Esse trabalho ocorreu simultaneamente nos três campos, por dez meses, constituindo-se numa pesquisa multicêntrica. A proposta de

---

<sup>12</sup> A Gestão Autônoma dos Medicamentos da Alma.

realização da pesquisa em três centros deu-se pelo interesse em incluir cidades de diferentes portes, trajetórias culturais, regionais e com percursos singulares de construção de suas redes de saúde<sup>13</sup>.

Os grupos foram compostos por usuários do serviço; um profissional do CAPS, dois ou três pesquisadores como moderadores; e por residentes e/ou graduandos como observadores. Os grupos de intervenção ocorreram ao longo de 2009, com encerramento no início de 2010, quando passamos ao trabalho com o material empírico e à construção do guia brasileiro a partir da experiência da aplicação no campo.

Os GIs objetivavam a experimentação do GGAM, o compartilhamento da experiência dos efeitos desejáveis e indesejáveis no uso de psicofármacos e análise crítica dos termos do guia para sua posterior adaptação. Nos grupos, os textos do Guia traduzido eram lidos, assim como eram respondidas as perguntas que constavam no mesmo, com o objetivo de avaliar sua compreensão e o quanto deveriam ser modificados segundo as observações dos participantes dos GIs.

Todos os participantes dos GIs foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. As equipes participaram da escolha dos usuários que vieram a compor os grupos, conforme os seguintes critérios de inclusão: ser portador de transtorno mental grave; estar fazendo uso de medicamentos há mais de um ano; não ser paciente do psiquiatra que participaria dos grupos; querer participar do grupo e freqüentar o CAPS nos dias e horários previstos. Os critérios de exclusão foram: recusa em participar ou limitação cognitiva grave.

Para o levantamento do material empírico, os pesquisadores fizeram registros após cada GI, denominados “memórias”, nas quais constava o modo como o grupo funcionou, considerando o trecho do guia utilizado a cada encontro como disparador das conversas. Além disso, antes e depois do trabalho com os GIs, foram realizados grupos focais (início e fim) com cada um dos grupos de usuários e dois grupos focais (início e fim) com familiares e com residentes, visando confrontar a posição desses participantes da pesquisa antes e depois da experiência com o GGAM. No caso dos gestores, psiquiatras e demais profissionais que participaram dos GIs, foram realizadas duas entrevistas individuais (início e fim). Para cada grupo de interesse (usuários, familiares

---

<sup>13</sup> No anexo II encontra-se informações mais detalhadas sobre a AFLORE e as cidades que sediaram a pesquisa.

e residentes), foi construído um roteiro de perguntas, utilizado nos grupos focais nos três centros da pesquisa.

As questões disparadoras da discussão em torno do tema da medicação abordavam: uso de medicamentos psiquiátricos na relação com a autonomia e os direitos dos usuários; valorização do contexto do usuário; capacidade de gestão e compartilhamento de decisões (usuário e equipe); direitos do usuário, em especial no que se refere à medicação (acesso, informação, recusa); tomada da palavra (voz do usuário no serviço e na relação médico/paciente); experiência de uso de medicação. Os grupos focais também tinham por finalidade ampliar a participação no processo de pesquisa, uma vez que se constituíram como espaços de troca e escuta entre os participantes.

A partir da transcrição de cada um dos grupos focais, foram construídas narrativas através da extração de núcleos argumentais, resultando em um texto-síntese, em um processo que partiu da experiência concreta (os grupos e o que se conta neles) para a construção (as narrativas: textos como versões de mundo) até chegar à interpretação (compreensão, significação). (MIRANDA et al., 2008)

Ao longo dos dois anos de pesquisa, ocorreram reuniões multicêntricas mensais, em que se encontravam, inicialmente, os pesquisadores representantes das quatro universidades proponentes do estudo. No desenrolar do projeto, passaram a integrar essas reuniões também alguns usuários, trabalhadores e uma familiar de usuário. Tais encontros tinham por finalidade o compartilhamento e acompanhamento dos processos disparados por cada grupo de intervenção, bem como possibilitar tomadas de decisão compartilhadas. Assim, a inclusão de usuários e trabalhadores, inicialmente pensada apenas para os grupos de intervenção, ampliou-se para a participação nas reuniões multicêntricas.

Para o trabalho com o material produzido nos GIs, cada centro ficou responsável pela sistematização e análise das memórias referentes às sucessivas seções do GGAM. Os pesquisadores de cada centro trabalharam não apenas com o material do seu respectivo campo, mas com os materiais produzidos em todos os campos para uma determinada seção do Guia. O foco do trabalho com esse material foi, sobretudo, definir a melhor formulação para as perguntas norteadoras do GGAM e as melhores estratégias de abordagem dos temas.

As decisões quanto às propostas eram tomadas coletivamente, rumo a uma versão final adaptada para a realidade nacional e coerente com o pensamento do conjunto dos participantes da pesquisa. A construção participativa do GGAM brasileiro contou, então, com o acolhimento das sugestões de cada campo, com a simplificação de textos e palavras e com perguntas abertas que permitissem o conhecimento da experiência do usuário, a troca e a reflexão entre os participantes do grupo.

#### 4 O FIO QUE PUXO DA NOSSA MEADA

Os usuários incluídos na pesquisa tiveram a oportunidade de participar de diferentes formas, não apenas como sujeitos pesquisados, mas como sujeitos ativos na construção de saber. Dentre as etapas da Pesquisa nossa, faço uma divisão de dois momentos de encontro, vividos em dois espaços diferentes. No primeiro momento, pesquisadores foram até os CAPS, em um movimento de saída da academia para o campo e abertura para o SUS e sua realidade<sup>14</sup>; nesse momento os pesquisadores experimentaram mudar de lugar, e os trabalhadores foram convidados a ouvir outras palavras dentro do CAPS. No segundo momento, alguns usuários e profissionais envolveram-se mais ativamente com a pesquisa, passando a freqüentar as reuniões acadêmicas – um campo habitualmente excludente para os leigos – e a participar da sistematização do material produzido nos GIs; e, então, foram os usuários que mudaram de lugar.

As viagens para realização das reuniões multicêntricas proporcionaram também a circulação por cidades diferentes e o compromisso de acompanhar as discussões que se produziam em cada encontro do qual, nas universidades, os usuários passaram a fazer parte. Os espaços ocupados ao longo do processo da pesquisa permitiram aos seus integrantes colocarem-se um ao lado do outro, experimentando outros modos de relação e vida entre trabalhadores, usuários e pesquisadores, onde a troca de saberes e de práticas é vivenciada por todos. Vivemos o desafio de enlaçar o saber dos usuários, calcado na experiência de adoecer e de receber um tratamento, e o saber dos pesquisadores, alicerçado em metodologias que precisaram se flexibilizar e reinventar para acolher a opinião dos usuários. A participação ganhou o sentido de reconhecimento das diferenças, permitindo contribuições singulares para a metodologia de pesquisa.

Destacamos aqui o caráter processual da pesquisa, cujo registro foi experimentado de diferentes modos. Produzimos as narrativas oriundas das entrevistas e grupos focais; cerca de oitenta memórias de todos os encontros nos GIs; atas de reuniões multicêntricas; o GGAM – BR; relatórios de pesquisa para os diferentes órgãos financiadores (IDRC, do Canadá, e CNPQ, no Brasil); artigos e apresentações de trabalhos; textos e apresentações dos usuários, produzidos espontaneamente ou por

---

<sup>14</sup> Os pesquisadores envolvidos com esta pesquisa vêm já há algum tempo trabalhando nessa perspectiva, de transpor os muros da academia e mergulhar na realidade.

encomenda do grupo para nossas reuniões multicêntricas e videoconferências com o Canadá.

Uma parceria de grande porte, ARUCI, que abriga pesquisas igualmente grandes, incluindo atores diversos, de diferentes lugares: essa imensidão aguçou a vontade de conhecer e me ensinou a “fazer e aprender com”. Meu envolvimento, nesse grupo, foi desde o lugar de mestranda aprendendo a ser pesquisadora. A parte da pesquisa que se pode dizer minha, apresentada neste trabalho, foi construída desde a pós-graduação em Psicologia Social e seu campo problemático, considerando o contexto sócio-histórico e a produção de subjetividade que constitui o conjunto de práticas examinadas. Além disso, o segundo ano de meu mestrado foi cursado na Unicamp, onde experimentei o aporte teórico da saúde coletiva e diversas atividades de pesquisa, o que influencia também este trabalho na consideração da interlocução do campo da saúde com seus aspectos sociais. Finalmente, o lugar de onde venho traz as marcas também da psicóloga de formação, com experiência em clínica particular – lugar do profissional que atende àquele que chega em sofrimento. Também já fui a paciente, na vivência de alguns anos de psicoterapia.

Ao envolver-me em muitas das atividades de pesquisa, a que sempre atraiu mais a minha atenção e afeto foi o trabalho com os usuários. Ao vivenciar a proximidade com eles – o que nosso elo de pesquisa propiciou –, atualizei muitas dessas marcas que referi carregar comigo. Ora existia uma identificação e a empatia de alguém que já padecera e buscou ajuda, ora era a escuta clínica que despertava; e, em todos os momentos, o cuidado e o respeito com o outro despontavam em mim e eram dimensões da relação para as quais eu estava bastante atenta.

O interessante é notar que, nas práticas de pesquisa realizadas com os usuários, algo pedia cuidado. Na relação que íamos pouco a pouco estabelecendo, havia algo muito diferente das relações que eu estabelecia com as pessoas de quem eu fui terapeuta. No desenvolvimento das atividades da pesquisa, eu permitia-me ser mais espontânea, compartilhar mais aspectos de minha vida pessoal e intervinha mais no que escutava, não me colocando como um suporte para o assunto que viesse, mas permitindo-me envolver com alguns assuntos, interromper outros, propondo mudanças de rumo nas conversas também de acordo com meus interesses.

Posso dizer que era melhor estar ao lado como uma colega nas atividades de pesquisa do que desde o lugar de terapeuta. Ainda que comparecesse a dimensão da

escuta e do cuidado, era de um modo diferente, mais leve, mais livre. Essa diferença me oferecia elementos para pensar que estávamos construindo algo novo no que tange às relações terapêuticas, algo da clínica se encontrava com a pesquisa, e foi então que comecei a seguir as pegadas dos usuários e a experimentar o lugar de cartógrafa, atenta à processualidade do que se produzia entre nós e tomando os movimentos dos usuários como bússola de minha investigação.

O problema que investigo é o que as pessoas que padecem de adoecimento mental e recebem ou receberam atendimento em serviços públicos de saúde mental puderam dizer sobre essa experiência durante sua participação em diferentes etapas da “Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos” e, mais adiante, nos encontros ARUCI.

Seguir os movimentos dos usuários implicou em experimentar territórios moventes, bem como passagens de um território a outro; afinal, ao cartografar, realiza-se um “desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem” (ROLNIK & GUATTARI, 1989). Assim, buscou-se captar a voz dos usuários nos diferentes momentos de encontro (GIs e reuniões acadêmicas) e refletir sobre aquilo de que nos dão testemunho essas vozes.

Simultaneamente a passagens de um território a outro, constituíam-se novos territórios. Assim, buscou-se observar também quais as diferenças produzidas quando os envolvidos na pesquisa experimentaram mudar de lugar para coconstruir saber sobre as práticas em saúde mental no nosso sistema público de saúde. As diferenças surgiam como efeito do arranjo que íamos estabelecendo, e o texto deste trabalho almeja contar um pouco desse tempo vivido “entre nós” e explicitar as diferenças, ainda que sutis, que se produziram nesse encontro. Dar visibilidade ao que se escuta, pensa e sente em relação é um modo de fazer ver e falar a diferença que se produziu *entre*. Paulon & Romagnoli (2010) nos dão uma pista para a realização deste objetivo.

É preciso estar atento às circunstâncias que compõem determinada formação, além de rastrear quais forças de reprodução/invenção estão enredadas e quais efeitos estão se dando naquele arranjo. Ou seja, devemos colocar em análise o funcionamento, os diferentes vetores que se apresentam na situação de intervenção, perseguindo seus efeitos tanto nos participantes, quanto no campo de pesquisa e em seus destinos. Nessa cartografia, o pesquisador comparece, ele mesmo, como intercessor, vetor de passagem de um território ao outro, complexificando o campo através de processos de desterritorialização. (Paulon & Romagnoli, 2010)

Dar visibilidade ao que puderam nos contar os usuários é também dar visibilidade ao que pôde a pesquisa. O olhar se lança não apenas para o que estas pessoas dizem, mas em que contexto elas dizem. O foco está na voz do usuário, são suas pegadas que sigo, mas, como eles não falam sozinhos (como alguns imaginam) – eles falam *entre*, falam *para*, falam *com* –, interessa o campo da relação, o entre nós.

O objetivo é ouvir e tornar audível a voz daqueles que padecem de adoecimento mental hoje e analisar esse material produzido na pesquisa, relacionando-o ao modelo de cuidado que se almeja construir no campo da saúde mental no nosso cenário brasileiro – observando o quanto do modelo manicomial sobrevive e o quanto de deslocalização de cuidado<sup>15</sup> tem sido possível encontrar.

As narrativas que se apresentarão ao longo desta dissertação foram construídas a partir da extração do conteúdo das memórias dos GIs e das atas das reuniões multicêntricas e videoconferências do ano de 2010, bem como dos diários de campo da minha experiência de acompanhamento do processo de pesquisa, que contempla até o ano de 2011<sup>16</sup>. Quando são trazidos trechos textuais referentes aos GIs, os usuários serão indicados pela letra ‘U’, pois o pacto nesta etapa de pesquisa, selado com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, foi de sigilo quanto aos autores dos conteúdos das conversas. Quando são trazidos trechos de apresentações públicas ou de diálogos em reuniões acadêmicas, houve anuência verbal dos usuários para publicação de seus nomes.

Trata-se de uma produção sobre a produção coletiva – afinal, os textos da pesquisa foram produzidos a muitas mãos. As memórias eram escritas em cada campo pelos pesquisadores que conduziam os grupos e apresentam-se em diferentes estilos: ora encontramos nelas falas diretas dos participantes, ora reflexões do pesquisador acerca do que escutou do usuário. As atas das reuniões multicêntricas, da mesma forma, eram escritas pelos pesquisadores. Já as apresentações que os usuários construíram espontaneamente ou por encomenda dos pesquisadores para as videoconferências com o

---

<sup>15</sup> Consideramos que o cuidado se deslocaliza quando está ampliado no território e desvinculado de figuras ou ambientes únicos, propiciando a circulação do poder e a liberdade de escolha daqueles que procuram ajuda. Quando o cuidado é atravessado por uma lógica manicomial, comparecem a tutela e o controle, bem como relações mais estáticas e dissimétricas de poder, restando o poder decisório acerca dos rumos do tratamento em um ou em poucos profissionais.

<sup>16</sup> Optou-se por deixar de lado as narrativas construídas a partir da transcrição dos grupos focais, pois foram pensadas, desde o roteiro de perguntas da entrevista, de acordo com o objetivo da ‘pesquisa maior’ e já foram objeto de análise envolvendo demais colegas pesquisadores.



Canadá trazem a escrita dos usuários e nos permitem um contato menos mediado com as suas ideias.

Os encontros em grupo, nos diferentes momentos da pesquisa, operavam por meio de textos: no primeiro momento, trabalhava-se em grupo com o texto do guia traduzido e se construía as memórias dos encontros; no segundo momento, encontrávamo-nos para coconstruir o guia brasileiro e, para tanto, voltávamos aos textos dos relatos da aplicação em campo, captando as modificações pertinentes à experiência de uso do guia, sendo esses encontros também relatados. Tínhamos sempre como mote e resultado do encontro a produção de textos.

Segundo Passos & Barros (2009b), no trabalho de pesquisa, de alguma forma, é sempre de narrativas que tratamos, e um problema metodológico importante no campo da pesquisa em saúde e da clínica é a política de narratividade. No nosso caso, podemos falar em pluralidade narrativa.

Quanto ao papel da escrita nesse processo, valemo-nos de Foucault (2004b[1983]), que, a partir de sua leitura de Sêneca, coloca que o papel da escrita é constituir, junto com tudo o que a leitura constitui, um *corpo*: “o corpo daqueles que, transcrevendo suas leituras, delas se apropriou e fez sua a verdade delas: a escrita transforma a coisa vista ou ouvida ‘em forças em sangue’ Deste modo, é sua própria alma que é preciso criar no que se escreve.” (FOUCAULT, 2004b[1983], p.152). Nessa concepção, a escrita não representa algo pré-existente, mas explicita uma criação, feita, como em um coro, a muitas vozes: “... agudas, graves e médias, timbres de homens e de mulheres: Nenhuma voz individual pode nele se distinguir; somente o conjunto se impõe ao ouvido”. (Ibidem, p.152)

O ‘escrito corpo’ produzido aqui traz um pouco de todos os envolvidos, seus aportes teóricos e seus modos de dizer. Ou seja, as assinaturas de todos nós. Sendo assim, reconheço-me como pesquisadora construindo saber em relação, carregando as influências do coletivo ARUCI e fazendo parte de uma transformação no caminho do conhecer. Paulon & Romagnoli (2010) trazem contribuições do itinerário nietzscheano para a pesquisa-intervenção e o projeto científico que apontam para uma indissociabilidade entre quem se propõe a conhecer e quem é conhecido, cujo resultado é uma coprodução/transformação de ambos. O que ganha realidade no encontro não é previamente existente, mas cria-se em ato.

Sendo assim, os dados que compõem esta pesquisa, incluídos na sua narrativa, não foram coletados, mas produzidos no encontro entre o pesquisador, suas ferramentas conceituais e o campo. (KASTRUP, 2007). Essa produção contempla escutar e contar. Segundo Mairesse & Fonseca (2002), “escrever é traduzir em idéias as histórias que se vêem e escutam através da linguagem”. As autoras nos indicam que, ao irmos construindo um mapa a partir de relatos contados, já se anuncia a problemática a ser analisada, pois, no momento em que o apreendemos, já é de uma forma outra que não aquela que supostamente lhe deu origem, e assim nos tornamos parte dele.

Mairesse & Fonseca (2002) nos falam em escrever sobre as histórias contadas, ouvidas, cartografadas, num processo em que se faz objeto de análise a trajetória de sujeitos, suas histórias e suas heranças – obras esculpidas no tempo. Então, quando nos aventuramos a traçar nossas análises, o trabalho será a um só tempo o de descrever, intervir e criar efeitos-subjetividade (Passos e Barros, 2009a). De modo que fazer análise é, cada vez mais, o trabalho de desestabilização. A desestabilização não é algo fácil de enfrentar, pois, ao mesmo tempo em que pode propiciar mudanças, pode também causar destruição. A desestabilização almejada aqui é a construção de um texto a partir de muitas vozes, que explicita diferenças e assim desloque o leitor de uma posição de confortável compreensão e desperte novos pensamentos.

Para enfrentar a desestabilização que eu também senti no encontro com tantos ‘outros’, busquei alguns companheiros conceituais que estivessem comigo na travessia entre o que se produziu no caminho nosso e o que eu pude tecer com o fio que puxei dessa meada.

#### **4.1 COMPANHEIROS DE TRAVESSIA**

Para nos acompanhar na travessia entre o que foi construído na pesquisa nossa e na pesquisa condizente a este trabalho, buscamos autores que contribuíssem com o tema da voz em pesquisa qualitativa e para o campo da relação em que emerge esta voz.

Vislumbramos um desafio em destacar a voz do usuário na mistura textual que exprime a voz de um coro (pesquisadores, profissionais e usuários). A voz do usuário está no mundo, habita o cotidiano. Quando a voz acontece? Onde a voz acontece? Acontece em qualquer lugar?

A voz está sempre acontecendo. A voz que se busca captar na pesquisa é uma voz polifônica, que acontece no encontro. Como referimos anteriormente, no contexto da produção de dados da pesquisa, o usuário não fala sozinho, ele fala entre, fala para, fala com.

#### **4.1.1 A voz em pesquisa qualitativa**

Jackson & Mazzei (2009) organizaram um livro sobre voz em pesquisa qualitativa. Ao longo dele, vários autores discutem o tema com alguns objetivos: examinar como a voz funciona para comunicar em pesquisa qualitativa; expor os excessos e instabilidades da voz em pesquisa qualitativa; apresentar implicações teóricas, metodológicas e interpretativas, que resultam em problematização do modo como se trabalha com voz em pesquisa qualitativa; oferecer exemplos de trabalho em pesquisa qualitativa que incluem a multiplicidade de vozes e significados e desconstruir limites epistemológicos da voz que circunscrevem nossa visão de mundo como pesquisadores.

De um modo geral, as autoras exploram o que é produzido pelo problema da voz. Elas questionam o que constitui a voz, que vozes escolhemos ouvir, como as escutamos e por que aceitamos algumas como verdade e outras não. O modo como se toma a voz na pesquisa aparece na narrativa que a pesquisa produz. Jackson e Mazzei (2009) citam algumas tentativas metodológicas de apresentar diferentemente a voz em pesquisa. São elas: pesquisa narrativa, histórias de vida, formas experimentais de escrita e etnografia performática. Mas, para além destas, as autoras apresentam algumas propostas para pesquisas qualitativas que contemplem a voz em seus dados.

Assim, as autoras nos dão algumas idéias para o desafio de trabalhar com a voz em pesquisa qualitativa de modo não convencional e crítico. Elas enfatizam a importância de buscar a voz que escapa à fácil classificação e que não faz sentido facilmente, uma voz que não é normativa, mas transgressiva. Pensam a pesquisa como lugar de ser surpreendido pela diferença em práticas que reconhecem o não-saber. Nessa perspectiva, propõem uma escrita que não busque gerar empatia no leitor, mas que construa distância entre o leitor e o que ele lê, no sentido do leitor poder encontrar o que não conhece do outro, para que possa se deslocar de uma certa fantasia de mutualidade

ou intimidade turística. Recusar a intenção de gerar no leitor empatia ao texto e ao objeto pesquisado é afirmar a intenção de que se possa (re)conhecer a diferença do outro. As autoras entendem que o contrário disso é um tipo de violência, em que reduz o outro a semelhante, disfarçando diferenças em nome de um certo conforto.

Passos e Barros (2009) propõem que, também ao narrarmos algo, nós podemos nos colocar em posição de estrangeiridade ao que habitualmente é dito. Essa posição de estranhamento e interrogação força um deslocamento do dito na busca das condições de sua produção. No caso deste trabalho, a consideração da composição, na pesquisa, dos lugares entre nós onde os usuários falam apresenta as condições de produção dessa voz.

No trabalho de análise dos dados, Jackson & Mazzei (2009) propõem uma interpretação reticente, que se dá quando o pesquisador escuta o que o outro diz, sem a presunção de mutualidade por empatia. Falam, assim, de respeito às distâncias, pois, se reconhecemos a distância e a diferença, nós podemos nos surpreender com o saber que o outro nos oferece, ao contrário de buscar encontrar aquilo que se estava previamente procurando. A escrita, então, deve ser algo que desfamiliarize o leitor.

O que estamos procurando quando escutamos os participantes? Uma vez que se reconhece o limite da voz na pesquisa qualitativa, um caminho é nos escutar escutando. Muitas vezes o pesquisador não escuta suficientemente a si mesmo enquanto escuta o outro. Portanto, Jackson e Mazzei (2009) recomendam escutar também nossas vozes silenciadas, não na perspectiva de um dualismo entre dois tipos de vozes e pensamentos (do pesquisador e do objeto pesquisado), mas considerando a multiplicidade de dimensões; não vozes a mais, mas mais diferenças, contradições e enredamentos. A questão é, então, a de uma montagem de multiplicidades que tenha ao mesmo tempo senso e não senso, discurso e não discurso, silêncio falado e silêncio que fala. Assim, deve-se notar o que aparece e o que não aparece.

Essa é a idéia de escutar no limite, deixando as vozes errantes invadirem sem permissão; rever o que vale como dados; forçar esse limite; romper alguns deles. Interessa como a voz é apresentada pelos participantes em campo. Convidamos os participantes a falar? Quando falam? Como falam? O mapeamento das vozes deve se dar em suas formas múltiplas e enredadas.

Mairesse & Fonseca (2002) propõem mais algumas interrogações que implicam o pesquisador desde um lugar de escuta e demanda das falas: “Que histórias se trata de escutar? O que significa contar uma história? Que fala é esta que atravessa o discurso

dos sujeitos? A quem se dirige esta fala? Que tipo de discurso se constitui nestas falas?” As autoras nos alertam sobre o campo de forças e de luta entre vetores oscilantes entre o que se deseja escutar e o que se pede para falar, desde que se tome a fala também como resposta a uma solicitação, um efeito entre a oferta e a demanda produzida no pedido pela palavra.

O encontro com as vozes errantes requer abertura ao outro, e viajar sem a verdade requer uma abertura e deslocamentos metodológicos. Traça-se um mapa que se transforma conforme se dá o encontro com a voz; um mapa que não mostra apenas o que se falou, mas como se falou; um mapa que nos estranha em nós mesmos quando não encontramos o que esperávamos encontrar no limite da voz. (JACKSON & MAZZEI, 2009)

Por todo exposto, as autoras alertam sobre o perigo de nos mantermos tão atentos ao mapa que deixemos de notar a beleza da paisagem, com medo de perder o nosso caminho.

