

Thais Mikie de Carvalho Otanari

**A experiência de participação dos residentes de Psiquiatria e Saúde
Mental nos grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM):
possíveis efeitos na formação**

Campinas

2011

THAIS MIKIE DE CARVALHO OTANARI

A experiência de participação dos residentes de Psiquiatria e Saúde Mental nos grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): possíveis efeitos na formação

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Política Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Erotildes Maria Leal

UNICAMP
2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

Otanari, Thais Mikie de Carvalho

O1e

A experiência de participação dos residentes de psiquiatria e saúde mental nos grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM): possíveis efeitos na formação /Thais Mikie de Carvalho Otanari -- Campinas, SP : [s.n.], 2011

Orientador : Erotildes Maria Leal

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde. 2. Saúde mental. 3. Medicação. 4. Experiência. I. Leal, Erotildes Maria. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: The experience of participation by residents of psychiatry and mental health in groups of Autonomous Medication Management (GAM): possible effects on the formation

Keywords: • Health
• Mental health
• Medication
• Experience

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Política Planejamento e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

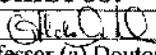
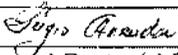
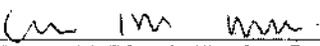
**Prof. Dr. Erotildes Maria Leal
Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda
Prof. Dr. Eduardo Passos**

Data da defesa: 04-02-2011

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

Thais Mikie de Carvalho Otanari

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Erotildes Maria Leal

Membros:
 Professor (a) Doutor (a) Erotildes Maria Leal
 Professor (a) Doutor (a) Sérgio Luiz Saboya Arruda
 Professor (a) Doutor (a) Eduardo Henrique Passos Pereira

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 04/02/2011

484848



Ao meu avô que, como Dom Quixote, inventava paixões para exercitar-se.

(parafreseando Voltaire)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos cidadãos brasileiros responsáveis pelo financiamento de minha bolsa CNPq e da manutenção da universidade e meios de pesquisa.

Agradeço aos meus pais, por estarem lá desde o início.

Agradeço aos meus amig@s da reptree, liga-do-pé-sujo e aos amigos de Campinas que me apoiaram e deram a referência afetiva necessária para finalizar o projeto.

Aos companheir@s de militância: CEBES, coletivo-joão-de-barro e, principalmente, AFLORE por me ajudarem a lembrar de meus ideais.

Agradeço às pessoas que encontrei durante os dois anos de mestrado: Ana Luiza, Bibi, Sérgio, prof. Nelson, prof. Gastão, Maria e aos graduandos que acompanhei como PED.

À Erotildes, que me orientou e com quem aprendi de diversas maneiras.

À Rosana pelo apoio e exemplo e pelas inúmeras oportunidades que me oferece até hoje.

Aos parceir@s multicêntricos, que ensinaram sobre o que é “ser” coletivo.

À Analice pelo olhar sensível e cuidadoso com meu trabalho.

À Lilian e ao André pela generosidade e interesse ao aceitarem ser suplentes da banca.

Ao Edu pelo compromisso de sempre e por aceitar compor a banca de defesa dessa dissertação.

*Mas não julguem que não penso.
Eu sou é um pensador doméstico.
Fecho-me em casa e penso muito.
Quando venho cá para fora é que começo a disfarçar.
Não quero que ninguém no meu trabalho desconfie que eu,
quando estou em casa, penso sozinho.
É proibido.
Foi uma das primeiras regras que nos obrigaram a aceitar.
Proibido pensar.
Expressamente proibido pensar, a não ser a partir dos nossos
livros.
Deram-nos 2 livros.
Um para andar para frente e outro para andar para trás.
Não adianta nada.
Eles disseram:
- Se algum dia tiveres vontade de pensar, lê primeiro estes dois livros e depois pensa a partir deles.
Era um método aparentemente eficaz para que ninguém
saiße do mesmo lugar, mas eu dei-lhe a volta.*

*Eu sou muito esperto.
(aproxima-se)
Quando estou em casa, depois de olhar para todos os lados e
confirmar que não sou vigiado, começo a pensar, sem utilizar
aqueles livros.
Começo a pensar para dentro.
Assim.
Reparem.
Vou pensar para dentro.
Assim.*

*É fácil.
Ora experimentem lá.
Uns segundos a pensar para dentro.
Vá lá, todos.*

*Isso. Muito bem.
Pensar para dentro.
É uma das minhas invenções.*

*Ainda não deram nenhum prêmio porque dizem que não
conseguem ver a minha invenção.
Como é para dentro, eles não vêem.*

*Eu acho que isto é apenas um pretexto.
Eles não me querem é dar o prêmio.
Há muita política envolvida nisto.*

Muita política.

Gonçalo M. Tavares

RESUMO

O presente trabalho trata de uma dissertação de mestrado que propôs conhecer e descrever os efeitos desencadeados na formação de quatro residentes médicos de psiquiatria e dois residentes multiprofissionais especialistas em saúde mental, ao participarem de grupos constituídos por pessoas diagnosticadas com transtorno mental, que utilizaram a intervenção *GAM (Gestão Autônoma da Medicação)* como norteadora. A aposta foi que, ao participarem de encontros que tem como objetivo discutir a experiência do uso da medicação psiquiátrica, caminhando para o fortalecimento da autonomia do usuário para que, em uma gestão compartilhada – entre profissional e doente - ele possa protagonizar seu tratamento, os residentes experienciariam uma nova situação em que a narrativa do paciente pudesse ser ouvida de uma forma diferente da trabalhada no modelo hegemônico de ensino em saúde, verificando, então, se esse seria um dispositivo capaz de afetar suas práticas clínicas. Para verificar esses efeitos, desenvolvemos quatro grupos focais – dois para cada grupo de residentes - realizados antes e depois dos grupos de intervenção, além de seis entrevistas individuais realizadas após o término dos encontros. A análise foi feita iluminada pelo referencial fenomenológico, que sustentou nossa concepção de experiência e linguagem. Os resultados indicaram efeitos, que caminharam para uma escuta clínica na qual doença e sintomas são tomados de forma situada na experiência de vida daquele que sofre, e avanços em relação à qualificação de uma prática que incentiva a gestão de tratamento co-construída. Contudo, as narrativas indicaram que nosso desenho de pesquisa restringiu a experiência dos residentes, por não se atentar ao fato de que era preciso outras estratégias que tomassem como questão os desafios do ensino, além da participação enquanto observadores, para que pudessem protagonizar e refletir de maneira significativa sobre o processo que estavam vivendo.

Palavras-chave: formação em saúde mental, gestão autônoma da medicação, experiência

ABSTRACT

This work is a dissertation which proposed to know and describe the effects triggered in the formation of four medical residents in psychiatry and two multidisciplinary residents in mental health, when they participated in groups consisting of people diagnosed with mental disorder, which used the intervention GAM (Autonomous Management of Medication) as guide. The bet was that by participating in meetings that aims to discuss the experience of using psychiatric medication, walking to strengthen the users' autonomy in their treatment, residents experienced a new situation in which the patient's narrative could be heard in a different way from the one worked in the hegemonic model of health education, checking, so if this was a device that can affect the participant's clinical practices. To check these effects, we developed four focus groups - two for each group of residents - developed before and after the intervention groups, and six individual interviews conducted after the end of the meetings. The analysis was illuminated by the phenomenological, which supported our concept of experience and language. Results indicated effects, in a hearing which in clinical symptoms and disease are taken situated in life experience of the sufferer, and in a qualification of a management practice that encourages a co-constructed treatment. However, the narratives indicated that our research design has limited the experience of the residents for not being alert to the fact that other strategies needed to be taken so the residents reflect and be protagonists on the process they were experiencing.

Key-words: mental health training, autonomous management of medication, experience

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde

GGAM – Guia da Gestão Autônoma de Medicamentos

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

SM – Saúde Mental

GI – Grupo de Intervenção

GF – Grupo Focal

PAP – Programa de Aprimoramento Profissional

CS – Centro de Saúde

AB – Atenção Básica

AT – Acompanhamento Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

T0 e T1 – Tempo 0 e Tempo 1

AFLORE - Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos e usuários dos serviços de Saúde Mental de Campinas

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

SUMÁRIO

Parte I: O trajeto percorrido até as perguntas 16

1 Introdução	17
1.1 Apresentação	17
1.2 O aprendizado em pesquisa.....	18
1.3 Objetivos	20
2. A pesquisa vista como uma expedição	21
2.1 Por quê Dom Quixote	21
2.2 Fazendo as malas: caminhos que levaram ao tema	22
2.3 Um território a ser explorado: considerações sobre o tema da formação em saúde	24
2.4 Sancho Pança entra em cena: a pesquisa começa a adquirir contornos.....	29
2.5 Pressupostos teóricos da Pesquisa GAM.....	31
2.6 A Pesquisa GAM	33
2.7 O GAM e a formação.....	34
2.8 Primeira encruzilhada: novos elementos sobre formação.....	35