#### **4.1.2 O Ritornelo**

Para refletir sobre os movimentos que se dão no campo relacional onde a voz acontece, utilizo o conceito de “Ritornelo” (DELEUZE & GUATTARI, 1997). O Ritornelo é um agenciamento territorial, tem três aspectos, os quais torna simultâneos ou misturados numa só e mesma coisa.

No primeiro aspecto, temos

uma criança no escuro, tomada de medo, [que] tranquiliza se cantarolando. Perdida ela se abriga como pode, ou se orienta bem ou mal com sua cançãozinha. Esta é como o esboço de um centro estável e calmo, estabilizador e calmante, no seio do caos. Pode acontecer que a criança salte ao mesmo tempo que canta, ela acelera ou diminui seu passo; mas a própria canção já é um salto: a canção salta do caos a um começo de ordem no caos, ela arrisca também deslocar-se a cada instante. (DELEUZE & GUATTARI, 1997, p.116)

No segundo aspecto,

estamos em casa. Mas o em-casa não preexiste: foi preciso traçar um círculo em torno do centro frágil e incerto, organizar um espaço limitado. Muitos componentes bem diversos intervêm, referências e marcas de toda espécie. [...] Eis que as forças do caos são mantidas no exterior tanto quanto possível,

e o espaço interior protege as forças germinativas de uma tarefa a ser cumprida, de uma obra a ser feita. Há toda uma atividade de seleção aí, de eliminação, de extração, para que as forças íntimas terrestres, as forças interiores da terra, não sejam submersas, para que elas possam resistir, ou até tomar algo emprestado do caos através do filtro ou do crivo do espaço traçado. (DELEUZE & GUATTARI, 1997, p.116)

No terceiro aspecto,

enfim, entreabrimos o círculo, nós o abrimos, deixamos alguém entrar, chamamos alguém, ou então nós mesmos vamos para fora, nos lançamos. Não abrimos o círculo do lado onde vêm acumular-se as antigas forças do caos, mas numa outra região, criada pelo próprio círculo. Como se o próprio círculo tendesse a abrir-se para um futuro, em função das forças em obra que ele abriga. E dessa vez é para ir ao encontro de forças do futuro, forças cósmicas. Lançamo-nos, arriscamos uma improvisação. Mas improvisar é ir ao encontro do Mundo, ou confundir-se com ele. Saímos de casa no fio de uma cançãozinha. (DELEUZE & GUATTARI, 1997, p.116)

É com a morada que surge a inspiração. No primeiro aspecto temos apenas uma criança, essa terceira pessoa no singular. Ao olharmos para o segundo e terceiro aspectos, observamos a passagem para a primeira pessoa do plural, um “nós” que pode saltar para fora e ir ao encontro do mundo. Que encontros e arranjos terapêuticos possibilitam essa passagem?

É a criação e a expressão de algo que possibilita essa passagem e saída do caos. A isso Deleuze & Guattari (1997) nomeiam matérias de expressão; elas exprimem relações do território com os impulsos internos, com as circunstâncias externas, ou seja, há algo que acontece nessa passagem que soma o que é interno e externo e que ganha autonomia na própria expressão. O ritornelo é o ritmo e a melodia territorializados, porque tornados expressivos.

Portanto, do caos podem nascer Meios e Ritmos. Cada meio é codificado pela repetição periódica e, ao se tornar código, é um estado perpétuo de transcodificação ou de transdução, maneira pela qual um meio serve de base para um outro, ou se estabelece sobre o outro, dissipa-se ou se constitui no outro. Os meios são abertos no caos, e o que há de comum ao caos e ao ritmo é o entre dois meios, é nesse entre dois que o caos tem chance de se tornar ritmo. (DELEUZE & GUATTARI, 1997)

O território se constitui através de um ato que afeta os meios e os ritmos, que os territorializa. Ele tem uma zona interior de abrigo, uma zona exterior de domínio, limites ou membranas mais ou menos retráteis. Há território a partir do momento em que há expressividade do ritmo. As qualidades expressivas ou matérias de expressão

desenham um território que as traz consigo ou que as produz, trazem uma assinatura que é a formação aleatória de um domínio. (DELEUZE & GUATTARI, 1997)

Um componente territorial ou territorializado pode pôr-se a germinar, a produzir, ou seja, as funções e forças territorializadas podem ganhar com isso uma autonomia que as faz cair em outros agenciamentos: “A profissão, o ofício, a especialidade implicam atividades territorializadas, mas podem também decolar do território para construir em torno de si, e entre profissões, um novo agenciamento.” (ibidem, p.135)

Então temos ritornelos – ritornelos territoriais que agenciam um território; ritornelos de funções territorializadas (cantiga que territorializa o sono e a criança; amor, que territorializa a sexualidade e o amado; profissão, que territorializa o ofício); os ritornelos de passagem desterritorializantes-reterritorializantes; os ritornelos de partida, que juntam forças num movimento de desterritorialização absoluta, entre outros. Há sempre movimento e transformação.

Deleuze e Guattari buscaram na música e nos pássaros a inspiração para a construção deste conceito. Na música, o ritornelo é tanto o símbolo que sinaliza na partitura a repetição de um trecho, como também a própria repetição. Romagnoli (2009) nos ajuda a compreender o aspecto de repetição do conceito ritornelo, indicando que, quando um território existencial é formado e os elementos heterogêneos que compõem a subjetividade ganham determinada composição, esse território localiza-se na interface entre o que se repete e é conhecido e o que pode afetar, desterritorializar, produzir outra composição.

Em relação aos pássaros, Deleuze & Guattari (1997) mostram que o seu canto, além de sinalizar seu território, ou seja, além de compreender um agenciamento territorial, compreende funções territorializadas, como a função de ‘corte’ ou de grupo. O pássaro se torna visível ao mesmo tempo que sonoro.

Os autores saltam da música e da vida dos pássaros para o fenômeno da produção de territórios subjetivos entre as pessoas: “No animal como no homem, são as regras de distância crítica para o exercício da concorrência: meu cantinho de calçada” (pg.129)

Nós saltamos agora para o campo da saúde mental e suas múltiplas relações. Cada pessoa envolvida no trabalho em saúde mental precisa dialogar com os colegas de equipe a partir de seus conhecimentos de mundo, pessoais e acadêmicos. Além disso, precisa estar perto dos usuários que, em seu padecer, às vezes desejam o isolamento, às

vezes uma aproximação excessiva, e que carregam consigo a marca de uma diferença, de uma fragilidade que os levou a buscar ajuda. Há uma dimensão de imprevisibilidade no encontro que convida à redução das distâncias, à invenção e à coragem de correr riscos. As possibilidades e impossibilidades de relação aparecem para todas essas pessoas.

O território é primeiramente a distância crítica entre dois seres de mesma espécie: marcar suas distâncias. O que é meu é primeiramente minha distância, não possuo senão distâncias. Não quero que me toquem, vou grunhir se entrarem em meu território, coloco placas. [...] trata-se de manter à distância as forças do caos que batem à porta. (DELEUZE & GUATTARI, 1997, p.127)

Se pensarmos no adoecimento psíquico, podemos pensar que o momento da crise que leva à busca de tratamento é o momento da vivência do caos. Muitas vezes as pessoas buscam os serviços sem nem sequer cantarolar uma canção, tomadas de um medo sem nome, impossibilitadas de criar.

Podemos correlacionar esse aspecto do ritornelo ao que Winnicott chamou de “angústia impensável”, quando o sentimento de continuidade do ser é interrompido pela ameaça de aniquilamento. (Winnicott (2000c [1952])). São impensáveis, tais angústias, porque ocorrem antes que o indivíduo possa se diferenciar do ambiente.<sup>17</sup>

A escolha pelo conceito de ritornelo para nos acompanhar na compreensão do campo das relações e da produção de subjetividade nos ajuda a pensar o aspecto de criação operando nelas. A relação terapêutica compreende a criação de uma canção e todo esse processo que resulta num território em que se consegue experimentar um novo lugar no mundo. Produzir canção é expressar algo que, como o ritornelo, tira-nos do caos: em alguns momentos ela se constrói solitariamente; em outros, ganha visibilidade para um outro; ou, ainda, pode ser construída entre dois ou entre tantos.

Pelbart (1993) e Yasui (2010) também usam a metáfora da canção; utilizam-se dela para pensar a produção de cuidados. Avanço nesta reflexão utilizando-a para pensar também a relação de coconstrução de saber. Proponho, inclusive, que a produção

---

<sup>17</sup> De maneira alguma queremos traçar aqui uma relação entre adoecimento mental e infantilização ou necessidade de tutela, mas sim afirmar que, nos momentos de crise, há um retorno à experiência de mergulho no caos que todos nós estamos sujeitos a vivenciar.



de cuidado está relacionada à produção de saber, pois, quando há laço terapêutico, há coconstrução de saber – o que aponta para uma interlocução entre pesquisa e clínica.

O ritornelo é o conceito que nos ajuda a pensar o *entre nós* no campo estendido da pesquisa, da academia para a comunidade. Quais nossas distâncias? Onde conseguimos nos encontrar? Qual melodia compomos com nossos ritmos?

A tarefa do cartógrafo, ao acompanhar os movimentos, é justamente, perceber, entre sons e imagens, a composição e decomposição dos territórios, como e por quais manobras e estratégias se criam novas paisagens. (MAIRESSE & FONSECA, 2002)

Na música dos Tribalistas (2003), encontramos um pedido: “Me ensina a fazer canção com você”. É da construção conjunta da canção/conhecimento que quero tratar. Proponho que os modos de narrar explicitam como se escuta a canção: “Não era toda noite que conseguíamos ter ao pé do ouvido uma voz que não precisava cantar para que ouvíssemos inteira a sua canção” (NOLL, 2004, pg. 69). Quando unimos tantas vozes na construção do saber, fazemos canção? Que melodias nós criamos com nossos ritmos?

Segundo Yasui (2010), cada música possui notas que se arranjam em combinações harmoniosas no passar do tempo, as quais marcam seu ritmo; escutar a melodia e o ritmo é cuidar. E a visão de Pelbart (1993) complementa essa ideia, mostrando um regime de velocidade de tempo que ocorre ao se deixar ouvir o/ao ritmo do outro – regime de velocidade contrário ao império da velocidade e que reivindica um outro tempo. Parafraseando Chico Buarque, “talvez um tempo da delicadeza”.<sup>18</sup>

Se, no processo de adoecer, a pessoa gera distâncias tanto pela necessidade de isolamento que muitas vezes compõe o adoecimento, quanto pela estranheza e diferença que personificam e dificultam-lhe as trocas sociais, não podemos esquecer que a distância é um ideal também de alguns pesquisadores em práticas de pesquisa tradicionais, nas quais sujeito e objeto se distinguem e se separam, em uma política cognitiva assentada na perspectiva da terceira pessoa do conhecimento, num conhecer justificado pela distância que o pesquisador toma do objeto. (PASSOS & EIRADO, 2009, p.115)

Na mudança de lugar que experimentamos, nem os usuários se tornaram acadêmicos, nem os acadêmicos tornaram-se usuários para conhecerem outros territórios; mas pudemos, em alguns momentos, saltar dos nossos lugares e explorar o lugar do outro ou acolher visitantes em nossa morada, encontrando-nos, assim, “entre”.

---

<sup>18</sup> Trecho da música “Todo o sentimento”, de Chico Buarque (1987).

Apostávamos que mudar de lugar muda o lugar, tensionando os lugares de estudante, pesquisador, profissional, usuário.

A troca de experiências pode movimentar a formação de profissionais para os serviços públicos de saúde mental e reduzir distâncias, de modo que se possa experimentar o valor do saber das pessoas sobre seu padecimento e de sua relação com a experiência subjetiva. Mostrar o que a voz dos usuários nos ensina sobre isso é uma possibilidade de transformar as relações terapêuticas e a sociedade. Afinal, as relações nos provocam o desequilíbrio de estarmos sempre sendo instigados a percorrer novos caminhos, onde adoecemos e nos fortificamos. Nesse sentido, o movimento de saúde pode estar em conseguir dar escuta aos sofrimentos e potências para os quais as relações continuamente nos desafiam.

#### **4.2 A CONSTRUÇÃO DO ENREDO**

“As histórias escritas começam no desejo do analista cartógrafo, em seu estilo de construir e assim interferir nessas paisagens, de deixar-se envolver e emocionar como se envolvem os escritores com seus personagens. São histórias contadas por seus atores/autores e interpretadas por pesquisadores/cartógrafos... Ficção ou realidade? Responder-se-ia: o resultado de uma construção, de um trabalho realizado junto aos próprios protagonistas que, desde o seu envolvimento, possibilitam que se dê forma a estes escritos.” (MAIRESSE & FONSECA, 2002)

O encontro entre pesquisadores, usuários, residentes e trabalhadores começa nos GIs. Para investigarmos o que nos diziam os usuários naquela etapa, contamos com as memórias que eram escritas pelos pesquisadores. Assim, já havia um exercício de busca da voz dos usuários, ainda que o acesso ali fosse mediado pelos escritos dos pesquisadores.

Para a análise do material presente nas memórias, procedeu-se da seguinte forma: foi feita uma leitura de todas as memórias dos GIs ocorridos em todos os campos e extraiu-se delas os trechos referentes ao objetivo deste trabalho (experiência de adoecer e receber tratamento na rede pública de saúde mental, diferenças produzidas entre nós). Após a seleção destes trechos, deparamo-nos com um material ainda muito extenso, o que demandou uma nova seleção de conteúdos.

Optou-se, então, por extrair deste material os temas que persistiram na voz dos usuários e retornaram em reuniões, apresentações e no artigo escrito com eles<sup>19</sup>. Ou seja, os temas que os usuários seguiram destacando em suas falas, dentre os temas que foram disparados pelas propostas da equipe de pesquisa através, principalmente, do GGAM.

Os temas que persistiram na voz dos usuários acerca da experiência de adoecer e receber tratamento no sistema público de saúde, até a construção do artigo, foram: as relações com o outro (familiares, amigos, profissionais dos serviços, pesquisadores); a importância da participação nas atividades sociais, principalmente no trabalho; a relação com os medicamentos.

Narro, assim, uma história, mantendo a cronologia dos fatos, mas efetuando retornos e desvios que nos levam a variados momentos da pesquisa e a análises e interpretações enlaçadas às teorias que nos acompanham. A escolha dos demais materiais da pesquisa que vão sendo trazidos teve como critério mostrar o que acontecia entre os participantes dos grupos, tanto no que se refere ao campo relacional que se ia construindo quanto às diferenças que já iam sendo produzidas desde os GIs até a escrita do artigo, o que contempla os efeitos da participação na pesquisa e do encontro com a estratégia GAM nestes diferentes espaços.

---

<sup>19</sup> Mais adiante será descrito o processo de construção desse artigo.

## 5. UM LUGAR DE PARTIDA - NOSSO COMEÇO

Os pesquisadores levaram para os GIs um objetivo – a leitura do GGAM, o diálogo sobre seus conteúdos e a resposta aos trechos que traziam questões. A intenção era avaliar quais os efeitos deste material produzido no Canadá para as pessoas que adoecem no contexto brasileiro. Sendo assim, havia um convite aos usuários para que trouxessem suas experiências de vida e suas impressões quanto ao GGAM e a tentativa de contágio desses usuários e demais participantes dos grupos de intervenção para que o objetivo dos pesquisadores se tornasse um objetivo comum, que envolvesse a todos.

Nas memórias, observamos que os relatos dos usuários sobre o adoecimento atravessam todos os temas e persistentemente pediram passagem nos GIs. Ao encontrarem-se nos grupos, os usuários demonstraram também grande interesse em falar de suas histórias de vida, contar sobre seus sentimentos e compartilhar acontecimentos do cotidiano. Os sentimentos que eram levados ao grupo tinham a ver com crises, experiências de internações psiquiátricas, sensação de tristeza, angústia e desafios vividos nas relações.

Algumas vezes estes relatos coincidiam com o momento trabalhado no guia e o assunto comum a todos; outras vezes, porém, desviavam completamente do que estava sendo compartilhado, o que gerava algum desconforto no grupo ou em parte dele. A esse afastamento do objetivo do encontro, chamarei de dispersão.

Em algumas atas das reuniões multicêntricas, encontramos menção a discussões em que se problematizou como lidar com a profusão de relatos de vida nos GIs. Se havia um convite aos usuários para que trouxessem relatos de suas experiências de vida, por que os pesquisadores se viram confusos quando eles apareceram? Observamos um primeiro estranhamento no encontro entre pesquisadores e usuários.

Os usuários estavam no lugar em que recebem tratamento, fazendo algo que já era parte de seus cotidianos – participar de grupos –, porém, com uma proposta diferente. Sendo assim, podia-se esperar que, ao se encontrarem em grupo, levassem para o mesmo aquilo que costumavam levar para os demais grupos do serviço. Os pesquisadores, por sua vez, apesar de serem profissionais de saúde<sup>20</sup>, não estavam ali como terapeutas. E os trabalhadores, que em seu cotidiano eram terapeutas, estavam ali

---

<sup>20</sup> Os pesquisadores que conduziram os GIs eram psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais experientes em trabalho com grupos.

como participantes. Então, no grupo de intervenção, todos os participantes eram levados a descobrir juntos como seria estar num grupo com um objetivo comum a todos, mas incomum ao que costumam fazer. Além dessa experimentação de um novo papel em grupo, havia um cronograma de pesquisa a cumprir e, conseqüentemente, um tempo limitado para a duração dos GIs. O que gerava algo que vou chamar de conflito de ritmos.

Por ora, estou apenas apontando e nomeando os estranhamentos surgidos perante o encontro com a voz dos usuários nos GIs – dispersão e conflito de ritmos. Esses estranhamentos irão reaparecer nos demais espaços de encontro que foram possibilitados ao longo da pesquisa. Para possibilitar a continuidade de nossa caminhada, não iremos refletir sobre eles agora. Mas seguiremos indicando os momentos em que percebemos que tais estranhamentos ocorrem.

Afinal, reconheceu-se a importância de sustentar espaços nos GIs para os usuários levarem seus relatos de vida, e os moderadores se viam então “na corda bamba de sombrinha”, posicionando-se numa tênue linha entre dar passagem a importantes relatos de experiências e direcionar o grupo para o trabalho com os temas do guia; ou, ainda, produzir o elo entre uma coisa e outra, pois muitas vezes as falas apenas pareciam distanciar-se do tema em conversa, mas em seu desenrolar encontravam-se com os pontos em questão.

Assim começava a se desenhar, aos pesquisadores, o modo dos usuários conversarem sobre a experiência de adoecer. Estes, por sua vez, iam também fazendo suas descobertas, ao desenvolver uma tarefa de leitura e escrita coletiva que mais adiante se revelou também um meio de pesquisa da própria experiência. Neste percurso, iam conhecendo novas palavras ou novos sentidos para palavras já conhecidas. Alguns termos técnicos, trazidos no texto do guia, demonstraram não fazer sentido para os usuários, ao menos não o sentido esperado:

\* *Depois de lermos o primeiro parágrafo, pergunto se sabem o que quer dizer “terapêutico” e “indesejável”. G. V. (U)<sup>21</sup> diz que “indesejável” é uma pessoa que debocha e faz pouco caso do outro. Em seguida, começa a narração de uma experiência em que sofrera “pouco caso” de uma vizinha. W. (U) acrescenta que*

---

<sup>21</sup> Os participantes serão nomeados pelas iniciais de seus nomes. Entre parênteses estarão as iniciais que identificam acadêmicos (A), usuários (U) e trabalhadores (T).

*“indesejável” é uma pessoa invejosa. Pergunto como podemos pensar isso em relação à medicação. G. (U) diz que seu remédio provoca muita sede, o que a faz tomar água o tempo todo. A. (U) fala que o efeito indesejável da sua medicação é não fazer efeito algum, pois ele continua ouvindo vozes e tendo “pensamentos aprisionadores”. W. (U) fala que o efeito indesejável é fazer o paciente ter vontade de sair na porrada com o irmão.*

Observamos um exercício de redução da distância entre a linguagem popular e a linguagem da medicina e da farmacologia, em um esforço de diálogo, onde é possível esclarecer aspectos aparentemente complexos e construir novas compreensões a partir daquilo que os participantes conhecem. Em cada campo, os pesquisadores lançaram mão de recursos e manejos para além do guia, que pudessem facilitar esse caminho de tradução mútua:

*\* Foi impressa uma folha sulfite para cada medicação usada pelos usuários, a qual continha o nome da medicação, família medicamentosa, dosagem, contra-indicação, efeitos terapêuticos e indesejáveis, interações e meia-vida. [...] Começamos pelos nomes dos remédios, associando-os à suas respectivas cores (parte dos usuários lembrava-se apenas da cor). [...] O.(U) colocou que família dos medicamentos remetia à família das pessoas, onde algo é comum a todos, porém todos têm suas diferenças.*

*Notamos dificuldade dos usuários em entender o significado de cada família, assim como de associar as medicações em uso a uma determinada família. C. (T) explicou do que se tratava cada uma delas, porém pouco reverberou entre os participantes. Tentamos provocar sentidos a partir dos nomes (anti-psicótico, por exemplo).*

*\* Para que o tema fizesse sentido, associei cada família às medicações que eles contaram que tomavam. [...] Ao conversarmos sobre a família de um dos remédios que ele toma, todo o grupo mostrou não discernir, claramente, as diferenças entre antipsicóticos e tranqüilizantes. Parecem entender que todos os remédios têm as mesmas funções: acalmar e diminuir as vozes. Instigo-os a lembrar de conversas anteriores que tivemos a esse respeito, até que G. (U) consegue dizer que os tranqüilizantes “fazem a cabeça e os ossos descansarem”, enquanto que os*

*antipsicóticos ajudam a diminuir as vozes e a sensação de perseguição. Em meio a essa conversa, A. (U) tem dificuldade em falar de um remédio por vez. Parece querer pensar nos efeitos de todos eles ao mesmo tempo. G. (U) e W. (U) parecem acompanhá-lo nessa forma de raciocínio. Precisamos ajudá-los a pensar apenas nas características da primeira medicação citada. Fico em dúvida se essa divisão faz sentido ao grupo.*

Nestes trechos, vemos os pesquisadores buscando um jeito de explicar a linguagem técnica para os usuários, partindo de palavras que fizessem sentido para eles – ainda que, apesar do esforço, restassem muitas incompreensões ou diferenças de compreensão. Já no trecho abaixo, encontramos um diálogo em que os pesquisadores se deixam levar pela conversa aparentemente desconexa com os usuários.

- \* G. (A): *Fobias sociais - Medo de se expor em público.*  
 P. (U): *Tenho medo de cobra.*  
 R. (A): *a cobra come rato.*  
 G. (A): *Medo de bicho bravo é normal.*  
 A. (U): *quando eu era novo tinha bichos, nós íamos apanhar pinhão e um leão vinha atrás de nós, peguei a espingarda e dei um tiro no leão.*  
 P.(U): *Quem botou a cobra no mundo foi o demônio.*  
 R. (A): *O veneno da cobra deu origem ao captopril.*  
 P.(U): *Depende da cobra.*  
 L.(U): *Uma picada de rã dá força para enfrentar os leões.*  
 R. (A): *Os índios usavam veneno de sapo para atacar.*  
 L.(U): *Veneno posso usar com álcool, nas veias ou nariz, se der errado não tem volta.*  
 R. (A): *A química...Vários remédio vêm de plantas, dipirona, AAS, Aspirina.*  
 L.(U): *O ASS vem da casca do chorão.*  
 A.(U): *A penicilina é um mofo.*  
 G. (A): *As plantas têm química, a química está em tudo, forma as coisas.*  
 P.(U): *O leão com uma pata derruba um.*  
 L.(U): *Química.*  
 P.(U): *Em São Gabriel, tinha um circo, e o leão matou todo mundo. (NH)*

São trechos que explicitam o exercício de compor assuntos que surgiam espontaneamente e os temas propostos no guia e, assim, dar curso a uma conversa, onde há espaço para escutar e para diferentes jeitos de falar. Assim, os pesquisadores buscavam também a circulação da fala e, quando a palavra não circulava, surgia incômodos nos usuários, os quais, em alguns momentos, experimentaram-se ajudando na condução do grupo. Esses movimentos dos usuários iam demonstrando que também era do interesse deles sustentar tanto as falas individuais quanto o trabalho com o guia, evidenciando a gradativa construção de um objetivo comum.