Parte II: O trajeto percorrido para responder as perguntas 39

3. Referenciais teóricos	40
3.1 Considerações sobre nosso modo de fazer ciência.....	40
3.2 Considerações sobre pesquisa qualitativa.....	42
3.3 A Experiência e a Linguagem	44

4. O campo	46
4.1 O Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos Psiquiátricos – GGAM	46
4.2 Conhecendo os parceiros: os residentes participantes	48
5. O método	50
5.1 Considerações sobre o método: as técnicas de pesquisa	50
5.2 Discussão sobre a técnica das entrevistas	51
5.3 Os Grupos Focais	52
5.4 Apresentação preliminar do material adquirido nos grupos focais	54
5.5 As entrevistas em profundidade.....	62
5.6 Apresentação preliminar do material adquirido nas entrevistas	64
6. Se aproximando do fim da jornada: reflexões sobre o material empírico e nossos referenciais teóricos.....	101
6.1 Considerações prévias.....	101
6.2 Iluminando nossas perguntas investigativas	104
7. Considerações Finais	119
8. Eu como cavaleira andante da história que lia	123
9. Referências Bibliográficas	125
10. Anexos	129

Parte I: O trajeto percorrido até as perguntas

En efeto, rematado ya su juicio, vino a dar em el más extraño pensamiento que jamás dio loco em el mundo, y fue que le pareció conveniente y necesario, así para el aumento de su honra como para el servicio de su república, hacerse caballero andante , y irse por todo el mundo com sus armas y caballo a buscar lãs aventuras y a ejercitarse em todo aquello que él había leído que los caballeros andantes se ejercitaban (...)

(Cervantes, 1979; p. 12)

1. Introdução

(...) *y si los deseos se sustentan con esperanza...* (Cervantes, 1979;p. 52)

1.1 Apresentação

Esta dissertação discorre sobre a formação em saúde: como esta pode ser potencializada por dispositivos de cuidado e ensino que privilegiam a experiência do estudante e do usuário. Para isso, investiga-se os possíveis efeitos na formação de residentes ao participarem de grupos de discussão da medicação psiquiátrica com pessoas que dela fazem uso, diagnosticadas com transtornos mentais graves. Os grupos foram norteados pelo *Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM)* e aconteceram nos municípios de Campinas (SP) e Novo Hamburgo (RS). Eles fazem parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação para utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*, que deu origem ao presente projeto, sendo resultado de um trabalho construído por múltiplos atores e olhares, cada qual vindo de lugares e histórias diferentes.

O texto tem como objetivo apresentar a trajetória percorrida durante a pesquisa tal como ela se deu, elucidando os momentos em que as perguntas, os percalços e as decisões aconteceram. Sendo assim, ele está estruturado temporalmente, apontando para a integração entre o caminho da pesquisa com o da própria pesquisadora, neste caso, uma aluna de mestrado.

A dissertação divide-se em duas partes: a primeira faz uma apresentação inicial da pesquisa, seus objetivos e as perguntas principais, intercalando os pressupostos teóricos que embasaram cada momento descrito; a segunda demonstra os caminhos percorridos para responder as nossas perguntas – método, campo e materiais para análise - também informando ao leitor quais as lentes teóricas utilizadas para a investigação. Ao final,

esperamos esclarecer não apenas as respostas, os resultados alcançados, mas as nuances de como desenvolvemos a pesquisa, nossa postura enquanto pesquisadores e os compromissos ético-políticos que orientaram nosso trabalho.

1.2 O aprendizado em pesquisa

Mais do que uma pesquisa, o trabalho descreve um aprendizado em pesquisa. Minha graduação, dada no campo da Psicologia, valorizava, exclusivamente, com exceção de alguns docentes, modelos científicos positivistas, baseados em princípios de quantificação e em processos passíveis de mensuração. Seus postulados deveriam prever métodos rígidos, com regras desenhadas quase que como fórmulas universais. A linguagem cobrada era extremamente formal, dita científica, e os teóricos utilizados precisavam, necessariamente, pertencer ao campo em que a pesquisa se inseria.

Dessa forma, minha inserção nesse programa de mestrado foi uma escolha intencional de mudança de percurso em minha formação, que exigiu - com auxílio de minha orientadora, das disciplinas da pós e do grupo de pesquisa - um esforço particular para que eu pudesse transformar minha visão sobre o modo de se produzir ciência. Explico: o *Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva* tem como objetivo formar pesquisadores e docentes comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Visa integrar as bases de ensino, pesquisa e extensão, através de disciplinas ministradas, conjuntamente, por docentes das áreas de Planejamento e Gestão, Epidemiologia e Ciências Sociais, valorizando um conhecimento global pautado nos campos das ciências biológicas, exatas e humanas. Já o grupo de pesquisa *Saúde Mental e Saúde Coletiva: Interfaces* tem como valor desenvolver conhecimento através de processos que aproximam a pesquisa da realidade investigada. Procura abarcar os diversos olhares dos atores envolvidos no tema estudado, incluindo-os durante todas as etapas da pesquisa: desde o levantamento da problemática, até a produção de textos e artigos. Seus projetos fundamentam-se na hermenêutica crítica e trabalham com questões sobre a saúde mental e políticas públicas.

Assim sendo, resultado de um intenso processo, ainda em curso, e de transformação particular de paradigmas, optei por um modo de fazer pesquisa qualitativa que considera não apenas o produto final, mas todo o processo realizado durante o pesquisar, valorizando trajetórias de investigações que entendem que as descobertas também acontecem durante o caminhar e não apenas após a análise dos dados.

Na verdade, o trabalho qualitativo caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e toma direções privilegiadas. Ela compartilha a idéia de “devir” no conceito de cientificidade (Minayo, 1993, p. 245).

As possibilidades criativas devem ser consideradas como em um processo de maturação, em que a construção da pesquisa acontece paulatinamente, sendo modificada a medida que novos elementos surjam. Dessa maneira, retomamos a idéia de que a pesquisa não se dá sozinha, mas junto com o aprendizado dos pesquisadores.

Minayo (1993), ao trazer Habermas no debate que faz sobre pesquisa qualitativa, afirma que a abordagem dialética concebe todas as fases da pesquisa como “partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível. Assim, considera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, e as contradições como a própria essência dos problemas reais” (Minayo, 1993, p. 244).

O pesquisador é o próprio *instrumento* de pesquisa, pois, utiliza seus órgãos sensoriais para apreender o objeto representando-o fenomenologicamente através de sua própria consciência, para então interpretá-lo. Ou seja, os processos relativos à investigação serão determinados, descritos e analisados por uma lente que será o próprio investigador, em uma relação complexa em que o amadurecimento de um, necessariamente, depende do amadurecimento do outro (Turato, 2005).

Tais pressupostos nos levam a crer que não há neutralidade no papel do investigador, já que este sempre estará, de alguma forma, implicado com o trabalho que desenvolve. Por isso é fundamental que esta implicação seja descrita, para que também possa ser posta em

análise de uma maneira a ser considerada como um processo que pertence à pesquisa como um todo.

Assim, depois de elucidar nossos referenciais sobre o modo que fazemos pesquisa qualitativa, tentaremos desenvolver o trabalho mostrando a trajetória que a pesquisa/pesquisadores seguiu, entendendo que, por serem interdependentes, quanto mais detalhado for a apresentação de nossa implicação, mais claras se tornam as razões pelas quais escolhemos nossas opções de percurso e estas estarão mais aptas de serem questionadas como os melhores caminhos ou não.

1.3 Objetivos

Com o intuito de embasar a leitura do texto e as reflexões feitas pelo leitor durante a apresentação da trajetória da pesquisa, apresentaremos neste momento inicial os objetivos do trabalho.

Objetivo Geral

Conhecer e descrever a experiência vivida por residentes médicos do primeiro ano de psiquiatria e residentes multiprofissionais do primeiro ano de Saúde Mental, ao participarem de grupos de intervenção que utilizam o *Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM)*, com pacientes diagnosticados com transtornos mentais graves; e os possíveis efeitos em sua formação.

Objetivos Específicos

Conhecer e descrever a experiência vivida pelos residentes do primeiro ano de psiquiatria da Unicamp, ao participarem de grupos em que pessoas diagnosticadas com transtornos mentais são estimuladas a participar da gestão de seus tratamentos.

Conhecer e descrever a experiência vivida pelos residentes do primeiro ano do curso de residência multiprofissional em saúde mental, ao participarem de grupos em que pessoas diagnosticadas com transtornos mentais são estimuladas a participar da gestão de seus tratamentos.

Investigar, no estudo da narrativa dos residentes, se estes reconhecem a participação nos Grupos de Intervenção do GAM, como uma experiência que tem potência para apresentar uma dimensão de participação ativa e co-construída com os profissionais de SM, do usuário em seu tratamento.

Investigar os efeitos relacionados com a escuta da experiência subjetiva do usuário, desencadeados na percepção dos residentes, ao participarem dos Grupos de Intervenção do GAM e possíveis efeitos sobre a prática clínica desses residentes.