\* *W. (U) [...] fala que A. (U) estava atrapalhando, pois devia falar desses assuntos depois do grupo. [...] Questiono os motivos pelos quais A. (U) não poderia conversar sobre aquilo no grupo. Parecendo bravo, W. (U) diz que estávamos lá para aprender a ler e que A. (U) estava atrapalhando a leitura.*

\* *Um usuário fica ansioso com o jeito mais desorganizado e disperso do outro usuário e fica querendo “coordenar” a vez de quem fala, meio que reproduzindo um pouco o que estávamos fazendo.*

\* *Nós três (pesquisadores) cuidamos para nos posicionarmos mais “espalhados” na roda e isso foi fundamental para que pudéssemos nos enxergar e assim nos comunicarmos. [...]O cuidado com aqueles que tendem a monopolizar a palavra também foi mais compartilhado por todos do grupo, tanto com momentos mais “duros” com alguns, em que todos pediam que outros estavam esperando para falar (eles ficavam com a mão indicando que queriam falar!), como em momentos em que todos brincaram com um dos usuários dizendo que ele ia ter que se segurar um pouco, pois é sempre o primeiro a falar!*

Nessa vivência grupal em que iam se conhecendo e permitindo-se intervir no andamento do grupo, os usuários foram encontrando as diferenças e semelhanças do outro. Nesse encontro ocorreram alguns estranhamentos, mas também a produção de algo novo entre aquelas pessoas - empatia, cooperação e ajuda mútua, como podemos observar nos trechos abaixo.



- \* *Nos despedimos e O. (U) lembrou P. (U) de descobrir quem era seu médico.*
  
- \* *A. (U) [...] passa longo tempo descrevendo a situação de intenso sofrimento e perguntando-nos o que deveria fazer para melhorar. W. (U) o convida para ir à sua casa, para ouvir músicas do Roberto Carlos.*
  
- \* *E. (T) a interrompe, observando que A. (U) estava chorando. Após breve silêncio, G. (U) orienta o colega a desabafar [...] diz que algumas pessoas, como pai e mãe, nos magoam e nos fazem chorar. Pergunta quem magoou A. (U).*
  
- \* *Volta a descrever as situações de crise, quando sabe que deve levantar do sofá para se arrumar ou fazer atividades da casa, mas não o consegue. G. (U) também descreve fases em que passara vários dias sem pentear o cabelo. A. (U) sorri e diz que tem companhia, não está “sozinho nessa”. [...] A. (U) afirma que, através dos grupos, tem visto que ele e G. (U) são “parecidos”, pois possuem “falas parecidas”.*

São gestos singelos, como o convite a escutar Roberto Carlos juntos, um lembrete sobre a necessidade de descobrir quem é o médico do colega ou o simples reconhecimento de semelhanças entre eles, que evidenciam uma atenção ao outro que foi se estabelecendo. Algumas vezes foi buscada ajuda no grupo para solucionar algum problema:

- \* *P. (U) levantou e disse que ia no banheiro, deixando a sala. Nesse momento o E. (U) contou ao grupo que o P. (U) estava querendo que ele batesse em um cara do albergue que implicava com ele e que ele não queria fazer isso, pois quem briga no albergue sai, e ele não queria sair. Quando o P. (U) voltou, a A. (T) sugeriu que o E. (U) colocasse isso para o P. (U), e ele falou para o P. (U) que não queria brigar e que isso era errado.*

Essa possibilidade de estar perto do outro, perceber suas necessidades e almejar ajudá-lo de alguma forma foi uma diferença produzida nos GIs, onde os pesquisadores

também eram interpelados a ajudar. Encontramos, nas memórias, relatos de mais transformações ocorridas ao longo dos mesmos.

Assim, em um dos GIs, havia uma usuária que deixara de participar por causa do horário, alegando não gostar de voltar depois das dezesseis horas para casa. Tentou-se então trocar o horário do GI, mas não foi possível, de forma que esta usuária aceitou ficar o tempo que podia, e o grupo ajudou-a a flexibilizar sua posição de que tinha que sair as dezesseis – como se o grupo fosse lhe ajudando a abrir mão de algumas questões de si para entrar na relação:

*\* Até esse momento, E. (U) ainda estava preocupada com o horário, perguntando as horas frequentemente. Quando eram 16:00hs, ficou confusa, dizendo que precisava ir embora, embora demonstrasse vontade de ficar. Com firmeza, E. (T) insistiu que ela ficasse até às 17:00hs, pois ainda estava claro. Depois de um tempo de conversa, que envolveu todo o grupo, ela resolveu permanecer.*

Em meio à produção de pequenas diferenças como esta, encontramos um gesto que mantém uma posição de autoridade. A firmeza com que se posiciona a trabalhadora indica esta posição, que não se modula em um grupo GAM, no qual se busca horizontalidade nas relações. A trabalhadora, apesar de se encontrar com os usuários em um grupo com objetivo diferente dos demais grupos em curso no CAPS, sustenta uma posição de autoridade que nos dá pistas sobre como ocorrem cotidianamente as relações naquele serviço; porém, o que ela propõe faz eco ao grupo, que interpela a usuária e contribui para sua permanência.

Os pesquisadores de um dos grupos observaram que os GIs podiam funcionar como um ‘laboratório’, onde era possível exercitar formas de perguntar entre eles, construir o sentido da experiência e das questões emergentes, antes de começar a experimentar em outros lugares. De minha parte, acrescento que parecem também ter sido um espaço de experimentação (ou tentativa de experimentação) de outras relações entre trabalhadores e usuários. Pois ali o papel do trabalhador não seria oferecer tratamento, mas participar de um grupo com objetivo comum a todos. Mas mudar de lugar não garante mudar de papel, e também nos GIs eram operantes as relações de poder que atravessam os espaços de tratamento, conforme observamos no trecho acima.

O trecho a seguir traz um pouco da experimentação que os pesquisadores em um dos campos nomearam ‘laboratório’.

\* *O usuário, que num dos grupos anteriores tinha questionado aos pesquisadores o que queriam da conversa entre eles e seus médicos, compartilha com o grupo que tinha ido falar com o seu médico a respeito de seus remédios e disse que a partir desta conversa um dos medicamentos foi retirado. [...] O grupo tentava entender que sentido isso tivera para ele, questionando-o e cobrando que ele se informasse a este respeito: por que tirou um medicamento? Esta situação possibilitou que retomássemos o sentido de conversarmos sobre o tema dos remédios neste espaço [...] E o grupo brinca com esta informação dizendo para nós que todos eles eram pesquisadores no sentido de fazer pesquisas tirando e mudando os remédios.*

Neste trecho, observamos um sentido coletivo, o qual se cria quando os usuários contam que experimentam o papel de pesquisadores em suas vidas, investigando o que acontece quando há variações no uso do medicamento. Essa pesquisa faz laço com o outro, na medida em que acontece mediante conversa com o médico de referência e com os participantes do GI, ao contrário de uma experimentação solitária, em que não haveria rede de apoio para os sentimentos e sensações que poderiam emergir a partir de uma tentativa de alteração nos medicamentos que se utiliza.

Em outro GI, notamos que também se construiu a possibilidade de experimentação no grupo, quando os usuários compartilham uma conquista alcançada a partir das discussões ocorridas ali:

*J.(U): “e daí, A.(U), como ficou a história do INPS, brigou lá? Não chegou a virar a mesa nem nada?”*

*A. (U): “não, não precisou, eu resolvi com calma. Quando cheguei em casa, a minha filha leu umas coisas do guia, e eu vi que, se agisse assim, ia me dar mal. Lá, foi como se a gente tivesse aqui, eu soube conversar e saí de lá feliz e ainda recebi o benefício.”*

O usuário conta que conversou em outro local, do mesmo modo como conversava no GI, e isso contribuiu para que atingisse seu objetivo. A ampliação da informação e as rodas de conversa incutiam a confiança necessária para dialogarem com os profissionais que os acompanham.

\* *Outro usuário diz que aprendeu no grupo GAM que ele precisa ter informações sobre a medicação para questionar os profissionais.*

\* *M. (U) e O. (U) disseram que se sentem à vontade, com maiores condições de conversar sobre estes temas com o médico.*

\* *“Eu achei a frase ‘a gente é uma pessoa e não uma doença’ muito importante porque a gente viu que a gente pode falar, perguntar e não ficar só quietinho. Onde procurar ajuda com a família, com os amigos, nos postos. [...] eu tenho mais coragem de falar o que eu penso. Eu tinha muito medo de falar o que eu tinha, por causa do preconceito, e nessa barreira eu já to melhor. Agora eu não tenho mais medo de falar que eu sou bipolar, que eu me trato. A gente tem que ter coragem de falar.[...] pra mim também foi assim, e, ontem, quando eu vim aqui eu perguntei sobre a minha medicação. Antes eu agia muito na base do impulso, hoje não, eu sento e converso. Hoje eu faço, mas antes eu não fazia. Eu tinha medo de tomar um xingão.”*

Apesar das conquistas e avanços apontados no que tange à ampliação da capacidade de expressão e quiçá de negociação com as equipes e profissionais de referência, usuários e pesquisadores não deixaram de apontar os desafios ainda existentes.

\* *Mesmo com o questionamento da medicação, colocações dos usuários acerca da troca com médicos e da autonomia na escolha do remédio e de formas de negociação do tratamento, ficou-nos a impressão de que há importante distanciamento entre a “discussão teórica” no grupo GAM e o que de fato ocorre no encontro com os profissionais que os atendem.*

\* *Um dos usuários aponta que o GAM atingiu um limite neste ponto. “Aprendemos muito, mas esbarramos nos médicos” e não só nos médicos, mas na equipe de saúde como um todo. Os usuários trazem pequenos embates que tiveram com as equipes, devido ao aumento “de suas exigências em relação ao tratamento”; e enfatizam a necessidade dos trabalhadores estarem “preparados” para lidar com a negociação do plano de tratamento de cada um.*

A distância, apontada acima, entre as discussões teóricas no grupo GAM e a realidade dos serviços, assim como o limite das negociações acerca do tratamento medicamentoso, indicam o quanto é incipiente a possibilidade de participação dos usuários na condução de seus tratamentos. Ainda assim, o encontro deste limite no outro indica também o nascimento de uma tentativa de os usuários manifestarem suas opiniões e vontades, o que, para alguns, inexistia anteriormente.

O incentivo, trazido através do guia, para que se ampliasse a negociação com os profissionais de referência causou, inicialmente, estranhamento nos usuários:

\* *“Mas o que vocês querem afinal? Vocês querem que a gente questione os médicos? Que a gente faça perguntas a eles sobre a medicação?” Retomamos o objetivo do grupo, mas explicando que esses sentidos de precisar ou não conversar com os médicos e de como fazer iríamos construir no grupo, inclusive no próximo encontro nosso tema seria especificamente a relação deles com os medicamentos. Então alguns disseram que não viam por que mesmo falar com seus médicos agora.*

No desenrolar da conversa sobre as possibilidades de negociação, diversos usuários admitiram sentir certo constrangimento em perguntar e questionar os médicos sobre seu tratamento e seus medicamentos. A trabalhadora participante disse que há médicos que podem sentir-se questionados não apenas pelos usuários, mas também pelos colegas, mesmo se apenas se pretende ter mais informações sobre o tratamento medicamentoso de algum usuário. Isso engrenou no grupo uma discussão sobre a relação entre informação e poder – mais especificamente o poder médico – e a necessidade de compartilhá-lo.

Esta mesma trabalhadora complementou sua fala, afirmando que o desconhecimento das possíveis interações e outros aspectos do uso de medicamentos

não é apenas dos pacientes, mas dos profissionais não médicos também. Ela apontava então a necessidade de compartilhar informações que parecem ficar só com o médico – compartilhá-las não apenas com os usuários, mas com os demais da equipe, pois esta também permanece submetida ao poder psiquiátrico.

As entrevistas com os profissionais, realizadas por nossa pesquisa, demonstraram que a desinformação apontada por esta trabalhadora sobre os medicamentos não é um caso isolado. Os profissionais de saúde que não eram médicos relataram a falta de conhecimento sobre a medicação e seus efeitos e demonstraram possuir dúvidas até menos elaboradas do que as dos usuários e familiares. (ONOCKO CAMPOS *et alli*, 2011)

O não compartilhamento entre a equipe das informações sobre os medicamentos, por resistência do médico em partilhá-las ou por desinteresse dos profissionais das demais áreas da saúde, intensifica o lugar de especialista do médico como único guardião dos saberes sobre o medicamento. O compartilhamento da clínica encontra, então, um limite na questão dos medicamentos.

Os saberes, entendidos como formações discursivas, e suas respectivas práticas ocorrem em momentos históricos circunscritos, estando ligados com a questão do poder. Dessa ligação entre saber e poder emergem as práticas. Se o saber sobre os medicamentos não circula, menos ainda pode circular o poder decisório sobre seu uso, sendo este um dos entraves da negociação. Para a transformação destas relações de poder, é preciso transformar a relação técnico-usuário – renunciando ao mandato social do primeiro sobre o segundo – mas é preciso também transformar a relação entre os profissionais das equipes.

A fala dos usuários reverberou na trabalhadora e levou-a a trazer suas observações, seus próprios desconhecimentos e limites, o que deflagra o quanto estão todos atravessados pelo mesmo campo de forças. Os usuários notam o que acontece entre os trabalhadores através do tratamento que recebem, ou seja, o modo como a equipe se articula ou não acerca de determinadas demandas do serviço respinga nos usuários. Estamos falando da inseparabilidade entre a atenção e a gestão, entre a clínica e a política. (BARROS, 2003; BARROS, R. et al., 2001; PASSOS & BARROS, 2001; PALOMBINI, 2007; TESTA, 1994).

A existência de um lugar de fala proporcionado pelos grupos de intervenção, como parte da metodologia de pesquisa, permitiu conversar sobre temas acerca dos

quais os usuários não costumam falar com a equipe, em especial com o médico. A partir das discussões suscitadas pelos grupos de intervenção, constata-se que o espaço destinado à fala dos usuários ainda é insuficiente nos serviços. Os grupos de intervenção com os usuários despertaram nos serviços e nos trabalhadores diferentes respostas e opiniões. Alguns serviços foram mais resistentes à realização do estudo, outros se deixaram envolver; mas havia um conhecimento da proposta, que sustentava os encontros e dava um contorno às discussões.

Um dos desafios que se colocou é descobrir “como é que se conversa entre diferentes?”. Sendo assim, além de ampliar os espaços de participação dos usuários, é necessário sensibilizar os trabalhadores para a escuta de usuários mais ativos. Pois, nossa equipe de pesquisa observou emergir ‘incômodos’ nas equipes, ao se depararem com usuários mais informados e que começavam a autorizar-se a empreender seu protagonismo. Os limites da comunicação entre usuários e suas equipes de referência nos remetem a refletir sobre o funcionamento das equipes e o cuidado oferecido nos serviços.

A ampliação das relações entre os profissionais e suas áreas de saber, que o trabalho em equipe multiprofissional convoca, demonstrou-se incipiente na visão dos usuários. Eles mostraram outros aspectos limitadores do cuidado dentro desta problemática. Um usuário contou, no GI, que foi procurar o psicólogo do CAPS para falar sobre o fato de estar com câncer e que o psicólogo respondeu que isso era para ser tratado com o clínico. O usuário ficou muito decepcionado com o profissional e com o modo como era tratado no serviço, pois lhe pareceu que lhe tratavam como “um pedaço de carne no açougue”. Mesmo assim, procurou o médico do posto para conversar e aí se sentiu acolhido nas suas questões, dúvidas e angústias.

Neste e em outros relatos, observamos que os usuários circulam entre os especialistas buscando uma escuta e a integralidade do cuidado:

*\* Um integrante sugeriu que, quando o médico não der ouvidos às queixas relacionadas a efeitos colaterais, pode-se recorrer a outros médicos. Uma usuária contou que, quando queixava-se da obesidade que os remédios causavam a ela e não encontrava resposta do psiquiatra, foi a uma clínica geral que orientou uma dieta [...] o que a fez perder peso e a deixou satisfeita. Outros continuaram os exemplos falando que, como não conversam com os seus psiquiatras sobre sexualidade, o fazem com os*

*urologistas no caso dos homens e ginecologistas no caso das mulheres. [...] Este problema é visto mais especificamente com o psiquiatra, com o qual mesmo quando se queixam dos efeitos indesejáveis do psicotrópicos, nada muda quanto à posologia e, em resposta às queixas dos usuários, fazem pedidos de paciência.”*

Observamos que, na ausência de uma rede que ofereça cuidado integral e perante profissionais fixados ao seu núcleo de saber<sup>22</sup>, resta aos usuários a tarefa de tecer a sua rede, colhendo fragmentos de cuidado em cada profissional.

Um avanço na relação entre os profissionais, que ampliasse suas trocas de saber e apontasse para um atendimento transdisciplinar, reduziria a errância dos usuários em busca de cuidados; afinal de contas, nem todos têm a perseverança de traçar todo esse percurso. Buscar ajuda é um ato de saúde, que ocorre quando se é capaz de saltar de sua própria morada em busca de um outro, mas isso nem sempre é possível.

Segundo Torre & Amarante (2001), a clínica que se busca construir no ideário da RP não é operada pelo especialista, não se centra em um sujeito que a realize, mas é o resultado de uma análise capaz de se produzir em um campo de forças, seja um grupo, uma relação psicoterapêutica, espaços os mais distintos. Trata-se da idéia de Clínica como relação estratégica nos espaços sociais, e não restrita ao ato médico ou psicoterapêutico do espaço do consultório; não se utiliza do saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades.

Observamos, a partir das discussões que emergiram nos GIs, que a superação da verticalização do saber psiquiátrico, da hegemonia dos especialismos e das circunscrições a eixos disciplinares comparecem como desafios a serem superados no campo da saúde mental em prol da ampliação da participação dos usuários nas decisões acerca do tratamento que recebem.

## **5.1 O ENCERRAMENTO DOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO**

---

<sup>22</sup> Campos (2000) propõe o conceito de núcleo de saber como uma aglutinação de conhecimentos que demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e nomeia campo de saber o espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.



*G. (A): “eu perguntei o que faltava no guia e vocês falaram sobre a vontade de arrumar uma companhia, aprender a fazer sabonete, e isso o guia não ajuda, mas uma conversa em grupo ajuda, né?”*

*L. (U): “sim, é como se a gente estivesse num barco.” (NH)*

Nos últimos encontros dos GIs em cada campo, fez-se uma avaliação do processo vivido nos grupos. Os usuários relataram alguma dificuldade em entender todo o conteúdo trabalhado. Algumas vezes desabafaram dizendo sentirem-se “burros”, ou que as informações não costumavam ser repassadas a eles e que, quando isso acontecia, era de uma maneira complicada de entender, com uma linguagem distante deles.

\* *M. (U) trouxe a dificuldade que teve para acompanhar os últimos grupos. Disse que eram questões muito difíceis, o que fazia com que ela tivesse problemas para lembrar e seguir com os pontos que trabalhávamos. Discutimos sobre os modos de aprender, cada um assimila coisas diferentes de jeitos diferentes e que não precisávamos ter decorado todas as informações do guia.*

\* *Pergunto sobre as dificuldades e G. (U) comenta: “é que quando a gente não entende nada, fica parado, não se comunica”.*

Apesar destes entraves, os usuários de todos os campos avaliaram que finalizaram o grupo com mais informações sobre seus tratamentos e também com outras aprendizagens:

\* *“O guia mostrou muita coisa que a gente não sabia.” Diz que o grupo lhe abriu muito a mente. “O guia puxa nossa cabeça pra frente”.*

Muitos usuários, quando do início dos grupos, sequer sabiam o nome dos remédios que tomavam, identificando-os apenas por cores. Ainda que não tenha sido possível cada usuário apreender tudo que o guia propõe, houve alguma apropriação sobre o uso de medicamentos, resultando em diferenças na relação com o uso. Os aprendizados que os usuários mencionaram ter adquirido referem-se a uma ampliação

da compreensão da bula; à retomada de atividades de leitura e escrita, que alguns não desenvolviam desde a escola; ao conhecimento dos remédios que tomavam (nome, para o que serve, dosagem), seus efeitos (positivos, negativos, colaterais) e interações:

\* *Neste momento (quando estavam estudando o que é dosagem, por que varia), M.(U), que se queixava do aumento da dosagem de uma recém introduzida medicação, indicou que passara a entender melhor tal fato, e que, se não melhorasse, conversaria com o médico a respeito.*

\* *Fizemos um exercício, rememorando o que cada um lembrava sobre as **medicações**. O. (U) lembrou-se das diferenças entre os medicamentos:, para controlar o humor, para psicose, para depressão. Também retomou a importância de acompanhar a bula e o direito de acesso a ela que os usuários do CAPS tinham, podendo pedi-la na farmácia. M. (U) lembrou-se que, por causa dos encontros, já não estava tão brava pela quantidade de comprimidos de carbolítio que tomava; afinal, esse era um medicamento diferente, então era tomado em doses diferentes.*

A ampliação da compreensão sobre os medicamentos que se utiliza já produzia diferenças durante os GIs, como na situação trazida abaixo, em que a usuária percebe uma alteração na administração do medicamento e interpela a equipe.

\* *G. V. (U) conta que na semana anterior deram-lhe dois comprimidos que a fizeram dormir profundamente, mesmo estando no CAPS e sendo o período da tarde. Ao acordar, estranhara muito a situação e pediu para falar com E. e M. (trabalhadoras do CAPS), para reclamar do erro na entrega dos remédios. Não consigo entender bem a história, e E. (trabalhadora) explica que realmente foram dados dois comprimidos diferentes para G. Atribui três possíveis causas para isso: ou G. não estava bem, ou deram-lhe o comprimido da noite e ela tomara à tarde, ou realmente erraram. Pergunto qual a relação desse episódio com o grupo. G. V. (U) explica que, se isso acontecesse antes “do GAM”, ela não reclamaria dos remédios, pois não saberia que foram os comprimidos a mais que a fizeram dormir num horário em que costuma estar trabalhando.*

Os usuários e pesquisadores deram destaque também ao que aprenderam uns com os outros por estarem em grupo, ou seja, aos aprendizados pertinentes à vivência grupal:

\* *O grupo se mostrou como possibilidade de compartilhamento de experiências e algumas revisões acerca do vivido, na medida em que os participantes se escutavam e faziam algumas (embora poucas) considerações acerca da experiência uns dos outros. Além disso, o trabalho com o guia também permitiu um exercício de consideração ao outro, na medida em que os usuários precisavam avaliar se aqueles termos pareciam adequados a eles mesmos, mas também aos pacientes, de forma geral. Pensar sobre as palavras também parece ter contribuído para um alargamento da compreensão do vocabulário próprio dos profissionais e ter gerado algo que pareceu próximo ao entusiasmo ou ao prazer (como quando D. (U) descobriu que “cêntrico” dizia respeito a centro).*

\* *Falam que outro objetivo que o grupo coloca é de se tornarem analistas de si mesmo.*

Estes relatos – somados aos do momento da conclusão dos GIs, que trazem lamento pelo término e desejo de continuidade – evidenciam a valorização que os usuários deram ao trabalho grupal, o que, juntamente ao surgimento de movimentos de ajuda mútua, reforçou a importância do dispositivo grupal na utilização do guia, aposta do grupo de pesquisadores brasileiros.

Em um dos campos, o encerramento foi entendido como uma formatura, e os usuários solicitaram diploma pela sua participação, pedido que foi atendido e levado também aos demais campos.

\* *Entrego-lhes a declaração de participação. Ficam muito felizes. Lêem atentamente, mostram uns para os outros. G. V. (U) comenta que parara de estudar há muitos anos e que nunca imaginara que poderia voltar a ler e a aprender coisas novas. W. (U) diz que, com aquele documento, conseguiria emprego em qualquer lugar. Tento conversar sobre o significado e as possibilidades/impossibilidades que envolviam a*

*declaração, mas não consigo. Estavam muito eufóricos e queriam falar da alegria de receber um “diploma”, que, para G. V. e W., era o primeiro da vida.*

A pesquisadora tenta relativizar o sentido do certificado recebido pela participação nos GIs. Os usuários, porém, tomando o certificado como um “diploma”, tratam de defender aquilo que entendem que construíram – um aprendizado que os faz sentirem-se potentes para seguir em busca de mais realizações em suas vidas.

### 5.1.1 Após o término dos grupos de intervenção

Os GIs encerraram-se em abril de 2010, e seu término coincidiu com o Seminário Internacional de lançamento da ARUCI, ocorrido nos dias 28 e 29 de abril na cidade de Campinas, em videoconferência com o Canadá. Além da presença dos grupos de pesquisa de cada campo, foram disponibilizadas passagens para que também usuários do Rio de Janeiro e de Novo Hamburgo participassem do evento. A equipe de pesquisadores do Rio Grande do Sul remeteu ao participantes do GI Novo Hamburgo a escolha dos três usuários que iriam ao encontro. Já a equipe do Rio de Janeiro optou por convidar uma usuária do IPUB que já mantinha parceria com os professores desta instituição há algum tempo<sup>23</sup>.

Para o seminário de lançamento ARUC, foram também convidados os usuários da AFLORE e da rede de Campinas, bem como trabalhadores e demais pessoas interessadas, pois o evento foi aberto à comunidade. A minha entrada no mestrado se deu neste seminário.

Foi nele que Rosana Onocko Campos e Lourdes Del Barrio apresentaram a ARUC. E alguns dos demais professores pesquisadores parceiros apresentaram os eixos de pesquisa que já compunham a ARUC à época: Projeto Experiência e Narrativa; Indicadores (dispositivos e analisadores) para avaliação e monitoramento dos CAPS III do estado de São Paulo; e GAM.