2. A pesquisa vista como uma expedição

(...) y, como no estás experimentado em las cosas del mundo, todas las cosas que tienen algo de dificultad te parecen imposibles... (Cervantes, 1979; p. 403).

2.1 Por que Dom Quixote

Os dias como mestranda facilmente se equipararam com momentos vividos em uma viagem: um território a explorar, uma mochila que preenchemos com as bagagens

encontradas pelos lugares, encruzilhadas em que precisamos optar por um percurso para chegar ao destino final. Essa metáfora era clara e vinha a todo o momento. Quando comecei a escrever, porém, uma comparação mais ousada surgiu e passei a igualar minha viagem com aquela feita por Dom Quixote. Entendi que, para uma expedição como essa é fundamental um pouco de utopia lunática, como nos traz Dom Quixote, e um pouco da lucidez prática encontrada em Sancho Pança. Moinhos que viram dragões, dragões que viram moinhos, Dulcinéias que ora são donzelas, ora são camponesas que “cheiram mal”; tudo depende da perspectiva pela qual se vê e não há ninguém que possa dizer o contrário. Assim como as “teorias”, os “conceitos” e os “objetos de estudo”, que se transformam conforme as aulas, os artigos, as orientações e as conversas em bares, possibilitando que a expedição ganhe força e siga crescendo. Adquirimos experiência e maturidade e, assim, a pesquisa toma forma e vai parar no papel; passamos, então, a ser cavaleiros errantes fazendo descobertas a cada nova aventura, entendendo que o maior achado é descobrir que o processo de pesquisa vai além dos resultados finais.

2.2 Fazendo as malas: caminhos que levaram ao tema

Equiparando a dissertação a um diário de viagem, este trecho representa o preâmbulo, desvendando o momento prévio da empreitada: o momento Alonso Quijano, personagem de Dom Quixote antes de enlouquecer, porém, já rodeado pelos livros de cavalaria, responsáveis por despertar o desejo pela aventura em que nosso herói iria se projetar.

No meu caso, o interesse pelo assunto foi despertado durante minha vivência no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), uma modalidade de pós-graduação para profissionais de saúde recém-formados, que prevê um estágio prático de campo, articulado com módulos teóricos, como aulas e supervisões. Minha atuação se deu em um Centro de Saúde (CS) localizado na periferia de Campinas, caracterizada por intervenções clínicas de saúde mental e atividades de gestão. Através dessa vivência, que durou cerca de um ano, o

mais marcante foi a interferência que a experiência teve sobre a minha formação profissional e pessoal. Durante o processo, pude perceber as lacunas de minha formação como psicóloga que, apesar de suas potencialidades, seguiu, em grande parte, um modelo fragmentado de ensino.

Constatei, ao iniciar meu estágio na Atenção Básica (AB), que não havia sido preparada para os desafios da prática assistencial, que exigia um modo de ver e agir global e integral. Iniciei minha experiência como a única profissional de saúde mental locada no Centro de Saúde, por isso me sentia responsabilizada, apesar do aprimoramento não ter exigido tal encargo, enquanto trabalhadora do serviço. Com uma estrutura institucional fragilizada e uma população extremamente carente, logo me tornei referência para uma quantidade de casos que não cabiam em minha agenda. Passei a realizar atendimentos sobrepondo uns aos outros, sem intervalos para reflexão, não cabendo mais a realização de atendimentos diferenciados, como visitas domiciliares e acompanhamentos terapêuticos (AT). Percebi que não conseguia suprir as questões clínicas dos usuários, pois não tinha tempo para planejar projetos terapêuticos nem para realizá-los de forma integral.

Diante das frustrações, entre elas ter que escolher entre atender a demanda de casos, ou atender a demanda dos casos, sem perceber, entreguei-me à passividade. Deixei de militar, como fazia na universidade, no movimento estudantil, adoeci por diversas vezes, e assistia a novelas globais, procurando pensar em assuntos “leves”. E essa era uma constatação que não se aplicava apenas a mim, mas que avaliei como sendo condição de muitos dos trabalhadores da rede. O que me tornou uma psicóloga ativa novamente, compromissada com a transformação da realidade, foi a minha qualidade de profissional em formação. Encontrava, na universidade, espaços para reflexão e fortalecimento teórico, que depois eram retroalimentados por minha vivência de prática.

As supervisões, disciplinas e textos, integrados à oportunidade de atuar em um serviço de saúde, constituíram um processo que me trouxe de volta a idéia de que toda ação - e aqui falamos de ação profissional - é também uma ação política e, como tal, tem conseqüências para o mundo que vão além da adequação da própria ação em si. Não pude resolver os problemas estruturais do serviço, nem as questões clínicas de toda a população, mas com o

tempo voltei a ter uma implicação que envolvia práticas orientadas não apenas nas queixas trazidas pelos usuários.

Ao atuar no C.S., confirmei as falhas dos cursos de saúde, inclusive pelo meu próprio despreparo, mas ao passar pelo aprimoramento descobri como o ensino pode ser potencializador. Fui ‘resgatada’ das minhas angústias e adormecimentos justamente por ainda estar em formação, um outro tipo de formação(...) Poder enxergar tudo isso me fez acreditar em outro tipo de ensino e foi uma forma de retomar meu desejo por mudança (Otanari, 2009).

A experiência que vivi no aprimoramento mostrou que é possível um processo de formação que articule a experiência vivida do educando, no exercício da técnica, à reflexão teórica; isto é, um processo de formação em que teoria e prática dialogam com uma postura construtiva e questionadora levando a um aprendizado capaz de promover ferramentas para o enfrentamento dos desafios que vêm com a assistência.

Quando finalizei o curso, já tinha certo qual era o meu próximo destino, a minha nova viagem; escolhi ingressar no mestrado entendendo que, para transformar o ensino, era preciso entender o ensino. Eu precisaria explorar esse território que ainda se mostrava tão desconhecido, apesar de toda a sua potencialidade. Sendo assim, iniciei minha expedição investindo na minha principal questão: o tema da formação em saúde.

2.3 Um território a ser explorado: considerações sobre o tema da formação em saúde

Como toda expedição, essa pesquisa se propõe a caminhar por um território específico e delimitado, explorado e mapeado por outros que passaram antes. As terras que escolhemos, ou seja, a Espanha de Dom Quixote, é o tema da formação em saúde.

Os questionamentos em torno da educação não são recentes. Há uma preocupação, extremamente relevante, de vários pensadores sobre o tema e o mesmo não poderia deixar de acontecer na área da saúde brasileira. Considerando que a formação em saúde é uma das bases para a consolidação efetiva do SUS, é imprescindível levar o debate entendendo que não se trata de uma problemática de apenas uma face, mas de uma condição complexa e de difícil construção.

Segundo Scocuglia (2008), “ao contrário do que propaga o determinismo hegemônico, o conhecimento e o currículo não são neutros, nunca. Representam, sempre, uma opção política, mesmo que esta seja francamente favorável à despolitização da sua discussão”. Atualmente, o ensino globalizado, incluindo o ensino em saúde, tem embasado em sua opção política uma ciência que, sobretudo a partir das décadas de trinta e quarenta, abandonou sua autonomia e hoje é guiada pelos interesses das indústrias (Santos, 1987). A educação passou a resolver as necessidades do capitalismo, que precisava de uma instituição capaz de amansar os indivíduos e formá-los para cumprirem a função de produção, hoje substituída pelo consumo.

Para isso era necessário um modelo de ensino que pudesse abranger muitos de forma igual e em pouco tempo. Então, com o pretexto da dinamização do desenvolvimento econômico, adotou-se um modelo de ensino racionalizado, normalizado e universal (Teodoro, 2008). A educação passou a tomar um caminho cada vez mais reducionista e hiperespecializado, em que a velocidade das informações é condizente com os aspectos de um mundo globalizado, com uma expansão descontrolada que escapa ao controle humano. A proliferação descomedida do saber traz consigo um conhecimento fragmentado, esotérico e anônimo, não democrático e acessível somente aos especialistas (Morin, 2002a).

Tal estrutura tem como resultado impedir o indivíduo de conjugar conhecimentos em um pensamento capaz de considerar a situação humana e de enfrentar os grandes desafios da época (Morin, 2002a). Ao longo de sua formação, o profissional é moldado segundo as normas do capitalismo, para que se ajuste ao sistema servindo-o sem questioná-lo. Formam-se sujeitos fragmentados que não conseguem se articular em identidades coletivas e que, assim, perdem a governabilidade para um *ativismo* capaz de pôr em dúvida o modo de produção moderno (Lacaz, 2001).

Essa fragmentação, juntamente com a ênfase dada à técnica, reflete na prática dos estudantes que têm sua experiência subjetiva ignorada, fazendo com que as pessoas passem a dissociar suas ações profissionais de valores próprios, como gostos e paixões. A separação entre prazer e trabalho começa a se dar desde os primórdios da formação, fazendo com que o local de trabalho se torne o lugar do desprazer. O sujeito já sai da escola, qualquer que seja o seu grau, conformado com um lugar no qual não pode, não deve e nem tem vontade de mudar e, quando, ainda assim, a tem, não sabe como concretizá-la.