Não estava prevista, ao longo da programação do evento, nenhuma apresentação construída diretamente pelos usuários; mas, além da presença do Nilson (presidente AFLORE) na mesa de abertura, a participação dos usuários no Seminário se deu nas rodas de conversa e através do pedido de Sandra para ler um texto seu sobre a GAM. A leitura foi realizada no palco e todos os presentes puderam ouvi-la. Assim, Sandra e Nilson experimentaram falar em um lugar diferente dos GIs, para um público maior e apresentando textos de sua livre criação. Nós começávamos então a nos aproximar mais da voz do usuário.

---

<sup>23</sup> Esta usuária se chama Elizabeth dos Santos, costumamos chamá-la de Beth; junto com outros usuários ligados ao IPUB, Beth participa de um projeto iniciado pelos professores Erotildes Leal e Octávio Serpa Jr., em que ministra aulas de psicopatologia a alunos de graduação da UFRJ. O motivo da decisão de não levar usuários que haviam participado do GI Rio de Janeiro não consta nas atas, mas infere-se que se deva ao fato da relação com o CAPS em que foi realizada a pesquisa ter sido permeada por alguns entraves com a gestão daquele serviço.

Avançávamos na relação<sup>24</sup> entre nós, o que os encontros ARUC viriam a nos propiciar cada vez mais dali em diante, pois os usuários começaram a se sentir à vontade para colocar o que pensavam, e aqueles entre nós que não haviam participado dos GIs podíamos ouvir suas palavras sem a mediação das memórias dos pesquisadores. No segundo encontro ARUC daquele ano, nós já pudemos contar com duas apresentações preparadas pelos usuários e uma roda de conversa conduzida por eles.

Mas, ainda neste primeiro encontro, na roda de conversa de que participei sobre a pesquisa envolvendo a GAM, Sandra propôs verbalmente justamente o que eu estava a pensar – que o usuário que já passou pela experiência com o guia pudesse dar continuidade à experiência com aqueles que ainda não haviam participado e demonstrassem interesse. A idéia compartilhada desdobrou-se em um projeto.

Ao retornarmos para o Rio Grande do Sul, continuamos (os residentes que haviam participado dos GIs e do seminário de lançamento ARUC e eu) nos encontrando com alguns usuários no CAPS de NH no mesmo dia e horário em que foram realizados os encontros do GI. A continuidade se deu pelo pedido da Sandra, que queria muito dar seguimento à GAM, e com o apoio dos residentes multiprofissionais e pesquisadores da UFRGS, que toparam estar juntos para ajudar a construir a forma como se poderia viabilizar essa continuidade.

Ao longo desses encontros<sup>25</sup>, apenas Sandra, dentre os usuários, manteve frequência, e então coconstruímos (ela, os dois residentes e eu) um projeto para financiamento ARUC. O projeto previa a instauração no CAPS de um novo grupo para trabalho com o GGAM, desta vez tendo a Sandra como moderadora. O projeto foi aceito e, enquanto o guia brasileiro não estava pronto para aplicação, foram realizados encontros de estudo, no próprio CAPS, sobre temas da estratégia GAM, do qual participavam profissionais da equipe, em rodízio<sup>26</sup>; duas pesquisadoras da UFRGS; usuários convidados por Sandra; e os pais de uma usuária. Esses encontros tinham o objetivo de manter e ampliar o diálogo sobre os temas referentes à estratégia GAM,

---

<sup>24</sup> Ao finalizarmos uma das reuniões de trabalho para escrita do artigo sobre o encontro entre os usuários e os pesquisadores, Júlio (usuário IPUB) exclamou: “Avançamos no artigo, avançamos na relação”. E, desde então, esta frase tornou-se um bordão para nós, a cada vez que sentimos que avançamos na realização de qualquer tarefa, Júlio e eu nos olhamos e dizemos: “Avançamos na relação”.

<sup>25</sup> Estes encontros aconteciam com anuência da gestão do serviço.

<sup>26</sup> Foram os trabalhadores que optaram por participar dessa forma, pois entenderam que assim um maior número de pessoas da equipe poderia conhecer e acompanhar o trabalho.

como uma forma de preparar o campo para a construção do novo grupo, moderado por uma usuária.

Esta foi uma diferença produzida entre o coletivo ARUC – uma usuária experimentar o uso do espaço do CAPS e o vínculo com as pessoas do mesmo desde um outro lugar, bem seja, desenvolvendo outro papel, ao passar adiante o que aprendeu nos GIs e na participação nas reuniões multicêntricas e videoconferências com a equipe do Canadá. Sandra, com o apoio tanto da equipe do serviço, quanto da equipe da Universidade, sustentou o laço entre a pesquisa e o serviço, transferindo o conhecimento que desenvolvia para mais pessoas do CAPS e estendendo o desenvolvimento da pesquisa em uma nova intervenção.

Enquanto isso, nós íamos construindo o GGAM-BR nas reuniões multicêntricas com a participação, além da equipe de pesquisa, de dois usuários de Novo Hamburgo (Sandra e Larry), dois usuários do Rio de Janeiro (Beth e Júlio<sup>27</sup>) e cerca de oito usuários da AFLORE. Contamos também com a participação de uma trabalhadora do CAPS de NH e uma familiar de usuário que faz parte da AFLORE. Foram essas pessoas que mantiveram o interesse e a proximidade, e seguiram juntas nos eventos subsequentes, que relataremos ao longo deste texto.

---

<sup>27</sup> Júlio, assim como Beth, é usuário do IPUB e a acompanha no projeto em que dão aulas para alunos de graduação da UFRJ. Ele entrou na pesquisa em agosto, para compor o comitê dos usuários, e passou a frequentar as reuniões multicêntricas e as videoconferências com o Canadá. Para saber mais sobre eles, ver anexo II.

## 5.2 AS REUNIÕES MULTICÊNTRICAS E A CONSTRUÇÃO DO GGAM-BR

O GGAM-BR foi construído nas reuniões multicêntricas de agosto, setembro, outubro e novembro de 2010. Para a unificação das propostas oriundas dos diferentes campos da pesquisa, os pesquisadores dos três centros dividiram-se na leitura das memórias dos grupos de intervenção, apreendendo as sugestões, ali registradas, de mudança do texto do guia. Cada grupo trabalhou com as memórias dos quatro locais de intervenção, referentes a uma parte do Guia, e responsabilizou-se em apresentar uma proposta unificada para a parte respectivamente trabalhada, para consulta e definição em reunião multicêntrica.

A presença dos usuários nas reuniões multicêntricas, após o término da participação nos grupos de intervenção, contribuiu para a melhor redação do Guia. Como já referimos, trabalharam em conjunto quatro equipes de pesquisadores, de diferentes áreas de saber (medicina e psicologia), cada qual com um modo de operar. Algumas vezes detínhamo-nos em longas discussões acerca de alguns temas e restávamos enredados em nossas teias de saber; geralmente, nesses momentos eram os usuários que nos ajudavam a puxar outros fios e tecer novos nós.

Essas discussões incluíram até mesmo o nome do instrumento. A equipe do CAPS do Rio de Janeiro havia sugerido que não se usasse o nome “guia”, com o argumento de que alguns usuários, pelas características do adoecimento mental, poderiam tomar “guia” como algo absoluto, que fosse determinar de modo imperativo seus caminhos. Em substituição, propunham nomear o material com que se trabalhava nos GIs de “caderno”.

Quando discutimos essa questão em reunião multicêntrica, o grupo dividiu-se, pois alguns entendiam que “caderno” remetia a uma dimensão de aprendizagem tradicional, em que os alunos recebem o saber do professor, passivamente – o que ia contra a intenção coletiva do grupo, de que os usuários pudessem ser ativos na construção de saber. Pensamos em “cartilha”, mas este nome também podia remeter ao lugar de aluno. Os usuários deram fim ao impasse, dizendo-nos todos que nunca haviam pensado o guia como algo absoluto, mostrando que aquilo que a equipe do CAPS propunha não fazia sentido algum para eles. Um dos usuários sentenciou: “caderno vem



com nada escrito, livro já vem todo escrito, no guia a gente lê, mas também escreve, então é guia.”

Através da constituição de um espaço de acolhimento à palavra do outro, da atitude de diálogo, desmanchava-se um pressuposto (ou preconceito) de uma equipe de trabalhadores sobre as possibilidades de uma pessoa portadora de transtorno mental.

Quando debatemos a permanência ou não da frase: “Eu sou uma pessoa, não uma doença”<sup>28</sup>, alguns pesquisadores queriam retirá-la, argumentando que a mesma remetia a uma separação operada pelos técnicos que talvez não fizesse sentido aos usuários. Uma usuária argumentou sobre a importância dessa frase na sua vida e o quanto lhe havia ajudado na sua autoestima o fato de poder refletir sobre a mesma. Outro usuário falou que não podíamos negar que há uma doença. Foi um longo debate, com argumentos prós e contras em relação a essa frase e à conversa que se queria disparar com ela. Garantir uma certa identidade com o movimento canadense, que a tinha como mote, foi um dos argumentos para mantê-la; mas, a seu favor, pesou principalmente a defesa dos usuários de que era um dito importante para eles.

Em outra discussão, o termo “necessidades básicas” gerou impasse. Durante a aplicação do guia, os usuários puderam compreender o que significava o termo, o qual favoreceu o diálogo e estimulou a participação nos grupos. Tratava-se de um trecho do guia em que os usuários indicavam o que entendiam como suas necessidades básicas e quais estavam sendo atendidas ou não. Porém, alguns pesquisadores do grupo vêm problematizando, há muitos anos, o uso desse conceito na área da saúde coletiva, pois defendem que há algo além de necessidades quando pensamos a existência humana. Nesse momento, levou-se em conta as impressões (o protagonismo) dos pesquisadores. O termo “necessidades básicas” foi substituído por “o que você precisa pra viver”.

Estes três recortes de momentos de composição de saber entre nós mostram a diferença que a participação dos usuários imprimiu à reunião. Pois, se naquele momento de construção do guia seguissemos apenas o que sugeriam as memórias, o nome poderia

---

<sup>28</sup> Esta frase vem do relatório Harnois (Relatório feito pelo grupo de trabalho de políticas em saúde mental. Governo do Quebec, Ministério da Saúde e serviços sociais do Quebec, 1987). Ela deflagra o quanto as pessoas que adoecem passam a ser reduzidas aos seus sintomas e que, de uma doença, não se pode esperar participação. No relatório está indicado que uma intervenção que trate apenas os sintomas esquece de associar a pessoa, e que com poucas informações sobre sua situação e ainda menos implicadas nas situações que lhe concernem, as pessoas estão em constante pesquisa em busca de respostas adaptadas às suas necessidades, à procura de uma existência onde seu estatuto de pessoa vença sua condição de doente.

ter deixado de ser guia, a frase do movimento do Canadá talvez tivesse sido retirada, e o termo ‘necessidades básicas’ talvez não tivesse sido suprimido. Contar com a troca de saberes e o diálogo presencial efetivava o ‘pesquisar com’, em lugar de pesquisar sobre.

Mas não era apenas nas situações de impasse que o ‘fazer com’ valorizava-se. Ocorriam outras contribuições. Quando pensamos como seria o texto introdutório do GGAM-BR, L. (A) lembrou que a introdução deveria ajudar a situar de que autonomia se estava falando, para ficar claro que não estávamos desejando que as pessoas tomassem decisões sozinhas; ou seja, ela alertava para a importância de apresentar essa palavra e o sentido que damos a ela. E. (A) também mencionou considerar a palavra autonomia problemática, inclusive para a equipe, que podia tomá-la na direção de o usuário fazer tudo sozinho. Com relação à frase “porém compartilhar esse processo lhe dá chance de aumentar sua autonomia e ajuda a valorizar os seus recursos.”, constante no guia, E. (A) propôs refazê-la, contemplando o que um dos usuários havia colocado sobre o papel do usuário no tratamento, pois nos ajudaria a escapar da idéia de que autonomia é fazer sozinho, enfatizando o ‘fazer junto’ no tratamento. Assim, esboçamos juntos o conteúdo da introdução e o sentido de autonomia que estávamos considerando.

Dando continuidade ao trabalho, L. (U) nos mostrou que as perguntas: “Quais são suas atividades favoritas?” e “O que você gosta de fazer?” eram iguais, o que atestava o quanto os usuários estavam envolvidos na tarefa proposta. Da mesma forma, a trabalhadora A. sugeriu o novo título que demos para o terceiro e o quarto passo, pensando no encadeamento em relação aos outros.

Quando cogitamos reduzir narrativas de pesquisa anterior<sup>29</sup>, colocadas no guia na adaptação preliminar aos GIs, ou optar por apenas uma delas, o tema suscitou um relato de N. (U), acerca de um conhecido seu. Era um relato em que compareciam aspectos das duas narrativas, e, por essa razão, E. (A) defendeu que fossem mantidas no guia, e assim foi feito. Desta vez, a decisão pela permanência de um trecho no guia se deu pelo efeito de sua releitura na reunião multicêntrica.

Como já referimos anteriormente, a experiência nos GIs mostrou que emergiam incômodos na relação entre usuários e trabalhadores dos serviços, quando algumas questões do guia eram abordadas; principalmente no que se refere aos direitos dos

---

<sup>29</sup> *Estudo Avaliativo de Arranjos e Estratégias inovadoras na organização da Atenção Básica à Saúde.* ONOCKO CAMPOS, R. (coord.). FAPESP. Primeiro relatório científico. Mimeo. Junho de 2007.

usuários de um modo geral e, mais especificamente, ao direito de escolher fazer ou não uso de medicamentos. Esses incômodos não foram conhecidos apenas através dos textos das memórias, mas também através da vivência dos pesquisadores ao longo dos meses de relação com as equipes e usuários dos serviços.

Conversamos sobre isso em uma de nossas reuniões multicêntricas e pensamos que o incômodo que pode ser despertado em algumas pessoas refere-se também às mudanças que os usuários experimentam, como quando foram sentindo-se mais capazes de dialogar e reivindicar seus pontos de vista. Então, quisemos colocar uma pergunta no guia que contemplasse esse aspecto, mas preocupava-nos a maneira de colocá-la, de modo a não gerar uma polarização entre aliados e incomodados. S. (U) contou uma situação em que se sentiu incomodada com um psicólogo do CAPS. Disse que, na hora, ficou bloqueada de colocar seu incômodo, mas só se sentiu bem quando pôde, em um segundo momento, dizer para o profissional o que sentia. Sustentava que não se podia deixar de falar disso no guia, porque esses incômodos aconteciam todos os dias. E, assim, envolvemo-nos na construção de um trecho que contemplasse o possível surgimento de incômodos.

Discutimos também a questão da repetição de temas, mesmo com inflexões diferentes, ao longo do guia. Perguntávamo-nos: repetir é bom ou ruim para o guia? Remetemos a questão aos usuários. L. (U) disse que achava bom. E. (A) lembrou o efeito de dispersão com a leitura. Isso era o que parecia aos pesquisadores, mas os usuários reafirmavam que não era cansativo retomar questões. De minha parte, coloquei que a dispersão podia ser algo que faz parte da construção com o usuário, pois aconteceu no Comitê Cidadão<sup>30</sup> e não prejudicou o trabalho. Ainda sobre a redação do guia, A. (A) observou que o guia canadense primeiro explicava e depois perguntava e questionou se queríamos manter assim. L. (U) declarou então que medicamento era uma coisa necessária, mas, que, muitas vezes, pouco resolvia, que a população brasileira de um modo geral não lia sobre a medicação, sobre interação medicamentosa, pois interessava-se apenas por futebol e novela. R. (U) acrescentou que, muitas vezes, tomava remédio e estava pronto. L. (U) seguiu dizendo que a maioria das pessoas não têm interesse em saber sobre remédio, sobre drogas mais modernas; falou da necessidade de barganhar com a Secretaria de Saúde para poder ter acesso a

---

<sup>30</sup> O Comitê Cidadão somado aos Comitês Gestor e Científico compõe a governança da ARUCI. Usuários do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Campinas fazem parte dele.

medicamentos mais modernos. E. (A) ressaltou que nem sempre o remédio mais novo é o melhor e nos explicou um pouco sobre isso, pois tem experiência desde o lugar de prescritora.

Falávamos em dispersão e dispersávamos para outro tema. Porém, assim revelava-se que a dispersão tomava distância do tema em discussão imediata, mas ligava-se a outros assuntos também pertinentes ao nosso trabalho. De alguma forma voltávamos aos temas que nos importavam e, naquele momento, perguntávamo-nos: qual a melhor estratégia de montagem do texto? O desvio do foco que vivenciávamos no debate daquele momento nos levava a outros pontos de reflexão importantíssimos. Ao longo da reunião, eu pensava:

*Os usuários tendem a tomar a palavra para falar sobre coisas de seu interesse particular, muitas vezes desviando o tema tratado naquele momento específico, porém, nesse aparente desvio, eles vão colocando ou recolocando questões relevantes e pertinentes. É incrível como a fala deles nos desloca e produz diferença. Porém, muitas vezes, o pesquisador faz a mesma coisa com a fala do usuário e faz um retorno brusco para o andamento da pesquisa. Há um exercício de escuta e troca nesse trabalho. Tem que ter toda vez espaço de encontro entre os usuários, mas também tem que manter esse espaço com eles, sob o pretexto da dispersão, porque é diferente eles conversarem entre eles e aqui na reunião com os profissionais. (anotações pessoais durante a reunião multicêntrica de agosto de 2010)*

Que diferença era essa? A possibilidade de encontro de mundos diferentes, que deslocavam nosso pensamento e nos demandavam a criação do modo como faríamos ‘pesquisa com’. A questão da dispersão, que eu defendi na reunião como um modo de construir o pensamento junto com os usuários, em outros momentos também foi algo que me causou incômodo. Ela está ligada ao conflito de ritmos, pois, se ela nos levava a assuntos de nosso interesse e nos permitia avançar na relação, dispersávamos apenas do objetivo mais imediato da reunião (construir o guia), para o qual tínhamos um prazo, como já ocorria nos GIs. Neste novo espaço de encontro, os usuários continuaram trazendo suas experiências pessoais: “*Eu tomo minha cachacinha que é pra me acalmar. Tem gente que a doença é perder o controle.*”

Outro movimento que parecia distanciar da discussão sobre a construção do guia foi um hábito que Sandra (U) manteve desde os GIs, de trazer seus textos de casa e ler para todos quando tinha oportunidade. E, conforme a participação de Sandra foi crescendo na sua cidade, ela também contava ao grande grupo os seus feitos, como quando apresentou a “Usina de ideias” que estava fazendo em seu CAPS: trata-se de uma caixa colocada à disposição de todos no serviço, com um cartaz explicando que qualquer ideia podia ser ali depositada. Sandra (U) leu em uma reunião multicêntrica as primeiras idéias coletadas da caixa. Outra vez, entregou ao grupo Interfaces um cartaz com fotos do GI NH, da III Conferência Estadual de Saúde Intersetorial do RS e do dia da luta antimanicomial – espaços de participação que ela vinha ocupando nos últimos tempos.

Estas notícias, que eram trazidas às reuniões multicêntricas, sobre o que era feito em cada campo no período entre reuniões, foram ganhando mais espaço nos encontros até o ano de 2011, quando passamos a dedicar algum tempo da pauta para que tanto usuários como pesquisadores trouxessem as construções estabelecidas no período em que não nos encontráramos. Poder-se-ia dizer que isso é algo comum em reuniões, que seria algo que corresponde ao momento dos ‘informes’, que ocorre em várias modalidades de encontro. Mas era mais que isso, era um modo de coconstruir saber e reduzir as distâncias, pois os diferentes olhares contribuía para as construções emergentes e, ao retornar ao campo, as pessoas podiam levar essas contribuições e enriquecer o trabalho.

A dispersão que ora me encantava, ao permitir uma proximidade com a experiência do usuário, ora gerava incômodo, quando eu estava tomada do afã de coconstruir algo dentro do tempo que tínhamos, revelou-se um aspecto deflagrador do que era ‘pesquisar com’, mas ‘entre’ modos diferentes. Em uma das reuniões multicêntricas contemporâneas à ocorrência dos GIs, na qual os pesquisadores problematizavam o espaço que seria dado aos relatos pessoais, um dos pesquisadores já dizia: *“devemos dar voz a essa maneira singular do usuário falar, que é através da história de vida mesmo.”* Assim ocorria uma transformação em meu pensamento no desenrolar da pesquisa, e aquilo que algumas vezes parecia ser um desvio das construções pôde ser reconhecido como uma ferramenta de construção, algo que ampliava nossa chance de conversa e produção coletiva.

## 6. O QUE PERSISTE NA VOZ DOS USUÁRIOS

No ano de 2010, tivemos uma segunda videoconferência com o Canadá, na cidade de Campinas, no dia 29 de setembro de 2010, na qual trabalhamos o tema: “UNIVERSIDADE, COMUNIDADE E CIDADANIA”. No dia anterior, tivemos um encontro da equipe brasileira, no qual já se iniciava a conversa sobre este tema, o que favoreceu a reflexão sobre o modo como vínhamos construindo a relação pesquisa/comunidade, que contemplava também a nossa incipiente vivência de ‘pesquisar com’ as pessoas pertencentes à comunidade em que atuávamos, bem seja, os envolvidos com o campo da saúde mental.

Neste encontro, nosso objetivo era conversar sobre o trabalho que vínhamos realizando, estabelecendo diretrizes e métodos. Não tínhamos alguma tarefa de pesquisa (construir o guia, por exemplo) para nos dispersar. Vejam, é uma inflexão na minha visão de pesquisadora, não mais pensar que apenas os relatos de experiência de vida dos usuários nos dispersavam da tarefa, mas que às vezes a tarefa nos dispersava da construção de nossa relação e metodologia de trabalho. Não que se pretenda distinguir uma má ou boa dispersão, mas, sim, afirmar que o desenvolvimento de diálogo e trabalho entre diferentes demanda concessões e desvios.

Nos dois dias, nós assistimos, pela primeira vez, às apresentações construídas pelos usuários membros da AFLORE e por Sandra, de modo que foi possível escutar a voz dos usuários em uma apreensão direta, naquilo que eles escreveram e apresentaram a nós. Estes usuários que apresentaram seus textos também participaram dos GIs. As reflexões que eles trouxeram em suas apresentações irão disparar alguns retornos a conteúdos das memórias que já traziam algo sobre os temas que persistiram na fala direta, bem como o desenvolvimento de análises sobre os mesmos.

Iniciamos o encontro escutando Fernando, usuário da AFLORE, que leu para nós um texto que preparara para aquele dia.

*Dentro das perspectivas da Reforma Psiquiátrica vale ressaltar a necessidade de fortalecer os serviços substitutivos CAPS e (?)<sup>31</sup>. E ainda alicerçar as relações dinâmicas em (?) de saúde mental entre comunidade e universidade. Uma das relações profissionais que é preciso salientar é sobre o medo. Nós sabemos que a antítese do*

---

<sup>31</sup> Esta sinalização: (?) refere-se a trechos não compreendidos.

*medo é a coragem. E muitas vezes em nossas vidas temos de desenvolver a coragem. Não podemos obedecer o medo e sim vencê-lo através da iniciativa e persistência mental positiva e (?). O medo é uma constante e vem da razão. Acredito que trabalhando bem o irracional podemos passar para um mundo um pouco ideal e melhor (?) uma melhor realidade. A loucura só pode ser tratada com muito cuidado, por isso os serviços substitutivos devem ter oficinas de geração de renda, passeios e outros. Os centros de convivência é uma excelente ferramenta. Daí pode ser pensada a estrutura do serviço, o financiamento e orçamento, controle social, etc. Enfim, a melhora das condições de trabalho na saúde. Ainda, terminando, é preciso falar também sobre a autonomia, quando a pessoa se liberta do problema mental ou continua com o tratamento até se sentir segura para conviver na medida do normal com a sociedade que aí está.*

Lembro que, conforme eu escutava a leitura de Fernando, suas palavras me tocavam e faziam sentido. Ao relê-lo e escolher trazer sua apresentação aqui, deparei-me com dúvidas em alguns pontos para interpretar seu texto. Quando ele nos diz que uma das relações profissionais que é preciso salientar é sobre o medo, será que ele aponta para a necessidade dos profissionais estarem atentos a esse fenômeno, no sentido de estudarem sobre isso para cuidar de quem o sente? Ou ele indica que os profissionais devem estar atentos para o medo que aparece nas relações entre eles e os usuários?

Ao fazer esse exercício de escuta e interpretação inerente ao objetivo de minha pesquisa, segui a pista do que parecia claro no dito. Então tracei a seguinte compreensão. Fernando nos diz que é importante fortalecer os CAPS no contexto da RP e nos fala em alicerçar relações dinâmicas, nas quais indica a existência do medo como um aspecto a ser considerado e enfrentado com coragem. Esse medo, ele nos diz que vem da razão e defende o trabalho com o irracional. Como seria isso de trabalhar bem o irracional? Fernando continua, colocando que a loucura deve ser tratada com cuidado e, em seguida, ele cita como pode ser esse cuidado – oficinas de geração de renda, passeios, centros de convivência<sup>32</sup>, existência de controle social permeando a estrutura

---

<sup>32</sup> Os centros de Convivência são dispositivos comunitários que compõem a rede de atenção substitutiva de saúde mental, sendo voltado para a atenção a populações com vulnerabilidades diversas. O princípio da intersetorialidade orienta suas ações internas e externas na busca do desenvolvimento do convívio entre discursos e práticas plurais.

do serviço. E conclui trazendo o tema da autonomia, descrita como a possibilidade de conviver ‘na medida do normal’ com a sociedade que aí está.