Castoriadis (1987) diz que a escolha excessiva pela técnica é resultado de um apego exagerado ao que ele chama de lógica *identitária* ou *conjuntista*. Baseia-se na categoria de ‘conjunto’, ou seja, a agregação de coisas não idênticas em categorias homogêneas, incorporando-as em hierarquias, com propósitos cognitivos ou pragmáticos. São objetos que devem ser componíveis e descomponíveis em totalidades, e com propriedades universais que compreendem partes definidas por propriedades particulares. Suas qualidades de base são “distinto” e “definido”. Segundo o autor, essa é uma lógica fundamental para o ser humano, constituindo uma dimensão essencial da linguagem, da vida e de toda prática social.

Para o autor, apesar da própria existência de uma sociedade requerer o uso da lógica *identitária*, pois o fazer social pressupõe se referir a objetos distintos e definidos; há um problema no pensamento contemporâneo que, abusivamente, entende que tal lógica esgota a lógica da vida e acaba por considerar suas próprias oposições (por exemplo, masculino X feminino) como evidentes e dadas para sempre. Tida como a lógica em si, ela acaba por desenvolver um pensamento fragmentado do mundo que separa, temporal e topologicamente, as causas dos efeitos (Castoriadis, 1987)

A ponderação de Castoriadis pode ser evidenciada, por exemplo, por um ensino fundamentado no pensamento matemático, assim como a tradição de produção racionalizante, adotada pelas empresas, indústrias modernas e até serviços de saúde.

Enfim, contextualizado em uma sociedade guiada pela ideologia de uma ciência *racionalizante*, o ensino, inclusive o ensino em saúde, acaba por se subordinar, cumprindo seu papel de disseminador de tal ideologia (Habermas, 1983). As escolas optam por uma educação fundamentada na lógica *identitária*, baseada em uma linguagem formalizada e esotérica de

ciência, assim como as universidades que incorporam currículos puramente técnicos e pesquisas guiadas pelo lucro oferecido pelo mercado.

Efetivamente, a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão, eliminando assim as oportunidades de um julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo. Sua insuficiência para tratar nossos problemas mais graves constitui um dos mais graves problemas que enfrentamos. De modo que, quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior a incapacidade de pensar sua multidimensionalidade; quanto mais a crise progride, mais progride a incapacidade de pensar a crise; quanto mais planetários tornam-se os problemas, mais impensáveis eles se tornam. Uma inteligência incapaz de perceber o contexto e complexo planetário fica cega, inconsciente e irresponsável. (...) Em vez de corrigir esses desenvolvimentos, nosso sistema de ensino obedece a eles (Morin, 2002b; p.14).

Os cursos de saúde não diferem dessa tendência e têm em seus currículos um conjunto de disciplinas fragmentadas e mecanicistas, assim como afirma Rosemberg & Minayo (2001), que atribuem à atual crise da atenção à saúde, o exercício cotidiano de um saber biomédico reducionista que segue uma lógica tecnicista e de “medicalização” da vida e da sociedade, a serviço do capital industrial. Além disso, de acordo com as autoras o positivismo biomédico traria como conseqüência a focalização da saúde-doença no nível individual de responsabilização e de intervenção, pois “um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença” (ibidem, p. 116).

Segundo Ayres (2004), as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito e restritivo que resulta em um impedimento do desenvolvimento científico-tecnológico capaz de superar os limites atuais das práticas de saúde. Para o autor, essa tendência é produto de dois pólos opostos: de um lado um “messianismo cientificista insustentável” que nega os valores humanistas da atenção à saúde e, de outro, um “anticientificismo” que ignora que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios sujeitos, sustentando a idéia de uma ciência que não é capaz de conjugar aspectos humanos com matemáticos. No cotidiano do serviço, a conseqüência é uma

esterilidade mecânica que envolve profissionais com grande domínio técnico que sabem para quê serve essa tecnologia, mas que não conseguem a resposta sobre o sentido desse uso e sobre o significado desses recursos para o dia-a-dia do outro.

Sem esse sentido, o uso da técnica fica vazio e, na maioria das vezes, pode não ser resolutivo. Isso acontece porque o trabalhador não tem desenvolvida a capacidade de contextualizar as situações e, assim, sintetizar teoria com prática. Essa é uma questão central, pois

(...) A definição de quais meios técnicos um dado trabalhador possui, ou não, na sua prática, será fundamental tanto para a eficácia dessas práticas quanto interferirá também no grau de resistência e tolerância com que o sujeito em questão conta para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento (Onocko Campos, 2005, p.578).