Puxamos, assim, um fio de compreensão sobre o texto de Fernando, mas vamos sustentar as incompreensões que nos restam e ler um pouco do que trouxe Nilson em sua apresentação, construída junto aos parceiros da AFLORE, inclusive Fernando. Vamos ver o que vai acontecendo com nossa compreensão, ao buscarmos estabelecer um enredo com esses fios.

*Profissionais e usuários às vezes têm medo um do outro. Profissional não provoca reação do usuário. [...] O profissional não sabe conviver, ouvir, falar, o profissional fica mais mudo no momento que o usuário provoca ele, pra mim falta conhecimento pra esse profissional, acho que a academia tá com o velho conhecimento que não dá condições pra vida. Profissional vira burocrata. [...] Você é um monte de coisa que às vezes o profissional não tá sabendo. Como lidar com o outro que é tão diferente?*

Vejam, aparece de novo a questão do medo permeando as relações entre profissionais e usuários. Agora com mais elementos que colaboram na nossa interpretação. Há uma afirmação clara de que tanto o usuário quanto o profissional às vezes sentem medo um do outro.

Ao longo da história, o medo permeou as relações com a doença mental. Segundo Foucault (1997 [1961], 2006 [1973-1974]), no período que antecedeu a instauração do tratamento moral, havia o medo de enlouquecer e perder a capacidade de duvidar, logo, pensar; e, quando da construção da idéia de periculosidade associada à loucura, havia o medo do louco. Mas, quando Pinel constitui a cura do louco direcionada para sua estabilização num tipo moralmente reconhecido, a loucura não mais poderá causar medo; ela terá medo, entregue à pedagogia do bom senso, da verdade e da moral. O medo, na diretriz moral de cuidado, deve nascer no doente em relação às pessoas que o ‘cuidam’; esse medo vai contribuir para que ele se submeta à vontade do médico.

E, na atualidade, que forças corroboram para a existência do medo? Qual o perigo que o profissional oferece para o usuário? Qual o perigo que o usuário oferece para os profissionais? Que forças atuam nesse encontro para a emergência deste afeto?



Nos GIs, encontramos referência ao medo sentido pelos usuários na relação com os profissionais. Os usuários do GI NH discorreram longamente sobre o medo de levar “xingão”<sup>33</sup> do médico. A maioria dos usuários deste grupo tinha alguma experiência desse tipo a relatar:

\* *“Eu ficava nervoso quando o doutor me xingava e tinha que sair pra me acalmar”; “eu tomei xingão por tomar remédio por conta e eu me senti triste e com vontade de chorar.”*

Os usuários trouxeram também o medo de ter que passar por uma internação psiquiátrica, medo que os leva a esconder o que estão sentindo quando reconhecem sinais de que uma crise está chegando. O espaço da internação também é um lugar em que se pode sentir medo:

\* *“Eu fui internado no Hospital e tomei um monte de injeção e não quis perguntar por que e nem o que era, pois fiquei com medo de eles acharem que eu estava louco e darem mais injeção”.*

Encontramos alguns dissensos quanto à capacidade de escolhas ou de manutenção de direitos no momento de crise, sendo que alguns usuários apontaram ser importante a proximidade da família neste momento e sua participação nas escolhas, enquanto outros usuários apontaram a avaliação dos profissionais como fundamental no momento de crise, pois eles não estariam em condições perfeitas de decidir.

Quando se credita a escolha sobre os rumos do tratamento no momento de crise a outrem – familiares ou profissionais –, estamos diante de uma demanda de cuidado ou de uma demanda de controle? Os momentos de crise apontam para uma intensificação da fragilidade, ao aspecto I do ritornelo, em que não se consegue erigir forças para escapar do sentimento de caos. Em condição de vulnerabilidade, o outro se torna muito ‘poderoso’, pois pode colaborar para uma restituição das forças ou para uma vivência ainda maior de sofrimento.

---

<sup>33</sup> Esta palavra é utilizada no Rio Grande do Sul quando queremos dizer que alguém fez alguma repreensão de maneira imperativa, não polida, indelicada.

Vale o alerta dos usuários sobre a necessidade de se lidar com o aspecto medo, que comparece ao nos relacionarmos com suas fragilidades e tentarmos oferecer cuidado e continência. O momento da crise algumas vezes vem como justificativa para intervenções mais tutelares e que desconsideram a palavra do usuário – nessa situação se torna ainda mais rara a ocorrência de decisões coletivas. Os usuários nos indicam que em alguns momentos incide soberanamente sobre eles a vontade dos profissionais, comparecendo resquícios do tratamento moral ainda hoje.

Em sua fala, Fernando afirma: *“O medo é uma constante e vem da razão.”* E que *“Não podemos obedecer o medo e sim vencê-lo através da iniciativa e persistência mental positiva.”* Obedecer o medo seria seguir os mandatos do pensamento racional? Vencê-lo seria ter a força para enfrentar mandatos contraditórios à sua própria vontade?

Voltemos agora ao último trecho trazido da apresentação do Nilson, o qual disparou nossa reflexão sobre os medos presentes nas relações de tratamento, onde, além desse aspecto da relação, interrelacionam-se o atendimento oferecido no serviço e a formação do profissional, resultando em um modo de cuidar.

A relação que se estabelece com os profissionais de saúde já era problematizada desde os GIs. Nestes, ao conversarem sobre a possibilidade de escolha e negociação no tratamento, trouxeram à tona o tema da comunicação com os profissionais de saúde, a qual, por diversos motivos, não tem ocorrido da forma como os usuários gostariam. Uma das dificuldades de comunicação se refere ao fato de eles terem poucas chances de encontrar o médico:

\* *Disseram que o médico não vai mais no grupo de referência e que procuram não perturbá-lo, só se for algo muito importante porque sabem que são poucos médicos na rede. [...] Outra usuária diz que no CAPS também não tem tido acesso ao médico, mas que lá pode contar com os outros profissionais.*

\* *“Eu não consigo mais falar com meu médico. Eu nunca sou bem tratado. Todos os médicos falam que eu tenho que falar com o médico que tá me tratando, mas eu tenho vários médicos! Uma vez eu me descontroliei e quebrei tudo”.*

Quando os usuários conseguem o acesso ao médico, na maioria das vezes é através de consulta individual, sobre as quais eles colocaram suas queixas e ressalvas:

\* *Outro usuário diz que não queria falar mal da sua médica, mas sente que ela só prescreve. [...] outro diz que se sente constrangido e acha que é o seu jeito mesmo e espera que o médico tenha a iniciativa de conversar.*

\* *Conta que toma mais de doze tipos de remédios e que não adianta nada, pois não melhora. Reclama para o médico, mas diz que este não lhe dá bola e diz que tem que tomar mesmo.*

\* *“Eu vejo que eles (médicos) já estão bem estressados, que se correspondem só conforme a situação. Só às vezes eles estão bem, depende do dia”.*

Não apenas a postura do médico foi problematizada. Os usuários apontaram uma postura distante também em outros profissionais, que avaliam estarem sendo mal formados: não dialogam, ficam em silêncio. Os usuários relataram sentir falta de um retorno a respeito do que estão expondo e que há ainda os profissionais que banalizam seus sintomas, dizendo que precisam lidar com isso (como se fosse fácil); que todo mundo tem um pouco de louco, sem saber o que é a loucura.

Aqui reverbera a pergunta trazida na apresentação de Nilson: *“Como lidar com o outro que é tão diferente?”*

Buscando enlaçar o que os usuários trouxeram nos GIs e, mais tarde, em suas apresentações, sintetiza-se: os usuários colocam que a qualidade das relações com os profissionais interfere no tratamento, pois, se há disponibilidade de encontro e escuta dos profissionais, os usuários têm mais chance de tirar suas dúvidas e mostrarem seus pontos de vista. Ou seja, quando o aspecto I do ritornelo é ultrapassado e é possível vencer o medo, podendo o usuário trazer seus pontos de vista e toda teia de sentidos que compõe seu território existencial, é possível entrar na relação, deixando alguém conhecer e/ou habitar seu território ou podendo saltar para se aventurar em outros territórios.

Na roda de conversa que se seguiu à apresentação de Nilson, duas afirmações dos usuários resumem o entendimento que têm do que é necessário para que a relação seja de fato terapêutica: *“O que tá faltando é o usuário ser ouvido.” “O profissional tem que mostrar o caminho.”*

Retomando a apresentação de Nilson, encontramos nela uma idéia sobre o que produz saúde mental e uma proposta de como poderia se dar o cuidado:

*A saúde tá na educação popular [que] também é uma grandeza dentro da sociedade. O conhecimento não pode ficar preso na mão dos profissionais. O estudante da matemática também tem que estar no serviço, cada profissional fazendo seu papel. Nós, seres humanos, somos um todo. A gente tem que aprender a se relacionar com todas as áreas. A saúde mental não tem condições de carregar isso que está aí sozinha.*

*A saúde mental tá na convivência, quando tem problema de saúde mental tem problema na relação de convivência.*

*Meu problema de saúde começou de tanto ser assaltado, começou pânico e esquizofrenia. Começou com dorzinha no corpo. Você não agüenta mais seu corpo, saúde não está só na cabeça, está no corpo, é tudo, está relacionada com o dia-a-dia social. [...] Como não descobriam o que eu tinha, comecei a ler e descobri o que eram meus sintomas [...] Hoje não tenho vergonha de falar pra ninguém do meu problema. Mas no início até eu tinha preconceito. Os assaltos foram um rompimento social. Relações sociais conflitantes.*

Neste trecho observamos uma correlação entre o adoecimento e as relações sociais, bem seja, que aquilo que acontece na circulação da pessoa pelo mundo influencia sua saúde, podendo potencializá-la ou produzir adoecimento. Sendo assim, observamos uma argumentação de que processos de cuidado devem contemplar a educação popular, reconhecendo os saberes locais e envolvendo vários conhecimentos, sem que algum saber se coloque como único nas ações de cuidado.

Na conversa que ocorreu após a fala do Nilson, os usuários seguiram falando sobre seus processos de adoecimento e sobre o que consideraram ter-lhes ajudado na recuperação:

*“Uma voz me mandou me matar, não deu só a ordem, mas a condição pra fazer isso, porque era uma aflição terrível, mas, ao mesmo tempo, veio uma força que me tirou daquele estado, fiquei em níveis aceitáveis.”*

*“Tem duas coisas na cabeça da gente – o positivo e o negativo – você pensa coisas boas e sai do mau pensamento. Às vezes acontece e você tá sozinho, é você e a cama.”*

*“A gente tem leituras também. Eu procurei todos os meios, todas as formas de ajuda.”*

*“Ou eu luto pra vencer ou eu vou morrer. Tem que enfrentar o desafio ainda que com dificuldade. Não suporto o supermercado, mas se eu não entrar vou ficar com fome, vou no dia em que o supermercado está vazio. Eu tô vivendo a vida do jeito que ela está.”*

Um dos professores compartilhou, durante a conversa, alguns pensamentos que lhe ocorriam ao escutar sobre a experiência de adoecimento dos usuários.

*“A gente arrumou uma forma de viver que é difícil pra todos nós. É espantoso alguém viver na nossa rede sem ouvir vozes, gente que sai cedo pra trabalhar, tem filhos, fico pensando como essas pessoas não enlouquecem. Faz a gente relativizar essa coisa do que é normal e louco.” (P)*

*“Todos nós ouvimos vozes, existe a voz da razão, porém para alguns não é destrutivo.” (U)*

*“A idéia sempre me ocorre como uma voz. Elas existem e podem nos fazer viver ou morrer.” (P)*

O pensamento do professor caminha junto com o dos usuários no sentido da correlação entre adoecimento e condições de vida. Porém, ele faz uma torção na idéia, ao se perguntar como que, diante de certos modos de vida, alguns de nós **não** adoecem. Reduzindo assim a distâncias entre a voz da doença (voz como sintoma) e a voz da razão (voz do pensar), entre vozes que produzem vida e vozes que convidam à morte.

E os usuários seguiram contando suas estratégias de produção de vida:

*“São as atividades que me ajudam, [projeto da] Rádio há oito anos, o remédio clozapina há oito anos, AFLORE há quatro.”*

*“Qualquer pessoa pode ser atingida pela doença mental. Hoje falo tudo para o psicólogo, porque o pastor vai ajudar você pela bíblia, o psicólogo pela ciência, aí você pode falar tudo. A religião me ajudou, mas o que ajudou mesmo foi a medicina, minha autonomia, eu querer mudar mesmo.”*

*“Com os efeitos do tratamento no Instituto \*\*\*, o pessoal da minha igreja começou a perceber que o tratamento funciona, pois antes me viam como ‘endemoniada’ e achavam que o tratamento não era bom. A doença existe e não é coisa do demônio. Sofri preconceito até na igreja, onde hoje estão me aceitando.”*

Estas falas evidenciam que é possível encontrar apoio e realização em diversos espaços e que o fato de frequentar um local e encontrar apoio nele não exclui que se possa tecer esse laço terapêutico também em outros locais. O último depoimento acima me tocou mais especialmente, porque esta usuária ao perseverar em estar em dois lugares que a ajudavam – um serviço de saúde e a igreja - transformou um deles, pois hoje sua igreja reconhece o papel do tratamento medicamentoso e não recomenda mais que ela coloque fora os remédios e abandone o tratamento. Esse respeito ao seu tratamento veio através de sua insistência em ocupar dois espaços que para ela faziam sentido e colaboravam para sua melhora.

Experiências como esta e as demais relatadas acima, como participação na Rádio, na Associação de Usuários, aderência ao tratamento, em que se experimenta a circulação por mais de um dispositivo da comunidade, remetem-nos à possibilidade de deslocalização do cuidado, tanto no que tange aos ambientes, como aos papéis que as pessoas desempenham neles. Não é apenas o terapeuta, o pastor ou o médico que oferecem ajuda isoladamente, mas todos podem em determinados momentos dar sua contribuição. O que parece ser decisivo é a possibilidade de o usuário escolher e ir traçando seus caminhos pelos espaços que lhe fazem sentido.

Ao longo dos encontros mediados pelo GGAM também emergiram aspectos que favoreciam a melhora e ajudavam os usuários a sentirem-se melhor. Quando eles trouxeram as atividades de interesse, puderam não só lamentar o fato de não poder realizar algumas delas, mas também dizer da satisfação quando conseguem ter acesso a atividades culturais, de lazer, ao trabalho e a algum atendimento de qualidade em saúde, assim como, quando trouxeram vivências de preconceito, manifestaram também o quanto é gratificante ser acolhido, respeitado e cuidado.

Ao discutirem o tema “qualidade de vida”, proposto pelo guia, os usuários listaram objetivamente o que consideravam que os ajudava. Em todos os campos, podemos encontrar uma ênfase no potencial que as relações oferecem no caminho da melhora. Foram citadas as relações familiares, as relações com os profissionais que os acompanham ou já acompanharam em algum momento importante, as relações amorosas e de amizade, bem como atividades religiosas, terapêuticas e de lazer.

\* *Naquele momento estávamos buscando nos lembrar de coisas que ajudam na nossa **qualidade de vida**. G. diz que uma massagem é bom e A. conta que, quando está em crise, fica muito tenso, precisando de uma massagem. Eu (pesquisadora) e E. (trabalhadora) estranhamos um pouco essas falas e perguntamos se massagem é algo que eles podem ter na comunidade. A. lembra que G. é uma excelente massagista e esta começa a descrever o modo como faz massagens. Entendemos, então, que a relação entre amigos, é outro importante recurso a ser citado.*

\* *Quanto aos relacionamentos, informam que depois da medicação muito melhorou, pois não ficam mais desconfiados e podem interagir mais tranquilamente com os que estão a sua volta. Outros já falam que não ajuda e que o mais importante é a convivência na AFLORE (associação dos usuários). Em diversos encontros, assim como neste, reafirmam o grupo como uma fonte de amigos e apoios para os momentos difíceis e reforçam a importância deste grupo GAM para conversarem sobre pontos que não são abordados em seus serviços.*

\* *O grupo vai anunciando o que entende por qualidade de vida: o que se tem prá viver: roupa, colchão, alimentação, banho, salário fixo, trabalho, saber movimentar-se*

*sozinha, amar alguém, se amar, fazer amizade, passear, viajar, ver os parentes, a família, estudo.*

Alguns usuários trouxeram a importância da confiança e do companheirismo. Um usuário diz que essa é sua maior dificuldade: confiar nas pessoas. Falaram da importância do reconhecimento e de como é difícil, não só serem reconhecidos pelos outros, mas se sentirem de fato reconhecidos. Falaram que muitas dificuldades se dão mesmo é nos relacionamentos e que estes são uma necessidade básica.

Porém, quando os usuários foram solicitados, através do guia, a destacar que lugares e pessoas identificam como parte de uma rede de apoio, observou-se nos grupos algum nível de dificuldade para tanto. No desenrolar da conversa sobre esse tema, foram citados em todos os campos os familiares, os amigos e os CAPS.

Em todos os grupos o CAPS é apontado como um espaço de acolhimento. Num dos campos, uma usuária contou que a única vez em que pensou que “iria se acabar” foi quando seu pai morreu e que neste momento fora ajudada por uma psicóloga do CAPS. Ela afirmou que confiava em todos os profissionais do CAPS e descreveu as qualidades de vários deles. Esta afirmação encontrou ressonância em outros participantes do grupo que reforçaram a confiança nas pessoas do CAPS. Em outro campo, um usuário contou que era muito desconfiado até da família e de quem ele sabe que o ama, mas que hoje em dia não é mais, pois sabe que, quando está indo para o CAPS e sente “um monte de gente atrás dele”, só precisa se acalmar e chegar até lá, onde conversa com as pessoas, distrai-se e a sensação passa.

Um dos GIs pensou no cuidado que se deve tomar para que o CAPS não se torne o único espaço destinado aos usuários: *“assim como a igreja pode acabar sendo o único contato das pessoas, o CAPS também pode acabar viciando!”* Um dos usuários conta que teve um tempo em que só ia ao CAPS e que inclusive estava se acostumando a ir ao CAPS para dormir; foi quando se deu conta de que tinha que frequentar outros espaços.

Alguns autores (PAIVA, 2003, AMARANTE, 2003b) já vêm alertando para a possibilidade dos CAPS realizarem uma nova forma de cronificação, quando não se dispõe de outros serviços de base comunitária e o cuidado fica restrito ao CAPS sem a articulação de pontes com o território. Segundo Rodrigues, Marinho & Amorin (2010), a esfera da casa, da comunidade através do círculo de vizinhanças, amigos, lazer, entre



outros, o suporte mútuo em substituição ao isolamento social que provoca o adoecimento, se negligenciados na atenção psicossocial, reproduzem a dependência institucional.

Os usuários trazem à tona este debate, quando contam o quanto percebem o CAPS mantendo-se excessivamente presente na vida das pessoas, dirigindo suas vidas de forma tutelada, e quando reforçam a importância da circulação por outros espaços. Foi interessante notar que, na sequência destas colocações em um dos grupos, eles lembraram uns aos outros de eventos e encontros, convidando-se a se fazerem presentes.

A possibilidade de as atividades acabarem centrando-se no CAPS confirmou-se em outro GI, onde, ao conversarem sobre as atividades de interesse, observou-se que alguns usuários ficaram presos às atividades promovidas pelo CAPS. Em todos os campos, os usuários tiveram grande interesse em falar sobre as atividades que realizam no CAPS.

Em um dos GIs, os usuários falaram também de coisas que gostam, mas não podem realizar, seja pela distância e/ou por dificuldade financeira. A trabalhadora do CAPS citou, então, as atividades do serviço como uma opção para aqueles que não têm uma rede social e como um lugar disparador de encontros e atividades dentro e fora do CAPS.

Neste mesmo grupo observamos uma contradição, quando os usuários contam sobre um período em que o CAPS possuía uma atividade de salão de beleza. Eles descrevem com entusiasmo os momentos agradáveis vividos nesse salão. A pesquisadora pergunta por que não existe mais essa atividade. A mesma trabalhadora citada acima explica que o salão era uma forma de estimular o autocuidado e as possibilidades de que os usuários se ajudassem uns aos outros, de acordo com as habilidades de cada um. Entretanto, após algum tempo, a equipe avaliou que seria mais interessante incentivá-los a ter essas experiências em outros espaços sociais e, por isso, finalizaram o projeto no CAPS, fazendo convênios com espaços externos. Todos concordaram com ela, mas lamentaram o fechamento do salão do CAPS.

Os usuários vão demonstrando diferenças entre fazer algo no CAPS ou fora dele, e observamos contradições sobre quando é interessante oferecer atividades no CAPS e quando se deve oferecer a partir do CAPS. Tomemos o caso do salão de beleza: se era uma atividade que envolvia os usuários e que almejava a ajuda mútua dentro das capacidades de cada um, dizia respeito a outros objetivos do que aqueles concernentes

ao estabelecimento de convênio com salões fora do CAPS; e, afinal, poderia se contar com ambas as opções. Que princípios podem nortear esta escolha? São decisões que precisam ser tomadas de acordo com as singularidades de cada território e com os projetos terapêuticos dos usuários.

Nas falas dos usuários e da trabalhadora está indicada a relevância de desenvolver atividades em diferentes espaços, ora almejando projetos que visem à autonomia e a circulação no território para além dos serviços de saúde, ora indicando a necessidade de tarefas “protegidas” e de acordo com as possibilidades dos usuários.

Em um dos GIs, por exemplo, os usuários contaram que os profissionais de referência sempre indicavam outras atividades e que elas eram importantes, mas queixaram-se que deveria haver mais atividades exclusivas da saúde mental. Comentaram que as paraolimpíadas são uma conquista dos deficientes físicos e que a saúde mental deveria lutar para ter uma “psico-olimpíadas” ou mesmo uma “psicocopa mundial de futebol”, com o intuito de garantir que fossem incluídos nestas atividades. Quando questionados pelos coordenadores acerca dessa divisão, colocaram-na como necessária, argumentando que no mercado de trabalho não conseguiam competir com as outras pessoas e por isso tinham dificuldade de se inserir.

Observamos o desejo de participação nas atividades sociais (esporte, cultura, lazer e trabalho) e a reivindicação de uma atenção diferenciada e um apoio para tanto, o que ganha radicalidade na idéia de uma ‘psicocopa mundial’. Os usuários se sentem tão em desvantagem para competir que imaginam que seria possível desenvolver algumas atividades apenas em condições de igualdade (imaginada) com outrem, porém reproduzem assim o estigma e a segmentação dos espaços sociais, ao não almejarem adentrar nos espaços que já estão aí.

Não é à toa que o exemplo da psicocopa surge em comparação com o universo do trabalho, pois, a partir da modernidade, emergiram neste campo a competitividade e a geração de empregos, provocando uma crescente exclusão do mercado de trabalho até hoje (HIRDES, 2009). Na (re)inserção social através do trabalho, os desafios correspondem ao modelo de produção capitalista contemporâneo, que exclui do mundo do trabalho as pessoas consideradas inaptas e/ou improdutivas junto ao mercado (RODRIGUES, MARINHO & AMORIN, 2010).

Dentre todas as atividades que foram citadas nos GIs, a que despertou discussões mais intensas foi o trabalho, o qual aparece como algo muito desejado, mas muito difícil de realizar:

\* *... a falta que sente, pois quando trabalhava era mais feliz.*

\* *Conta [...] que irá trabalhar na Oficina de Culinária. G. (U) levanta-se e o cumprimenta, dando-lhe boas vindas à Cantina. Questiono se o trabalho é uma necessidade de difícil satisfação, e ele diz que sim, pois demorou muito para conseguir essa vaga na Oficina.*

Em um dos campos, foi geral entre os presentes a compreensão de que a doença prejudicou a capacidade de trabalhar. Um usuário contou que era ótimo pedreiro e adoeceu após ter parado de trabalhar (por problema no joelho). Sente-se desvalorizado pela família por não trabalhar. Às vezes alguém o chama pra fazer algum ‘servicinho’ rápido (hidráulico, elétrico ou de pedreiro mesmo), e ele vai com prazer porque gosta de trabalhar:

\* *“Eles dizem que não vão me chamar porque eu tô com problema, mas aí alguém chega e diz: ‘Mas ele vai te fazer de graça, não cobra nada. Já aquele outro que tu tá querendo chamar vai te cobrar’. Então eles acabam me chamando e eu termino não cobrando.”*

Observamos que há um sentimento de realização em trabalhar que ultrapassa a questão da remuneração, quando este usuário aceita o trabalho e não cobra nada por seus serviços. É incômoda a resignação em sua fala, a forma como se coloca em desvalia em relação a outros profissionais que poderiam fazer o mesmo serviço, assim como é incômoda a anuência das pessoas que deixam de remunerá-lo. Por que pessoas em processo de reabilitação psicossocial não seriam remuneradas da mesma forma que outras ao realizarem um trabalho?

Essa questão remete às relações entre trabalho e doença mental ou loucura ao longo da história. São termos que já estiveram associados de diversas maneiras, como

ergoterapia, inatividade, trabalho assistido, atividade doméstica ou trabalho formal remunerado, intercalando momentos do trabalho concebido como tratamento ou como papel social valorizado. E, ao longo do século XX, as atividades das pessoas consideradas doentes mentais não foram consideradas trabalho. (RIBEIRO, 2009).

Uma conversa que ocorreu num dos GIs nos ajuda na busca de compreensão de como se dá esse processo para os usuários. Eles falavam da importância de obter reconhecimento através do trabalho, e abriu-se a discussão se estavam se referindo ao trabalho ou ao sentir-se útil. Um usuário falou que a questão financeira também era um fator importante, e os demais do grupo acharam que não vinha em primeiro plano, mas que também era de fato importante. Eles consentiram que tanto o reconhecimento quanto o dinheiro estavam implicados na necessidade de retorno ao trabalho. Porém, relatavam não sentirem-se capazes de dar conta das propostas de trabalho que encontravam; inclusive, em alguns casos, o modo como trabalhavam foi relacionado com o adoecimento, e retornar ao trabalho seria piorar.

Hirdes (2009) questiona: como podemos projetar trabalho para pessoas que têm uma dificuldade de competir, uma vez que o paradigma da modernidade é a competitividade desenfreada? Ou, antes, como propor concorrer no mercado em uma situação já em desvantagem?

O usuários gostariam de retornar ao trabalho de um modo diferente:

\* *“A pessoa, porque tem um problema de saúde, não é inútil; se não pode trabalhar 8 horas, trabalha 6.” (apresentação Nilson)*

Segundo Hirdes (2009), a superação dos obstáculos para o acesso ao trabalho não se dará através de técnicas mais refinadas de adestramento ao trabalho, mas, sim, do enfrentamento da relação doença mental e trabalho segundo uma outra perspectiva, em que se problematizem também as relações de trabalho que encontramos em nossa sociedade. Ribeiro (2009) segue nessa mesma direção, ao propor que a permanência no mercado de trabalho das pessoas que sofrem padecimento psíquico não depende somente das possibilidades individuais, mas também de mudanças nos processos organizativos do trabalho, como arranjos flexíveis, tolerância ao diferente e auxílio mais atento das chefias e dos colegas.

Hirdes (2009) defende que o grande desafio imposto para a desmistificação e aceitação dos portadores de distúrbios psiquiátricos no mercado de trabalho deverá ser travado com a sociedade. Esta perspectiva necessita de múltiplas estratégias para o enfrentamento da relação loucura e cidadania, loucura e mercado de trabalho.

O problema assim colocado parece grande demais – envolve a sociedade inteira. Mas como os atores envolvidos no campo da saúde mental podem enfrentar essa questão? Segundo Rodrigues, Marinho & Amorin (2010), no processo da atenção psicossocial, faz-se necessário um aprofundamento sobre o papel dos CAPS na articulação entre a clínica e o trabalho enquanto um direito e enquanto uma proposta concreta de reinserção social além do espaço físico dos CAPS. Hirdes (2009) coloca que o grande desafio dos reabilitadores é construir redes de suporte em relação ao trabalho e à inserção relacional.

A reforma psiquiátrica introduziu no campo a noção de cidadania dos doentes mentais. Dessa forma, as ações coerentemente deverão ser centradas na busca dessa cidadania pelos profissionais e usuários. Este conceito de cidadania poderá se dar em termos de produção, como também em termos da qualidade de vida alcançada com o processo reabilitativo, mas, sobretudo, quando as pessoas se reconhecerem como sujeitos históricos que podem intervir para mudar a realidade. O diferencial entre produção de vida e vida produtiva deve ser considerado. (Hirdes, 2009, p.169)

Se atentarmos tanto para a literatura sobre o tema ‘doença mental, reabilitação e trabalho’, quanto para o que nos dizem os usuários, chegamos à conclusão de que o trabalho se coloca como um dos grandes limites à participação social das pessoas que adoeceram e recebem tratamento – limite que convoca os envolvidos à busca de soluções, em aliança com outros setores da sociedade. Como bem disse Nilson: “*A saúde mental não tem condições de carregar isso que está aí sozinha*”. Nesse sentido, Fernando, em seu texto, citou os Centros de Convivência como uma ferramenta que contribui para o desenvolvimento de atividades de acordo com o ritmo dos usuários. Além disso, são serviços que carregam no cerne de sua proposta a missão de articular setores da sociedade (saúde, cultura, educação, esporte, habitação) na construção de projetos de ações coletivas.

As propostas que emergiram na voz dos usuários demonstram que o problema do acesso ao trabalho é complexo, porém não indissolúvel. Eles propõem o CAPS como um serviço articulador com o território, que perde sua potência quando se torna um recurso único. Eles gostariam de trabalhar em moldes flexibilizados de acordo às suas

necessidades e assim dão idéia de que é necessário dialogar com os empregadores e repensar a lógica do trabalho. Contam que gostariam de obter ajuda dos profissionais para conseguirem trabalhar de alguma forma, mesmo em oficinas de geração de renda. E citam, ainda, os Centros de Convivência como um dispositivo potente para colaborar nesta questão.

## 6.1 A RELAÇÃO COM OS MEDICAMENTOS

Este tema foi disparado pelo guia e retornou na apresentação de Nilson:

*“Sistema que mata as pessoas da relação, matar é tirar o sujeito do convívio, é tirar o sujeito do seu convívio e drogar ele, pra isolar uma pessoa é só drogar. Remédio é bom, mas tem que buscar outros mecanismos”.*

Nilson, mais tarde, em conversa com o grupo canadense, colocou que a GAM abriu portas, que a medicação em parte é uma forma de esconder as nossas dores, a nossa relação com a sociedade. Acha que no primeiro momento do tratamento o medicamento é importante. Mas alerta que, às vezes, a história de vida não é considerada no tratamento.

Nas reflexões compartilhadas por Nilson, encontramos um alerta para o tênue limiar entre o uso de medicamentos que pode colaborar na melhora e o uso que pode isolar, que pode funcionar como controle e apartar ainda mais as pessoas das trocas sociais, tão valorizadas pelos usuários.

O tema dos medicamentos é disparado em dois trechos do guia. No primeiro, é proposta uma discussão da relação com os medicamentos que contempla o início do uso, os motivos, o tempo de uso e a relação atual (como se sente, os efeitos positivos e negativos percebidos). No segundo, são abordados aspectos mais informativos como a receita médica, a bula, quais são as famílias de medicamentos, o que é efeito terapêutico e indesejado, o que são interações farmacológicas, contraindicações, meia vida, o tempo para efeito da medicação e quais são as medicações que cada um toma. Desse modo, primeiro o usuário é convidado a pesquisar a sua experiência de uso de medicamentos e,

depois, a pesquisar o que são esses medicamentos e como está pactuado socialmente o acesso a eles.

Ao longo deste percurso que o guia propõe, os usuários trouxeram desconhecimentos e dúvidas sobre os medicamentos: *“até que ponto vai ajudar, ele é útil, o que eu devo esperar do medicamento, o que eu tenho que fazer?”* Disseram que gostariam de saber por que os remédios *“às vezes fazem efeito e às vezes não fazem”,* ou *“para que tomar remédio, se a gente não é violenta, não agride ninguém?”*.

Perante as dúvidas dos usuários, a trabalhadora que acompanhava um dos GIs disse que o remédio é necessário para evitar as crises e enumerou várias vantagens dos medicamentos. E a pesquisadora assinalou que, talvez, essa questão, ainda que respondida algumas vezes, precisasse ser conversada sempre, porque é algo que voltava a preocupá-los.

No posicionamento da trabalhadora, observamos uma dificuldade em abrir a conversa sobre os medicamentos, oferecendo uma resposta pronta para as dúvidas singulares que iam emergindo, como se a reflexão e o questionamento sobre os medicamentos oferecessem riscos. Ela se antecipa a qualquer gesto de pensar diferentemente, oferecendo seu modo de pensar. A pesquisadora, por sua vez, busca sustentar um espaço de escuta que permita a continuidade e ampliação da conversa e da reflexão. Observamos que se atualiza, na vivência grupal, a dificuldade de comunicação entre profissionais e usuários apontada anteriormente.

Quando os usuários foram convidados a refletir se os medicamentos fizeram *o efeito que estavam esperando que fizessem*, suas respostas trouxeram a ocorrência de algumas melhoras almejadas, mas também a persistência de algumas dificuldades, apesar do uso de medicamentos.

\* A (U). diz que o Leponex lhe deixou mais calmo e o fez ver as coisas com outra clareza, mas não fez com que as vozes parassem. [...] E. (U) diz que os remédios ajudam-na a ficar calma e não pedir coisas na rua, mas que não gosta de tomá-los. W. V. (U) faz uma formulação confusa, afirmando que os remédios o deixam mais bravo e forte para brigar. Diz que, quando não os toma, fica tranquilo. A. (U) o questiona, tentando se certificar de que ele não estava querendo dizer o contrário do que afirmara. Entretanto, ele reitera que sem o remédio fica calmo e com ele fica mais corajoso e forte, podendo *“bater”* e até *“matar alguém”*.

Alguns usuários ressaltaram efeitos positivos dos medicamentos: *“melhorei muito, fico na boa”, “durmo bem”, “não ouço mais a multidão de vozes de antes”, “me acalma”*. Mas também ressaltaram que, se os remédios ajudam, controlam, também não resolvem tudo, como quando relatam que o uso de medicamentos melhora a convivência e a irritabilidade, mas não ajuda a melhorar a impulsividade e aspectos referentes aos relacionamentos pessoais.

Os pesquisadores observaram a existência de dúvidas quanto à melhora que pode ser atribuída à medicação ou a outras terapias do CAPS, como os grupos.

\* *A. (U), por exemplo, não sabe se é o remédio ou o grupo que o ajuda a controlar-se. Já L.(U) acha que é possível separar o efeito (bom ou ruim) do remédio e dos grupos de terapia no CAPS, porque sabe como fica sem remédio.*

Observou-se também uma confusão sobre quais sensações e vivências são relativas à história de vida de cada um, ao jeito de ser, à doença ou ao medicamento. Tal confusão ganha mais um elemento quando se conversa sobre os efeitos colaterais, que também se confundem com estes aspectos.

\* *Outro usuário diz que tem coisas que não são efeito do remédio, mas da doença, e um usuário acha que isso varia de caso para caso. Afirmam que é difícil saber quando um sintoma é da doença ou efeito do remédio ou, ainda, efeito de outras coisas, e dão o exemplo do cansaço e do sono.*

\* *Ela também colocou que muitas vezes deposita problemas e causas de desconforto apenas no remédio, mas outros fatores da vida também influenciam: “Coloco tudo nas contas do remédio”.*

\* *Ele explica que não sabe de onde os pensamentos vêm, mas acha que não são seus. Por isso, suspeita que os remédios possam produzi-los.*

\* *S.(U): “esqueci de perguntar uma coisa, o esquecimento é por causa dos remédios?”*



*L.(U): “acho que isso faz parte da vida moderna”.*

*G. (P): “o esquecimento pode ser afetado pela doença e pelo remédio também”.*

Sobre os efeitos colaterais, aparecem algumas queixas comuns a todos os grupos, como sentir as extremidades dormentes, o corpo “anestesiado”, alterações no sistema fecal e urinário, dificuldade de concentração, perda de memória, boca seca, obesidade, sonolência e dificuldades sexuais (impotência e ou redução da libido). Alguns usuários disseram que gostariam que as empresas farmacêuticas fossem pressionadas a produzir remédios com menos efeitos colaterais.

Num dos campos, os usuários colocaram que, com o uso de medicamentos, além da pessoa não ficar normal, ainda fica com os efeitos colaterais e, portanto, se mantém presa à doença do mesmo jeito. Apesar das dificuldades relatadas, muitos usuários afirmaram preferir viver com os efeitos colaterais dos remédios do que sem eles: *“Se não tomar o remédio a gente fica pior.”*

A seguinte pergunta evidencia a preocupação acerca do uso de medicamentos, que foi trazida de um modo ou de outro, em todos os campos:

*“até que ponto os remédios prolongam ou prejudicam a vida da gente?”.*

Prolongar a vida seria de fato a questão? Ou poderíamos pensar em expansão da vida? Ou em qualidade de vida, como nossos companheiros do Canadá? De qualquer modo, a interrogação aponta um paradoxo experimentado na relação com os medicamentos, em que se confundem os benefícios e malefícios. Predomina, nos relatos dos usuários, uma relação ambígua com os medicamentos e também com os seus prescritores, os médicos. O medicamento é aquilo que traz algum alívio, mas também desconfortos e muitas dúvidas e inseguranças. O médico é aquele que pode escutar o sofrimento e prescrever o medicamento correto, mas pode ser aquele que não oferece o cuidado almejado. Restam desânimo e descrença na possibilidade de buscarem adaptar os medicamentos de maneira a alcançarem um bem-estar maior.

\* *“É muito difícil negociar química porque a pessoa sabe que ela precisa da química por ser muito vasta e por ser muito eficaz. Algumas doenças dá para negociar, mas isso também depende muito do entendimento do paciente.”*

\* *Um usuário fala que depois de um certo tempo não há como trocar os medicamentos, porque já experimentou todas as possibilidades de tanto trocar remédio.*

É interessante notar que, apesar da distância entre Brasil e Canadá e suas diferenças culturais, os impasses no uso de medicamentos psiquiátricos apontados pelos usuários em nossa pesquisa assemelham-se em muitos pontos ao que trazem os usuários da região do Québec: a prescrição de medicamentos que apresentam efeitos colaterais pesados; a dificuldade e até mesmo a impossibilidade de exprimir seu ponto de vista sobre a medicação ou de questioná-la; o fato de questionar a medicação ser compreendido como resistência ao tratamento, ou mesmo como recusa; prescrições muito pesadas e em prazos muito longos; informações insuficientes; falta de espaço para o diálogo com o médico a respeito da medicação.

Ao mesmo tempo, essas semelhanças não são tão surpreendentes, pois os medicamentos psiquiátricos utilizados no ocidente são os mesmos e chegam até os médicos através da indústria farmacêutica e da formação que recebem. E a formação médica ocidental também segue padrões semelhantes, adotando manuais e protocolos de uso internacional.

A ciência que produz estas tecnologias biomédicas dissemina-se; e o mais curioso é notar o quanto ela afeta o modelo de cuidado, a relação entre o médico e seus pacientes, pois tanto os usuários de Quebec quanto os do Brasil deram ênfase à falta de diálogo e informação. O aspecto artesanal do cuidado estaria sendo esquecido? Estamos diante de atendimentos serializados?

Não custa lembrar o quão recente é a utilização de psicofármacos. Os primeiros fármacos com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos foram introduzidos no final da década de 40. Data de 1949 o primeiro relato de tratamento da mania com lítio, realizado por Cade, seguido pela descrição dos efeitos antipsicóticos da clorpromazina em 1952, por Delay e Deniker. Até o final da década de 50 foram descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em transtornos psiquiátricos: antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), antidepressivos tricíclicos (imiprina), antidepressivos IMAO (iproniazida), ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido) e antimania (lítio) (GORENSTEIN & SCAVONE, 1999).

A psicofarmacologia emergiu empiricamente. A invenção dos antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), por exemplo, deu-se a partir da observação de que a iproniazida, usada no tratamento da tuberculose, era capaz de produzir elevação de humor e euforia. Desde a introdução dos psicofármacos, busca-se elucidar o mecanismo de ação dessas drogas, além de utilizá-los como instrumentos na geração de hipóteses biológicas sobre a fisiopatologia dos transtornos mentais. Já na década de 60, desenvolveram-se as hipóteses monoaminérgica da depressão e dopaminérgica da esquizofrenia (GORENSTEIN & SCAVONE, 1999).

Atualmente, há uma ampliação do número de drogas disponíveis, tanto com a expansão do número de compostos dentro do mesmo grupo farmacológico, como com o surgimento de drogas com perfil de ação diferente das originais. Porém, quanto à eficácia, parece que os compostos mais recentes muito pouco acrescentaram aos originais, apenas ganhando em seletividade e, assim, levando à maior tolerância e aderência ao tratamento (GORENSTEIN & SCAVONE, 1999).

Podemos observar que os *mecanismos* de ação dos psicofármacos não foram completamente elucidados até hoje, tendo sido seus *efeitos* descobertos primeiramente. Assim, a prescrição segue evidências, mas não está alicerçada em certezas. Apesar disso, sua utilização tem sido naturalizada no cotidiano dos serviços, como se fosse uma tecnologia segura, amplamente testada e compreendida, que demande pouca atenção. Ora, a partir do que nos dizem os usuários, é justamente o contrário.

A utilização de medicamentos no tratamento em saúde mental pede um cuidado maior, não só do médico, mas da equipe, pois há um elemento influente – o medicamento – atuando no tratamento e, conforme os usuários nos alertaram, muitas coisas vão acontecendo durante seu uso, as quais ou são interpretadas como tendo relação com outros aspectos, ou, ao contrário, as múltiplas dimensões da vida do sujeito são reduzidas aos efeitos do medicamento. Como descobrir que aspectos influenciam em determinados sentimentos e sensações?

A proposta oferecida pela estratégia GAM propõe o acesso à informação e o diálogo entre os saberes. Em nossa trajetória de pesquisa, na utilização desse dispositivo<sup>34</sup>, observamos que tanto as equipes quanto os usuários têm poucas informações sobre os medicamentos. E os médicos que, hipoteticamente, detêm esse

---

<sup>34</sup> Quando falamos em dispositivo, estamos nos referindo à utilização do guia GAM em grupos de intervenção.

saber, compartilham-no pouco. A ampliação do conhecimento sobre os medicamentos que se utiliza mostrou-se relevante para a apropriação do tratamento por parte dos usuários, como algumas vezes foi explicitado ao longo deste texto.

Se atentarmos aos efeitos colaterais trazidos pelos usuários e às confusões sobre o quanto o medicamento ajuda e o quanto prejudica, fica claro que a utilização de medicamentos no tratamento é algo que demanda atenção e diálogo. Então, a utilização desta ‘tecnologia’, ao invés de apontar para uma solução confortável ou, pior, para uma desresponsabilização das equipes sobre aquilo que seria apenas responsabilidade do médico, na realidade demanda muita atenção, conversa e busca de informações também por parte dos profissionais.

Para concluirmos a reflexão sobre este tema, trago um trecho da apresentação preparada por Sandra no encerramento da segunda vídeoconferência com o Canadá, em 2010.

*Às vezes me pego pensando. Por que tantos casos em nossas vidas em que nossas mentes não podem ser controladas sem o uso da medicação.*

*No início de meu tratamento tomava tantos remédios que já não tinha mais controle de minha mente. Sentia-me como se fosse um robô sem bateria, isso foi uma sensação horrível. Sentir-me impotente.*

*Olhava em minha volta e via as pessoas movimentando-se rapidamente, sorrindo, felizes, pegando ônibus, etc... E eu ali, parada pensando: Será que vou conseguir fazer tudo aquilo novamente?*

*Sentia-me presa dentro de mim mesma, sem ter a chave para poder sair.*

*Olhava meus colegas gritando, chorando, e eu ali parada imóvel, tentando saber o que se passava dentro de mim. Por que não reagia? Onde foi parar toda aquela energia passada?*

*Todos nós usuários sabíamos que teríamos que esperar juntos. E ali ficamos esperando dias, meses, anos se passarem. E continuávamos com a medicação, alguns de nós conseguiram reduzir, outros não. Confesso que estou tendo uma melhora significativa. Espero continuar melhorando a cada dia. O que estou tentando fazer é traçar e alcançar novas metas para minha vida. Quero eu mesma conseguir me sentir curada, se possível.*

Quando Sandra conta sobre sua vivência, o adoecimento e o uso de remédios vêm juntos e, mais uma vez, vemos o enlaçamento destas experiências. Quando esse tema foi trabalhado nos GIs, com a ajuda do guia, os usuários, ao contextualizarem como iniciaram o uso de medicamentos, retomaram suas histórias de vida, as vivências que interpretam como início da doença e o início do uso dos medicamentos. Assim, aprendemos que, quando se traz a experiência de adoecer e receber tratamento, é difícil isolar a pessoa, sua história de vida e seu jeito de ser; os efeitos dos medicamentos e os sintomas da doença.

O modo como emergem os relatos sobre isso nos surpreendem e trazem nuances às vezes inacessíveis a nossa compreensão. A metáfora de sentir-se como um robô, por exemplo, foi também trazida por outros usuários, conforme podemos ler abaixo, aos quais Sandra nunca havia escutado quando da construção de seu escrito. Estes relatos nos conduzem à dimensão simbólica do uso de medicamentos e à singularidade de como ela se dá para cada um.

Em um dos GIs, um usuário fez uma longa fala acerca da sensação de que os remédios deixam o paciente “robotizado”, bloqueando as informações que ele poderia dar ao médico e ao mundo. Ele contou que, sem o remédio, não consegue entender algumas idéias. Mas o fato de a medicação ajudar no entendimento lhe faz questionar se ela também não está fazendo dele um robô. Por essas razões, ele questiona qual o direito que o médico tem de prescrever um remédio que pode dar outro rumo à pessoa e compara o ato de medicar a um tapa, que impede a reação de quem o recebe.

Em outro encontro, uma usuária deste mesmo grupo perguntou se o “remédio faz a gente se tornar outra pessoa”. Em seguida, contou sobre sua experiência:

\* *“O remédio que eu tomo de manhã dá calor, vontade de sair, passear, fazer um monte de coisa. Aí, eu estou aqui no CAPS e passa uma pessoa e fala que eu estou lá embaixo, passa outra e fala que estou lá em Madureira, passa outra e fala que eu estou no shopping. Eu estou em vários lugares e as pessoas estão me vendo, cada uma em um lugar.”*

Então a moderadora do grupo perguntou se ela tinha a sensação de que o remédio dá mais disposição, mas ela respondeu que não, pois “o remédio é como um tóxico”, e seguiu contando sobre essa experiência, a qual todos tiveram dificuldade de

compreender, de modo que, quando a pesquisadora fez a memória desse encontro, trouxe a seguinte ressalva: *“é difícil de relatar, sem organizar um pouco algo que ela descrevia de modo mais confuso”*.

Quando do surgimento deste relato no grupo, a trabalhadora que os acompanhava interrompe para explicar que ela imaginava que estava em muitos lugares, mas que se tratava de imaginação e que ninguém a via. A usuária recusa a explicação e retoma a fala acerca da experiência. A pesquisadora então coloca que ela estava contando algo que parecia confuso para os demais, mas que estavam percebendo que ela realmente se sentia em muitos lugares. Ela responde que era isso, que o remédio a fazia “estar” em muitos lugares e afirma, ainda, que sente que, quando toma o remédio, transforma-se, ficando parecida com um robô.

Apesar da singularidade das experiências e dos diferentes usos da metáfora do robô, ela não deixa de se repetir. Um robô não é humano, não tem sentimentos nem poder decisório, pois é programado para funcionar de uma determinada maneira. Sentir-se um robô parece significar sentir-se menos humano, sentir-se apartado das intensidades afetivas a que estamos expostos. Isso remete à atmosfera do admirável mundo novo de Huxley, quando o selvagem, ao se deparar com o uso de ‘soma’ e todas as outras precauções que a sociedade tomou contra os sentimentos, exclama: *“Mas eu não quero conforto. Quero deus, quero a poesia, quero o perigo autêntico, quero a liberdade, quero a bondade. Quero o pecado.”*

A metáfora do robô também remete a uma experiência de despersonalização, de desconexão de si, que se assemelha ao que os colegas do Canadá observaram como ‘entrave no trabalho sobre si’ produzido pela experiência de uso de medicamentos. Escutando-os, aos usuários de lá e de cá, a impressão que fica é de que acontece um distanciamento de si.

Trata-se de uma impressão, um ensaio interpretativo, pois vale manter o estranhamento e vestígios de incompreensão perante o relato dessas experiências. O enlaçamento entre história de vida, sofrimento, doença e uso de medicamentos se faz de uma forma singular a cada vez que uma pessoa fala sobre isso, daí a delicadeza da escuta, que pode indexar estes ditos a concepções prontas sobre uma das dimensões – sobre aquela pessoa, aquela doença, aquele remédio em uso – ou acolher o que há de absurdo e único na vivência de cada um e buscar sentidos singulares a cada vez.

## 6.2 SOBRE NÓS - ALGUNS AVANÇOS EM NOSSA METODOLOGIA DE TRABALHO

Sandra trouxe um segundo tema em sua apresentação - efeitos da participação na pesquisa e do encontro com a estratégia GAM.

### *Os grupos de intervenção GAM*

*Nesses meses que passaram pude perceber o quanto aprendemos e continuamos aprendendo com a GAM. Aprendemos sobre: medicação, direitos, deveres, cidadania, autonomia.*

*Saber compartilhar em grupos, debater, esclarecer dúvidas, ganhar autonomia, isso é algo grandioso e maravilhoso que transformou minha vida e também a de meus colegas.*

*Construindo o guia brasileiro - Pesquisar em grupo é uma conquista de autonomia e cidadania. Construindo o novo guia com a equipe composta de usuários, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos, residentes, enfermeiras e tantos outros que não tive a oportunidade de conhecer.*

*Olhando todas aquelas pessoas envolvidas com o mesmo objetivo de garantir que tenhamos uma qualidade de vida melhor, onde todos terão informações essenciais para que cada um de nós tenha uma vida mais digna, onde se possa fazer opções, obter esclarecimentos e debater sobre nossa medicação.*

*Nós obtivemos mais informações que desconhecíamos até então, sobre nossa medicação. Ganhamos mais confiança. Formamos um grupo muito unido, que durante esses meses, que convivemos juntos, conseguimos tirar nossas dúvidas e, na medida que o tempo passava, mais esclarecimentos fomos adquirindo sobre nossa medicação e sobre nós mesmos. Não sabíamos que éramos tão importantes e tão queridos por toda equipe da pesquisa. Nós nos sentimos muito amados (as), sabendo que as pessoas estavam ali para nos ouvir.*

*Ah! Como foi importante sermos ouvidos!*

*O que é maravilhoso é que estávamos falando a mesma língua, ou seja, direitos, deveres e cidadania que até então desconhecíamos. Foi uma conquista para nós*

*podermos participar de momentos tão marcantes e de um aprendizado tão rico para nós.*

*Esta frase é o melhor presente que ganhamos: “Sou uma pessoa, não uma doença”. Jamais esqueceremos!!!*

Sandra nos diz que pesquisar sobre os medicamentos tornou-se também uma pesquisa sobre si mesma, indicando que a ampliação de informações formais passou pelo conhecimento da própria experiência e resultou em um avanço em sua vida no sentido de uma melhora. Fala também em pesquisar junto e do nascimento de um ‘nós pesquisadores’, quando pudemos experimentar uma linguagem comum.

Quando era realizado o trabalho nos GIs, identifiquei um processo de tradução mútua, e, nesta altura do trabalho, Sandra fala do estabelecimento de uma linguagem comum – possivelmente relativa à apropriação de termos técnicos, que, além de ter encorajado a conversa com as equipes, produziu esse sentido de estar junto com os pesquisadores. Além disso, Sandra dá destaque ao vínculo e ao aspecto afetivo do encontro conosco, pesquisadores.

Ao longo deste encontro, encerrado pela apresentação de Sandra, avançamos na organização do modo como seguiríamos trabalhando. Não avançávamos apenas no encontro com a voz do usuário, mas também nos arranjos necessários para conseguirmos cada vez mais ‘pesquisar com’.

No primeiro dia de encontro, em que conversamos apenas entre a equipe brasileira, emergiram algumas observações e questionamentos sobre nossa metodologia, após a escuta da apresentação do Fernando e do Nilson e dos depoimentos espontâneos dos demais usuários presentes.

\* *Cada um mostrando que tem alguma estratégia pra lidar com a doença. Como trazemos isso pra academia? Pesquisa não sobre os outros, mas com os outros. Como que a gente consegue que isso entre na academia? Como que a gente faz dessa aliança um dispositivo que nos ajude a mudar todos envolvidos? (A)*

\* *Importância e riqueza desses momentos em que temos trazido os usuários pra academia. Devemos estar atentos em sustentar esse espaço, alcançar equilíbrio do conhecimento da academia e do conhecimento do usuário. Desafio da academia é de*



*sistematizar o conhecimento do usuário; o outro lado é o usuário produzir conhecimento de uma forma mais efetiva – é ser protagonista. (A)*

*\* Como vamos trabalhar essa nova metodologia? Produção do sujeito com a universidade; metodologia baseada nas próprias condições de vida do usuário. A ARUC é a própria metodologia de fazer pesquisa. (U)*

Essas reflexões permearam a sequência do nosso trabalho e continuamos nossa reunião com o tema “Aspectos de participação dos cidadãos no ARUC” – com apresentações sobre como vinha se organizando o comitê cidadão no Canadá e no Brasil. Havia ocorrido recentemente (agosto 2010) a primeira reunião do Comitê Cidadão para avaliação de projetos candidatos ao financiamento ARUC, a qual foi realizada com o suporte de três pesquisadores. O resultado desta primeira reunião nos surpreendeu, pois conseguimos avaliar dezesseis projetos em um dia<sup>35</sup>. Ainda assim, a continuidade do trabalho deste comitê era algo que nos interrogava. A participação dos usuários estava crescendo e instaurava-se um modelo de trabalho novo para todos nós, de modo que foi valioso para o grupo poder trocar idéias e propostas para continuarmos a construção coletivamente. Buscávamos caminhos para a expansão do saber e da participação.

Os usuários colocaram que, no início, seria importante a participação de pesquisadores nas reuniões do Comitê Cidadão, para ajudá-los na organização. A. (A) alertou que os pesquisadores deveriam participar, mas sem influenciar as decisões, uma ingerência difícil de controlar. À época pensou-se a participação dos pesquisadores como ‘secretários’<sup>36</sup> dos usuários, que colaborariam organizando horários e espaços de

---

<sup>35</sup> Ao longo desse dia, estivemos inicialmente todos juntos para estabelecer como trabalharíamos e decidimos dividirmo-nos em três grupos. Então, primeiramente estabelecemos a metodologia de avaliação, contemplando os critérios, se avaliaríamos por notas, etc. Depois avaliamos um dos projetos todos juntos para nos sintonizarmos e só então nos dividimos em três grupos, cada qual responsável pela avaliação de cinco projetos.

<sup>36</sup> De forma inspiradora, Lacan subverte a expressão ‘secretário do alienado’, cunhada pelo alienismo do início do século XIX com um valor negativo. Segundo Costa & Freire (2010), ela emerge no seminário sobre “as estruturas freudianas da psicose”, ministrado entre 1955 e 1956 e seus princípios parecem resistir aos deslocamentos e às mudanças de ênfase instituídas por Lacan nos diferentes períodos de sua elaboração teórica. Ele designou por meio desse termo coordenadas fundamentais para a posição ética do analista perante a psicose: *Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada. Não é por ter estado longe o bastante na sua escuta do*

encontro, redigindo atas e ensinando os usuários a registrarem suas discussões e encaminhamentos.

C. (A) contou que o Comitê Cidadão do Canadá, por exemplo, tomou a decisão de não aprovar projetos que se referenciassem em diagnósticos psiquiátricos, pois eram contra diagnósticos. Percebemos que, para chegar a esse tipo de posicionamento, um grupo precisa manter um trabalho continuado de construção coletiva. T. (A) falou da importância do fortalecimento do Comitê também para viver as trocas de saber e enfrentar idéias contraditórias, ouvir críticas e sugestões. Estas observações nos indicavam a necessidade de encontros mais frequentes, e assim decidiu-se que o Comitê encontrar-se-ia sempre no dia anterior às reuniões multicêntricas.

Assim, ao longo do ano de 2010, os usuários foram deixando de ser os sujeitos pesquisados dos GIs e tornando-se nossos colegas de pesquisa, ao colaborarem na construção do guia em nossas reuniões, ao construírem projetos de pesquisa, ao formularem e apresentarem seus próprios textos e, ainda, ao organizarem o modo como se daria o trabalho do Comitê Cidadão.

Nos dias de encontro do Comitê Cidadão, na maior parte das vezes, um turno era dedicado à pauta de assuntos livremente escolhidos pelos seus membros e outro turno para feitura do artigo sobre a participação dos usuários na pesquisa GAM, no que tange à etapa de campo e também à construção do guia nas reuniões multicêntricas.

Começamos pensando que seria um artigo escrito por usuários com a ajuda dos pesquisadores. Os usuários transmitiriam o saber de quem passou pela experiência de adoecer e receber tratamento na nossa rede pública de saúde, assim como as possíveis diferenças e inflexões surgidas a partir da participação na pesquisa. E os pesquisadores ofereceriam as ferramentas técnicas para que esse texto ganhasse visibilidade no meio científico.

Então, cada usuário interessado em participar da escrita fez um breve relato por escrito sobre sua experiência de participar da construção do GGAM. Nós líamos juntos cada texto, compartilhávamos nossas impressões a partir da leitura e então decidíamos onde colocar cada trecho dos textos no desenho de um artigo (introdução, objetivos, metodologia, discussão, conclusão), almejando um texto coletivo.

Ao longo de nossos encontros, percebemos que, em nossa caminhada, era impossível separar a experiência do usuário da do pesquisador e que precisávamos falar de nós e da experiência de encontro entre nossos saberes. Essa mudança de “nós (pesquisadores) ajudando eles (usuários) a contar a experiência deles”, para “nós (pesquisadores e usuários) contando a experiência do nosso encontro”, deu-se a partir de uma pergunta feita por um usuário em um dos nossos encontros para feitura do artigo: *“Mas pra vocês, pesquisadores, como foi trabalhar com a gente?”*

Ao retornar aos dados da pesquisa para construir esta dissertação, reencontrei uma pergunta feita por um participante do grupo canadense, na segunda videoconferência de 2010: *“Como reagem os pesquisadores diante desta prática nova, em que os usuários dão sua opinião, avaliam projetos de pesquisa?”*

E então percebi que a pergunta que Nilson trazia, quase um ano depois, era uma questão que retornava sobre nós com nova inflexão, e assim persistia. A mudança produzida na confecção do artigo, transformando seu objetivo, no sentido de divulgar a experiência e os efeitos do **encontro entre** pesquisadores e usuários na construção do GGAM, não parece suficiente para contemplar tudo o que a questão nos interroga.

No início deste trabalho, foi feito um paralelo entre os “nós” que agrupam pessoas num determinado lugar e “nós”, as pessoas que habitamos estes lugares. O agrupamento de pessoas não garante uma grupalidade, ou seja, não garante a feitura de um nó unificador ou a pertença a um “nós” que possibilita um plano comum.

Foucault (2004a[1984]) crê que o “nós” não deve ser prévio à questão, e que ele só pode ser o resultado, necessariamente provisório da questão. O autor relata que, quando escreveu a *História da loucura*, não estava certo de que havia um “nós” preexistente e acolhedor, ao qual bastaria que ele se referisse para escrever seu livro e do qual esse livro fosse a expressão espontânea. Mas o problema que se colocou para os leitores foi o de saber se era possível constituir um “nós” a partir do trabalho feito e que fosse capaz de formar uma comunidade de ação.

Conosco, algo semelhante veio a ocorrer. Ao iniciarmos a trajetória relatada neste trabalho, não imaginávamos onde iríamos chegar e com que resultados. Nós não sabíamos se o guia construído no Canadá faria sentido para as pessoas do Brasil, assim como não sabíamos o quanto enlaçaríamos a comunidade para construir com a universidade novos olhares, saberes e práticas em saúde mental.

O desenho inicial da pesquisa sobre a GAM previa a participação dos usuários apenas nos GIs, assim como o desenho da ARUC previa a existência de um Comitê Cidadão, mas não o modo com este iria operar. Boa parte do nosso caminho foi sendo construído ao andar e, a cada tempo, houve espaço para criação – cada um podendo dar um pouco de si e compor o conjunto de nós.

A aposta em um grupo de intervenção com o uso do Guia indicava, de saída, uma aposta de que o dispositivo grupal faz do Guia uma experiência que não se reduz ao instrumento em si, ou seja, de que o Guia sozinho não é potente para operar as transformações almejadas. Ainda assim, observou-se a importância da concretude do instrumento para o usuário, na medida em que ajudava a listar e, muitas vezes, a partir daí construir uma rede de apoio, assim como ajudava a pautar o processo de construção de uma discussão a respeito da cogestão da medicação. Foi possível usar o texto do guia estrategicamente, convidando os participantes a reescrevê-lo, tecendo juntos novos modos de lidar com a prescrição e o uso dos medicamentos.

Percebeu-se que a experiência de discussão sobre a medicação nos grupos possibilitou que os usuários experimentassem outra relação com o próprio tratamento, na direção de uma ampliação da clínica (CAMPOS, 2001), de um compartilhamento entre usuários e equipes de referência quanto a diagnósticos e condutas em saúde, no sentido da *participação e autonomia* em seus projetos terapêuticos. Ampliada e compartilhada, a clínica implica em construção conjunta de processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade, de forma participativa e negociada. Pensar uma gestão autônoma da medicação implica em considerar os usuários como protagonistas e corresponsáveis do processo de gestão dos medicamentos (da decisão de usar e do modo como usar).

Destacamos ainda os efeitos de formação do usuário através da vivência de todo processo de pesquisa relatado. Iniciada pela aplicação mesma do guia, deu-se através da linguagem escrita, que propiciou uma leitura em grupo através da qual cada um, e mesmo aqueles não letrados, puderam experimentar-se leitores. A participação subsequente de alguns usuários nas reuniões acadêmicas de suas cidades e nos encontros multicêntricos para construção do guia brasileiro e produção de artigos sobre essa experiência propiciou o contato desses usuários com discussões e conteúdos acadêmicos, o que permitiu radicalizar o objetivo da GAM de movê-los da posição de paciente no tratamento e, mais ainda, de objeto de investigação da pesquisa a

pesquisadores da própria experiência de adoecimento e tratamento, na medida em que passavam a compreender globalmente o processo de que fizeram parte.

Assim, procuramos demonstrar neste trabalho o quanto nossas reuniões acadêmicas não foram mais as mesmas. A diferença produzida neste âmbito foi poder produzir de um modo diferente, o que nos permitiu reduzir as distâncias entre a universidade e a comunidade, aproximando-nos dos serviços e de seus usuários, bem como das redes de saúde de alguns dos municípios envolvidos.

Almejou-se, assim, estabelecer uma trajetória metodológica em que o meio de realizar a investigação e seu fim fossem os mesmos: buscar desmentir, pelo gesto, o que o estigma diz quanto às possibilidades de participação, na produção de saber e cuidado, de pessoas que adoeceram. Revelou-se possível pesquisar e cuidar, mantendo relações horizontais entre os tão diferentes sujeitos envolvidos com o objetivo comum de produzir saúde. Podendo assim a pesquisa-intervenção operar como uma tecnologia de cuidado e nascerem questões relativas à interlocução entre pesquisa e clínica.

Os usuários que seguem conosco e constituem o Comitê Cidadão, até a conclusão deste escrito, são os mesmos que vieram de alguns GIs e, mais tarde, do IPUB. Essa constância tem sido relevante para o nosso trabalho, pois favorece que ele avance, na medida em que todos vêm sendo formados desde a mesma perspectiva, tendo adquirido um conhecimento comum.

A continuidade da participação de nossos companheiros explicita também a qualidade do vínculo que conseguimos construir. Entre todos nós, construiu-se um coletivo organizado para a produção de saber e novas práticas no campo da saúde mental que favoreçam o surgimento de sujeitos ativos, capazes de manter o gesto criativo que nasce em relação.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho, ocupamo-nos da experiência nascente de pesquisar com alguns usuários da rede pública de saúde mental, tendo como objetivo trazer o que emergiu na voz dos usuários ao longo deste período e quais aspectos acerca da experiência de adoecer e receber tratamento foram destacados por eles. O que os usuários nos disseram é inseparável da trajetória de pesquisa em que seus relatos emergiram, por isso trouxemos o modo como trabalhamos e os avanços em nossa metodologia que fomos desenvolvendo nessa caminhada.

As diretrizes atuais para o cuidado em saúde mental estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em consonância com o ideário da Reforma Psiquiátrica e as propostas da Organização Mundial de Saúde, propõem a participação dos usuários na gestão dos serviços, assim como nos rumos de seus tratamentos. Porém, a ocorrência de fato desta participação revelou-se algo ainda a se conquistar.

Nesta investigação, buscamos uma radicalização da participação dos usuários no âmbito da pesquisa: inicialmente sujeitos pesquisados, os usuários foram tornando-se pesquisadores. Já em um dos nossos primeiros encontros, no lançamento da ARUCI, Nilson trouxe que “quem mais sabe da doença somos nós mesmos, nos momentos difíceis o médico não está lá”. Foi esse saber que se buscou conhecer: o saber de quem passa pela experiência estudada.

Uma das primeiras descobertas que tivemos no encontro com os usuários, ainda nos grupos de intervenção, foi o quanto eles têm constrangimento em levar alguns assuntos para a conversa com os profissionais que os atendem. A proposta de diálogo e reflexão sobre o tema dos direitos e das medicações foi uma novidade para os usuários e também para os serviços. Os usuários, primeiramente, não entendiam que proposta era essa de negociar com os profissionais. As equipes, por sua vez, ficaram em alguns momentos incomodadas pelas reações dos usuários, que passaram a buscar mais informações sobre os medicamentos que tomavam e a solicitar algumas mudanças. Então, ao mesmo tempo em que propúnhamos participação, através do desenho mesmo da pesquisa íamos notando os limites da participação nos serviços.

Os pontos que os usuários destacaram a partir dos vários temas disparados pelo guia e demais discussões acadêmicas que seguiram à etapa de campo, ou seja, os temas que eles seguiram pautando e trazendo em suas apresentações formais revelaram-se pontos nodais para o campo da saúde mental. Foi desconcertante perceber o quanto aspectos fundamentais da relação terapêutica passam despercebidos no cotidiano dos serviços, como a já citada dificuldade de comunicação, as dúvidas e confusões acerca do uso de medicamentos que parecem naturalizadas.

Um dos desafios mais complexos apontados pelos usuários foi a dificuldade de acesso ao trabalho – complexo porque envolve vários setores da sociedade. Mas, ainda assim, eles não deixaram de dar suas idéias e falar sobre caminhos que lhes parecem possíveis com a ajuda de alguém.

A relação com o uso de medicamentos psiquiátricos, tema proposto pelo GGAM, revelou-se também um tema de interesse dos usuários, que, mesmo após o término dos GIs, seguiram trazendo-o para nossas conversas. Esperamos que a problematização do uso, com a explicitação de suas nuances no cotidiano das pessoas que os utilizam, tenha colaborado para uma atenção maior a este aspecto do tratamento.

Assim como restaram para os usuários aspectos incompreendidos sobre o conteúdo do guia, para nós, pesquisadores, restam lacunas de incompreensão acerca do que nos disseram os usuários. Esperamos que para o leitor também. Pois uma compreensão integral não passaria de mera ilusão. Sempre restam distâncias, e elas mobilizam nosso pensar. Ainda me pergunto o que Fernando quis dizer quando propõe ‘trabalhar o irracional’. Porém, o que a razão não alcança e assim não cristaliza em alguma interpretação amplia-nos o pensamento, levando-nos a imaginar algo ali onde não compreendemos. Com a continuidade da vontade de aprender juntos, é possível retornar a algumas conversas e perguntar o que se queria dizer, efetuando um gesto que reconhece a diferença do outro.

Do início ao fim deste trabalho, foi abordada a relação com as diferenças do outro, e a nossa expectativa é que a aceitação de não compreender tudo até o fim tenha deixado espaço para novas reflexões e perguntas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L., TEIXEIRA, E. R. *Aspectos metodológicos do estudo transdisciplinar e da psicossomática no cuidado com o corpo*. In: TEIXEIRA, E. R., (org.). *Psicossomática no cuidado em saúde: atitude transdisciplinar*. São Caetano do Sul: Yen-dis, 2009. p 69-89.

AMARANTE, P. A *(clínica) e a reforma psiquiátrica*. In: AMARANTE, O. (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003a.

AMARANTE, P. (Org.). *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003b.

AUGÉ M. *Não-lugares: introdução a uma antropologia de supermodernidade*. Tradução de Maria Lúcia Pereira. Campinas: Papirus; 1994.

BARROS, R. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas e Tempos Neoliberais. In: *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2003, p. 196-206.

BARROS, R. ET AL. *A desinstitucionalização da loucura, os estabelecimentos de cuidado e as práticas grupais*. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. C. B (Org). *Clio-Psyché Hoje: Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, p. 65-70.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1935. Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Diário Oficial da União, 16 set. 2004.

BRUM, E. *A prisão da identidade*. Revista Época. 2011. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/noticia/2011/08/prisao-da-identidade.html>. Acesso em: 10 de Nov. 2011.

CAMPOS, G.W.S. *Gestion en salud, en defensa de la vida*. Tradução de Asia Testa. Buenos Aires: Lugar Ed., 2001, 253 p.

CAMPOS, G. W. de S. *Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas*. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E. & BENEVIDES, R. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

CANESQUI, A. M. *Vinte cinco anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1965-1990*. Caderno de palestras proferidas por ocasião da comemoração dos 25 anos do DMPS/FCM. Campinas, n.1 p. 11-21, 1990. Disponível em <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/departamentos/departamento-de-medicina-preventiva-e-social> acesso em 29/10/2011.

CERTEAU, M. *História e Psicanálise – entre ciência e ficção*. São Paulo: Editora Autêntica, 2011.



COLLIN, J. *L'accroissement du recours aux médicaments psychotropes : de la maladie au «mal de vivre »*, Pharmacologie et santé mentale, Équilibre, Association canadienne de santé mentale, 2006.

COLLIN, J., *Observance et fonctions symboliques du médicament*, Gérontologie et société, 103,141-161, 2002.

COSTA, C. A. R. FREIRE, A. B. *Lacan, secretário do alienado*. Mental, vol. 8, nº 14, Barbacena, 2010.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo. Brasiliense, 1988.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Acerca do ritornelo*. In: Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia, vol.4. São Paulo: Ed. 34, 1997.

ÉRASME / RRASMQ. *L'émergence et le développement en partenariat d'une nouvelle approche en santé mentale : la gestion autonome de la médication, rapport de recherche par Rodriguez, L. et Poirel, M.-L.*, disponible au RRASMQ. 2003.

FERNANDES M.I.A. *Saúde mental: a clausura de um conceito*. Revista USP. 1999; 43: 90-9.

FOUCAULT, M. *A escrita de si*. (1983) In: MOTTA, M. B. da (organização e seleção de textos), Ética, sexualidade, política; (Ditos e escritos V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

\_\_\_\_\_. *História da loucura na idade clássica*. (1961) 5ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva.1997.

\_\_\_\_\_. *O poder psiquiátrico*. (1973-1974) São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. *Polêmica, política e problematizações*. (1984) In: MOTTA, M. B. da (organização e seleção de textos), Ética, sexualidade, política; (Ditos e escritos V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

FREUD, S. *O mal-Estar na civilização* (1929) (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago, (1996).

FURTADO, J.P. *Um método construtivista para a avaliação em saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, 6(1):165-182, 2001.

GADAMER, H G. - *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

GAMA C. A. P. *Agorafobia: um estudo psicanalítico: as relações entre o espaço e a subjetividade humana*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: PUCSP; 2001.

GAMA C. A. P. *Saúde mental na atenção básica: As relações entre a subjetividade e o território*. Tese (Doutorado). Campinas: Unicamp, 2011.

GORENSTEIN, C. & SCAVONE, C. *Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21 (1), 1999.

HIRDES, A. *Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão*. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (1): 165-171, 2009.

HOUAISS, A. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. Editora Objetiva, 2009.

HULL, S. & AQUINO P. *Explaining variation in antidepressant prescribing in east London: a cross sectional study*. Brit Jour Psychiatry. 2006.

HUXLEY, A. *Admirável mundo novo*. São Paulo: Globo, 2009.

JACKSON, A. Y. & MAZZEI, L. A. (Orgs.). *Voice in qualitative inquiry – Challenging conventional, interpretive, and critical conceptions in qualitative research*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 2009.

KASTRUP, V. *O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo*. Psicologia e Sociedade, 19(1), 2007, p. 15-22.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. *Saúde Mental e Saúde Coletiva*. In: CAMPOS, G. de S. et. al.(Org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2007. p.615-634.

L'ABBATE, S. *Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional*. In: BARROS, N.; CECCATI, JG & TURATO, ER - Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares. Campinas, FCM/UNICAMP, 2005: 235-246.

MAIRESSE, D. & FONSECA. T. M. G. *Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar*. Psicologia em estudo, vol. 7, nº 2, Maringá, 2002.

MERHY, E. E. *Saúde – a cartografia do trabalho vivo*. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001, *Transformation des services en santé mentale*. État d'avancement du plan d'action de décembre 1998, Québec.

MIRANDA, L. et al. *Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa*. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E. & BENEVIDES, R. Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

MONTE, M., ANTUNES, A., BROWN, C. *Um a Um*. In: Tribalistas. Phonomotor records, 2002.

NOLL, J. G. *Orde*. Brasília: Editora Francis, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental : Nova concepção, nova esperança*. 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. T. *Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental*. Saúde em debate, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. *Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, 2012.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. *Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*. (mimeo) 2008.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. *Pesquisa Avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos. Relatório Final*. (mimeo) 2011.

PAIVA, I. *Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

PALOMBINI, A. de L. *O rei está morto, viva o psiquiatra! Dispositivos de poder, psicanálise e loucura*. In: A Masculinidade. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Número 28. Porto Alegre: APPOA, 2005.

PALOMBINI, A. de L. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

PASSOS E., & BARROS R. *A cartografia como método de pesquisa-intervenção*. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. DA. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia – Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009a.

\_\_\_\_\_ *A Construção do Plano da Clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. IN: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, jan/ abr vol.16,n.1, 2000, p. 71-79.

\_\_\_\_\_ *Clínica e Política na Experiência do Contemporâneo*. *Psicologia Clínica*. 13(1): 89-100, 2001.

\_\_\_\_\_. *Por uma política da narratividade*. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. DA. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia – Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009b.

PASSOS, E. & EIRADO, A. do. *Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador*. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. DA. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia – Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E. & PITOMBO, L. *Alguns aspectos da relação entre a história e a clínica no movimento da reforma psiquiátrica*. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. de B. C. (Org.). *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2003. p. 217-224.

PAULON, S. M. & ROMAGNOLI, R. C. *Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos*. In: *Estudos e pesquisas em psicologia*, UERJ, RJ, Ano 10, n.1, pg. 103-117. 2010.

PELBART, P. P. *Manicômio mental – A outra face da clausura*. In: LANCETTI, A., organizador. *Saúde e Loucura v.2*. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. P. 132 – 140.

\_\_\_\_\_. *A Nau do Tempo-Rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

RIBEIRO, M. A. *Trabalho e loucura: possibilidades de carreira para pessoas em situação psicótica*. *Mental*, ano VII, nº 12, Barbacena, JAN-JUN, 2009.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. & AMORIN, P. *Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1615-1625, 2010.

RODRIGUEZ L. et DROLET, M., *Évaluation de la gestion autonome de la médication du point de vue des personnes usagères : Étude exploratoire*, rapport de recherche, ÉRASME/RRASMQ, 2004.

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., GUAY, L. *La thérapie alternative: se (re)mettre en mouvement*. *Les ressources alternatives de traitement, Santé mentale au Québec / RRASMQ*, 49-94, 2000.

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., POIREL, M.-L., , *Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée*, *Revue québécoise de psychologie*, XXII, nº 2, 201-223, 2001.

ROLNIK, S. *Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização*". In *Cultura e subjetividade. Saberes Nômades*, org. Daniel Lins. Papirus, Campinas 1997; pp.19-24.

ROLNIK, S. & GUATTARI, F. *Micropolítica e cartografia do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. *A cartografia e a relação pesquisa e vida*. *Psicologia & Sociedade* 21 (2): 166-173, 2009.

RRASMQ-ÉRASME. *Repères pour une Gestion autonome de la médication en santé mentale. Guide d'accompagnement*, Montréal, 2006.

SANDER, Jardel. *A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos*. *Psicol. Soc.* vol.22 n° 2 Florianópolis, 2010.

SARACENO, B. *Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 1999.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica da programação*. São Paulo: Hucitec, 1994.

TORRE, E. H. G. & AMARANTE, P. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. *Ciência & Saúde coletiva* 6(1):73-85, 2001.

TURMEL, F. *Psychopharmacologie et utilisation de la médication dans un centre psychanalytique de traitement de psychotiques*. In : APOLLON, W. et al., *Traiter la psychose*, Québec, Éditions du Gifric, 1990, p. 161-169.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais, v.1: história, teoria e prática no campo*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

WINNICOTT, D. *Psicose e cuidados maternos*. In:\_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000c, p.305-315. Trabalho originalmente publicado em 1952.

YASUI, S. *Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZARIFIAN, É., *Des paradis plein la tête*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1994.



## ANEXO I

### **Aliança Internacional de Pesquisa Universidade e Comunidade – Saúde Mental e Cidadania – ARUC I**

A **ARUC I** é uma aliança entre diversas entidades tanto de ensino como comunitárias<sup>37</sup> com a duração de 5 anos e visa a pesquisa sobre a temática da saúde mental e cidadania, a formação de pesquisadores e a transferência de tecnologia para a comunidade e serviços de saúde a partir de projetos conjuntos com financiamento internacional.

A ARUC nasceu do encontro de pessoas comprometidas com a luta contra a exclusão de pessoas com transtornos mentais graves e com pesquisas inovadoras centradas na perspectiva dos envolvidos, como as pessoas que sofreram de transtornos mentais graves e estão agrupadas na Associação dos usuários de serviços de Saúde Mental da região de Quebec – APUR e de Campinas – AFLORE.

A missão da ARUC é a alteração do destino consignado às pessoas que vivem com problemas de saúde mental; a passagem dos usuários de seres passivos, objetos de tratamentos psiquiátricos submetidos à exclusão, a condição de cidadãos ativos que exercem seus direitos e possuem acesso à uma vida de qualidade; avançar em conhecimentos, em difusão, transferência de conhecimentos e inovação das práticas em saúde.

Os objetivos da ARUC são: Compreender melhor os processos envolvidos na sustentação dentro da comunidade; avaliar as organizações e práticas comunitárias a partir de critérios de qualidade que têm sustentação a partir dos pontos de vista das pessoas e dos grupos envolvidos; tornar-se espaço de pesquisa, espaço de formação e de inovação social.

A ARUC visa à formação de pesquisadores sensíveis à pluralidade narrativa; treinados na produção de evidências que não se assentam unicamente num padrão estatístico de apresentação e a diferenciação em relação à ciência hegemônica atual e a importância dos métodos de pesquisa inclusivos.

A ARUC divide-se em três eixos de pesquisa: Eixo 1: Condições de vida, transformação de experiências e estratégias de existência. Eixo 2: Transformação de políticas, serviços e práticas. Eixo 3: Ação e práticas cidadãs.

A governança da ARUC é realizada com a coordenação da Professora Lourdes Rodriguez Del Barrio, no Canadá e da Professora Rosana Onocko Campos e Nilson Souza do Nascimento, no Brasil que contam com o apoio dos Comitês Gestor, Científico e Cidadão para a tomada de decisões referentes ao convênio.

---

<sup>37</sup> Todas as instituições apresentadas no anexo II fazem parte da ARUC entre muitas outras, a relação completa dos parceiros do projeto encontra-se no endereço: <http://www.aruci-smc.org/fr/membres/partenaires/organismes-communautaires/>

## ANEXO II

Apresento as pessoas e instituições a partir do modo como elas se apresentaram em espaços institucionais (sites dos estabelecimentos, site da ARUC e plataforma lattes).

### **Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Instituto de Psicologia, Programa de Pós graduação em Psicologia Social e Institucional, Grupo de pesquisa coordenado pela Professora Analice Palombini.**

A **UFRGS**, com sede em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, é uma instituição centenária, reconhecida nacional e internacionalmente. Ministra cursos em todas as áreas do conhecimento e em todos os níveis, desde o Ensino Fundamental até a Pós-Graduação. (<http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/apresentacao> acesso em 27/10/2011).

O **Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional** tem por objetivos a formação de docentes e pesquisadores e a produção de conhecimentos sobre os processos de subjetivação contemporâneos. A denominação Psicologia Social e Institucional busca enfatizar a reciprocidade entre ciência e contexto social expressa nas diferentes práticas e discursos institucionais. O Mestrado iniciou suas atividades em março de 1998, já tendo formado 150 mestres. (<http://paginas.ufrgs.br/ppgpsi/> acesso em 27/10/2011)

**Analice Palombini** possui graduação em Psicologia pela UFRGS (1983), mestrado em Filosofia pela mesma universidade (1996) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2007). É docente do Instituto de Psicologia da UFRGS, com atuação junto ao curso de graduação em Psicologia e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Participa da coordenação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva e Curso de Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva, vinculados ao Núcleo de Educação em Saúde da Faculdade de Educação da UFRGS. É pesquisadora e membro do Comitê Gestor da Associação de Pesquisa Universidade-Comunidade Internacional Convênio Brasil-Canadá (ARUC-I Brasil-Canadá), sob coordenação da Dra. Rosana Onocko Campos, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental coletiva, reforma psiquiátrica, acompanhamento terapêutico, psicanálise, cidade. É autora, junto com outros colaboradores, do livro: Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento, 2a. edição, editora UFRGS, 2008. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4700212D9> acesso em 27/10/2011).



**Universidade Federal Fluminense – UFF, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Grupo de pesquisa coordenado pelo professor Eduardo Passos.**

A UFF, com sede em Niterói no Estado do Rio de Janeiro. Possui um total de 79 departamentos de ensino e, na pós-graduação, tem 131 cursos. ([www.uff.br](http://www.uff.br) acesso em 27/10/2011).

O Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Psicologia iniciou suas atividades em 1999 inicialmente com o Curso de Mestrado. A primeira turma de Doutorado ingressou no curso no ano de 2008. A área de concentração "Estudos da Subjetividade" reúne duas linhas de pesquisa: "Clínica e Subjetividade" e "Subjetividade, Política e Exclusão Social". ([WWW.slab.uff.br](http://WWW.slab.uff.br) acesso em 27/10/2011).

**Eduardo Passos** possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1981), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1986) e doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992). Foi consultor do MS para a implantação da Política Nacional de Humanização do SUS (2003-2008) e realizou consultoria junto ao International Center for AIDS Care and Treatment Program do Mailman School of Public Health da Universidade de Columbia (EUA) (2008-2009). É professor associado II do departamento de Psicologia da UFF. Tem experiência na área de Psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas de saúde, cognição e subjetividade. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4786769U2> acesso em 27/10/2011).

**Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Instituto de Psiquiatria - IPUB**

A UFRJ, também denominada Universidade do Brasil, localizada principalmente na cidade do Rio de Janeiro, mas atua em dez municípios. Foi criada no dia sete de setembro de 1920, com o nome de Universidade do Rio de Janeiro. (<http://www.ufrj.br/> acesso em 27/10/11).

O IPUB foi criado em agosto de 1938 quando foi transferido o Instituto de Psicopatologia e Assistência a Psicopatas para a Universidade do Brasil. Ou seja, é herdeiro de um antigo hospício. Hoje é um órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde e tem por finalidade desenvolver em nível de excelência, atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência no campo da Psiquiatria e Saúde Mental. Tem marcado sua atuação como uma unidade de pesquisa, ensino de pós-graduação e especialização e como centro gerador de estudos multidisciplinares no campo da Psiquiatria e Saúde Mental.

As atividades de ensino e assistência recebem financiamento através do Sistema Único de Saúde e do Ministério da Educação e em suas instalações conta atualmente com duas enfermarias (feminina e masculina), ambulatório de adultos, infanto-juvenil e de tratamento do idoso, hospital-dia para adultos e em 2006 foi inaugurada a unidade de

atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, dando seguimento ao programa de álcool e drogas em funcionamento há 10 anos. Além das suas instalações no Campus da Praia Vermelha da UFRJ, o Instituto de Psiquiatria conta também com três unidades de moradia assistida. (<http://www.ipub.ufrj.br/portal/institucional/historia> acesso em 27/10/2011).

**Erotildes Maria Leal** possui Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (1985), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1994), doutorado Ciências da Saúde (área da Saúde Mental) IPUB-Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999), pós doutorado na área de drogas e saúde pública pela Universidade de Toronto/CICAD. Trabalhou com programas de Residência em Psiquiatria e Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro (1996 a 2005) Foi professora visitante, nível de Professor Adjunto I, pelo período de março de 2005 a fevereiro de 2007, junto ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina, lotada no Instituto de Psiquiatria IPUB, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente: a) professora adjunta do curso de Medicina da UFRJ - campus de Macaé - aprovada em concurso público em 03/07/09, área de antropologia e saúde; b) professora associada da pós graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, linha de pesquisa Gestão e subjetividade: estudos das práticas e políticas de saúde (desde 26/09/2008). Tem experiência na área de Saúde Mental e Psiquiatria, atuando principalmente nos seguintes temas: psiquiatria no âmbito da saúde pública, psicopatologia, subjetividade, alucinação auditiva verbal, fenomenologia e Clínica dos serviços extra hospitalares, álcool e drogas. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4728199Y8> acesso em 27/10/2011).

**Octavio Domond de Serpa Junior** possui graduação em Medicina pela UFRJ (1985), mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela UFRJ (1992), doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela UFRJ (1997) e pós-doutorado no Centre de Recherche en Epistémologie Appliquée/Ecole Polytechnique (2006/2007). Atualmente é professor-adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Psicologia, Saúde Mental e Psiquiatria, com ênfase em Psicopatologia, atuando principalmente nos seguintes temas: psiquiatria, psicopatologia, subjetividade, alucinação auditiva verbal, esquizofrenia, fenomenologia, filosofia da mente e psicanálise. (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4790033Z5> acesso em 27/10/2011).

**Júlio César dos Santos Andrade** é membro do Comitê Cidadão da ARUC e usuário do IPUB há oito anos. Ele procura reconstruir sua cidadania através da participação em atividades geradoras de renda. Possui formação em informática, gosta de tocar gaita de boca, tem a música como sua companheira e já participou de uma novela brasileira. (<http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/julio-cesar-dos-santos.andrade/> acesso em 29/10/2011)

**Elizabeth Sabino dos Santos**

<http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/elizabeth.sabino-dos-santos/> acesso em 29/10/2011

**Universidade estadual de Campinas – Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas – FCM, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Grupo de pesquisa Saúde coletiva e saúde mental: Interfaces**

A **Unicamp** possui [22 institutos ou faculdades](#), que estão em sua maior parte no campus de Barão Geraldo, em Campinas, dentre elas a **Faculdade de Ciências Médicas**. Em Piracicaba funciona a Faculdade de Odontologia de Piracicaba e em Limeira a Faculdade de Ciências Aplicadas ([FCA](#)) e a Faculdade de Tecnologia ([FT](#)). (<http://www.unicamp.br/unicamp/> acesso em 29/10/2011).

O **Departamento de Medicina Preventiva e Social**, fundado em março de 1965, fez e faz parte do "Movimento Sanitário" nacional, que nasceu em alguns departamentos de Medicina Preventiva. Foi este Movimento um dos protagonistas das grandes mudanças constitucionais, há pouco conquistadas na formação do Sistema Único de Saúde - SUS (CANESQUI, 1990).

O Grupo de pesquisa **Saúde coletiva e saúde mental: Interfaces** é um espaço que busca articular estudo, reflexão, pesquisa e formação. Desenvolve pesquisas na interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental. Realiza discussões teóricas sobre a temática das políticas públicas de saúde mental, com ênfase na avaliação de Caps (Centros de Atenção Psicossocial) e dos novos arranjos na organização da atenção básica em saúde. Sistematização de discussão metodológica na linha de pesquisa qualitativa, participativa e de abordagem hermenêutico-narrativa.

([http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude\\_mental/index.php](http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/index.php) acesso em [30/10/2011](#))

**Rosana Tereza Onocko Campos** possui graduação em Ciências Médicas pela Universidade Nacional de Rosário (1986), mestrado em Saúde Coletiva pela Unicamp (1998) e doutorado em Saúde Coletiva pela Unicamp (2001). Desde 2004 é professora RDIDP da Unicamp e coordena o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos seguintes temas: saúde coletiva, gestão e subjetividade, saúde mental, planejamento em saúde e políticas públicas, avaliação de políticas e serviços. Foi assessora da Política Nacional de Humanização em seus primórdios e da Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS. Participa ativamente da formação de médicos e é Supervisora dos Programas de Aprimoramento em Saúde Mental e em Planejamento e administração de serviços de saúde, desde 1998. Coordena o grupo de pesquisa Saúde Coletiva e saúde mental: Interfaces desde 2003. É responsável pela Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do estado de São Paulo (financiamento FAPESP) e coordena o projeto Alliance de Recherche Université et Communauté ARUC no Brasil (financiamento IDRC). Além disso, é orientadora de mestrado e doutorado.

(<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4769610Z8> acesso em 30/10/2011)

### **AFLORE - Associação de familiares, usuários e amigos dos serviços de Saúde Mental de Campinas<sup>38</sup>**

A **AFLORE** é uma associação sem fins lucrativos, que visa promover benefícios aos portadores de transtornos mentais, família e comunidade, capacitar, orientar e fazer parcerias em busca de bem estar social e luta pelos direitos. Surgiu em 02 de dezembro de 2005 a partir da iniciativa de familiares, usuários e profissionais que manifestavam interesses e desejo por uma melhor causa da Saúde Mental. Em 23 de outubro a Lei Municipal nº. 13.447(Campinas) a declara Órgão de utilidade pública. Reconhecida pela 2ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Campinas, em abril de 2010.

A AFLORE é constituída por uma Diretoria e um Conselho Fiscal. É regida por um estatuto e a Assembléia Geral é o órgão soberano da Instituição. Quinzenalmente acontece reuniões para planejar e executar ações que visem atingir suas finalidades: Implementar programas; promover eventos; promover cursos e seminários; promover ética, paz e cidadania; promover o direito dos usuários do sistema de saúde mental, à convivência, solidariedade, felicidade, ao trabalho e outros valores universais. Seus benefícios são: Conscientização, aprendizado, integração, cidadania, desenvolvimento e saúde.

Algumas atividades em que a AFLORE tem participado:

Pesquisa junto a ARUC Brasil/ Canadá - Aliança de Pesquisa entre Universidade e Comunidade – realizando pesquisas junto à comunidade na área da saúde mental, de modo que seja o estudado o sujeito e não mais a doença. UNICAMP, UFF, UFRJ e URGS e outros parceiros.

Participação em encontros e atividade de Educação Popular: Encontro regional sudeste de Educação Popular e Saúde realizado no Rio de Janeiro em Maio de 2010 e Encontro Nacional da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS realizado em Goiânia em julho de 2010.

Fórum Paulista da Luta Antimanicomial instância estadual de organização do Movimento da Luta Antimanicomial (MNLA) foca sua luta nos direitos humanos das pessoas com sofrimento psíquico propondo a reflexão sobre quais as alternativas em nossa sociedade para o tratamento da Saúde Mental.

Fórum dos Conselhos de Saúde Mental de Campinas que discute as políticas públicas de saúde em Campinas, fortalecendo a atuação dos conselhos e a organização dos serviços de Saúde Mental.

Palestras e cursos em Universidades, atuação junto aos movimentos sociais da saúde como o CEBES e participação no Grito dos Excluído.

---

<sup>38</sup> E-mail para contato: [associacaoaflore@gmail.com](mailto:associacaoaflore@gmail.com)

Projeto Guia do Usuário de Saúde Mental - **GUSM** (sob chancela ARUC), que tem como objetivos principais: Potencializar a autonomia dos usuários frente ao seu tratamento a partir da ampliação de seu poder contratual, possibilitado através do aumento de sua compreensão global acerca de seu tratamento e do funcionamento dos serviços da rede municipal de saúde mental. Dar suporte aos usuários, a partir da participação nos grupos, para adquirirem melhor compreensão sobre seu problema de saúde. Discutir diferentes formas de tratamento em saúde mental, práticas internas e externas às desenvolvidas nos serviços de saúde mental, tais como práticas intersetoriais e de outros serviços da rede de assistência em saúde mental como os Centros de Convivência<sup>39</sup>, Unidades Básicas de Saúde e Oficinas de Geração de Renda. Fortalecer, através das discussões nos grupos, o usuário da saúde mental enquanto ator social e agente fundamental para o controle social dos serviços de saúde mental em que estão inseridos e o incentivo para que estes possam também participar de outros fóruns de discussão e controle social da rede municipal saúde. Difundir e levar ao conhecimento de um maior número de usuários dos serviços de saúde mental de Campinas a missão e os objetivos da AFLORE, enquanto agente promotor de debates, reflexão, regulação e construção de políticas públicas de saúde mental no município.

Abaixo os membros da AFLORE que estiveram mais próximos na construção desta dissertação e que fazem parte também do Comitê Cidadão ARUC.

**Nilson Souza do Nascimento** é coordenador da ARUC juntamente com a Profa. Rosana Onocko Campos e presidente da AFLORE. Formado em Ciências Sociais e especialista em políticas públicas para o meio ambiente, conselheiro de saúde mental dos Conselho e Fórum Municipal de Saúde de Campinas. (<http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/nilson.souza-do-nascimento/> acesso em 30/10/2011)

**Renato Félix Oliveira**, <http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/renato.felix-oliveira/>

**Luciano Marques Lira** realiza o programa de rádio “Maluco Beleza”, da Rádio do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, é conselheiro de saúde da região sudoeste de Campinas. Recebe tratamento em saúde mental há dezesseis anos, atualmente usuário do Caps Novo Tempo, em Campinas. <http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/luciano-marques.lira/>

**Fernando Medeiros** é usuário do Caps David Capistrano e frequenta a Oficina de geração de renda grupo de culinária, no Centro de Convivência “Tear das artes”. <http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/fernando.medeiros/>

**Amauri Nogueira** é usuário do Caps AD<sup>40</sup> Independência. <http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/amauri.nogueira/>

<sup>39</sup> Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Mais informações Portaria nº 396 de 07 de Julho de 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>

<sup>40</sup> O Caps AD compõe a rede de atenção à pessoas com transtorno decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas.

## Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS: Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1) acesso em 30/10/2011)

São regulamentados pela portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

([http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Portaria_336.pdf) acesso em 30/10/2011)

**Campinas** é uma cidade com 1.073.020 habitantes e possui hoje nove CAPS: seis CAPS III de adultos, dois CAPS Álcool e Drogas (AD) e um CAPS infantil. A cidade abandonou a aposta em CAPS II, e a totalidade dos CAPS para adultos possui leitos para internação breve e territorial. São 48 leitos nos próprios CAPS e 10 leitos de retaguarda para os CAPS AD em outra sede física. Além de serem responsáveis pela gestão dos leitos-noite, os CAPS funcionam como serviço de referência para 38 Serviços Residenciais Terapêuticos, com 106 moradores egressos de instituições psiquiátricas. ([www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude), acesso em 26 de fev. de 2008).

Metade das 60 unidades básicas de saúde da cidade possui equipes de saúde mental territoriais, compostas de psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, totalizando 98 profissionais em toda a rede básica, que se dividem entre atividades ambulatoriais e de apoio às equipes de saúde da família. Na Urgência e Emergência, o município conta com dois pronto-socorros psiquiátricos e com psiquiatria pré-hospitalar 24h, lotada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Este serviço, com psiquiatras,

realiza atendimentos domiciliares em situações de crise para detecção e tratamento, além de auxiliar na facilitação dos fluxos da Rede.

Além disso, o município conta com 11 centros de geração de renda e convivência, que trabalham na lógica da criação de inclusão social e de políticas de geração de renda em parceria com os serviços de saúde. Quanto à rede de internação psiquiátrica, somam-se 80 vagas hospitalares divididas entre os três hospitais gerais e um hospital psiquiátrico. Toda a rede de internação municipal é controlada por uma central reguladora única que, juntamente com a diversidade da rede substitutiva, reduziu a internação hospitalar anual em Campinas de 1268 em 2001 para 345 em 2007 (Campinas, 2007).

O **Rio de Janeiro** tem uma população de 6.136.652 habitantes, o município conta atualmente com 11 Centros de Atenção Psicossocial II, 3 Centros de Atenção Psicossocial Infantil e 2 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, distribuídos entre oito das dez Áreas Programáticas da Cidade. A rede ambulatorial conta com 53 dispositivos e alguns ambulatorios vinculados às estruturas hospitalares.

O atendimento de urgência e emergência está organizado em três Pólos de Emergência. A internação de curta ou média permanência pode ser feita em quatro hospitais psiquiátricos públicos e seis hospitais psiquiátricos da rede contratada pelo SUS. No eixo da política de inserção social, conta-se com 31 Serviços Residenciais Terapêuticos e 16 Moradias Assistidas, o que perfaz o total de 146 usuários, vindos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, em acompanhamento contínuo na comunidade por equipes de seguimento.

**Novo Hamburgo** é uma cidade de porte médio do Rio Grande do Sul com 257.746 habitantes, a 40 km da capital do Estado, Porto Alegre. A rede de saúde possui 1 centro de especialidade, 3 hospitais e 15 unidades básicas de saúde. Apesar da baixa cobertura de PSF do município, possui uma alta cobertura de Centros de Atenção psicossocial: 2 CAPS II, 1 CAPS Ad e 1CAPS Infantil, somando 4 CAPS para todo o município.

**Sandra Maria Schmitz Hoff** é pesquisadora ARUC na pesquisa sobre a GAM. É usuária do Caps campo da pesquisa, onde está envolvida em diversas atividades, grupos e oficinas. Sandra conta que o GAM devolveu seu desejo de criar, escrever desenvolver e ler textos. Coordena a “Ação dos usuários”<sup>41</sup> e um grupo de intervenção da segunda fase da pesquisa GAM, no Caps em que também é usuária, participa quinzenalmente dos grupos de estudo da Profa. Analice Palombini, na UFRGS e das reuniões multicêntricas.<sup>42</sup> (<http://www.aruci->

<sup>41</sup> Grupo que ela criou para sanar a impossibilidade de continuar a Associação dos usuários mergulhada em dívidas, pois, lamentavelmente, a burocracia ainda engessa estas instituições sem fins lucrativos e de grande interesse democrático. O grupo de usuários e familiares se reúne com frequência semanal ou quinzenal, no Centro de Cultura da cidade de Novo Hamburgo.

<sup>42</sup> As implicações clínicas e políticas da mudança de posição da Sandra em seu Caps a partir da participação na pesquisa são exploradas no desenvolvimento deste trabalho, assim como a descrição sobre o que são atividades como as “reuniões multicêntricas”.

[smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/sandra-maria-schmitz.hoff/](http://smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/sandra-maria-schmitz.hoff/) acesso em 30/10/2011)

**Larry Fernando Diedrich** é usuário do Caps de Novo Hamburgo que serviu de campo a nossa pesquisa e participou de um dos grupos de intervenção norteados pelo guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Ele considera importante a proposição do GAM e que deve ser discutida. ( <http://www.aruci-smc.org/fr/membres/collaborateurs/fiche/membre/larry-fernando.diedrich/> acesso em 30/10/2011)