Os trabalhadores se tornam mais frágeis sem uma técnica conjugada em um contexto prático, recorrendo constantemente a estratégias defensivas que atenuam o próprio sofrimento psíquico, tais como apelo excessivo à ideologização, burocratização, somatização, desenvolvimento de estados passionais, etc. (Onocko Campos, 2005),

Para Morin (2002b), a crise na educação nos leva hoje à necessidade de uma reforma não só do ensino, mas do pensamento. É preciso reformar a maneira como se organiza o pensamento, de maneira que se passe a desenvolver capacidades que não são valorizadas pela nossa civilização.

Segundo o autor, o conhecimento comporta, ao mesmo tempo, separação e ligação, análise e síntese, mas nossa sociedade valoriza apenas separação e análise, fazendo com que ligação e síntese permaneçam subdesenvolvidas. Os estudantes não dispõem de princípios organizadores que permitam ligar os saberes e lhes dar sentido, nem de uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas, ou seja, contextualizar. O ensino também deve começar a valorizar a visão global dos problemas, compreendendo que o todo não é igual à soma de suas partes.

Essa habilidade de conjugar e globalizar os saberes é ímpar na formação do que Testa (*apud* Campos, 2006) chamou de “sujeito epistêmico”, ou seja, aquele capaz de integrar teoria e prática, adquirindo um conjunto de conceitos que lhe permitem uma visão crítica dos espaços e estruturas onde atua, dotados da capacidade “de realizar algumas operações ainda mais complexas ao desenvolverem uma habilidade especial para ‘controlar’ ou, até mesmo, para evitar a contaminação de suas análises por ideologias, valores e outros bloqueios inconscientes” (Campos, 2006). Eles seriam os *trabalhadores sociais*, capazes de promover rupturas e transformações através de suas práticas.

Para Castoriadis (1987):

O essencial, de fato, situa-se além dessas considerações: se uma nova cultura humana é criada, após uma transformação radical da sociedade existente, ela não terá somente que se declarar contra divisão do trabalho sob suas formas conhecidas, em particular a separação do trabalho manual e do trabalho intelectual; ela se fará com uma mudança das significações estabelecidas, dos quadros da racionalidade, da ciência dos últimos séculos e da tecnologia que lhes é homogênea (*ibidem*, p.328).

Ao contextualizar o território, ou seja, o tema no qual a pesquisa se propõe a explorar, é possível compreender as questões que motivaram a cavaleira, ainda errante, a desenvolver o estudo: a convicção na potência de um ensino que contribuísse para a formação de sujeitos solidários e comprometidos com transformações sociais, capazes de conjugar saberes e assumir visões complexas dos problemas. Mas, como já dito antes, uma pesquisa deve conter mais do que crença ideológica e o desejo para que ela fosse realizada era apenas o início da viagem.

2.4 Sancho Pança entra em cena: a pesquisa começa a adquirir contornos

Território demarcado, desejo para explorá-lo, mas era necessário mais do que isso. Não seria possível partir apenas com o ideal heróico de Dom Quixote; para que uma

expedição fosse vitoriosa era preciso ter consigo um fiel escudeiro, Sancho Pança, figura que traz realismo e objetividade, responsável por organizar as aventuras de modo a transformá-las em desafios possíveis de serem enfrentados.

Depois de meu ingresso no grupo de pesquisa *Interfaces*, potencializado pelos conteúdos teóricos das disciplinas e pelas reflexões feitas em encontros com a orientadora, o tema inicial ganhou contorno prático e pôde ser traduzido em um projeto plausível de ser realizado em um programa de mestrado. Tornou-se um subprojeto de uma pesquisa multicêntrica desenvolvida pelo *Interfaces* e parceiros¹, denominada *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação para utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos*². A pesquisa tinha dois objetivos gerais: o primeiro era traduzir, adaptar e testar o instrumento *Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação* - descrito a seguir, na parte II do trabalho - e o segundo era avaliar se a utilização deste interfere, e como o faz, na formação de pessoal universitário especializado para os serviços de saúde mental. Com o intuito de diferenciar a presente investigação daquela que lhe deu origem, chamaremos esta última de *Pesquisa GAM*.

Assim, iniciamos nossa empreitada como braço de uma aventura maior, acordando que esta dissertação se responsabilizaria pelo segundo objetivo do projeto GAM. A partir desse momento, a presente expedição deixa de ser uma viagem solitária, passando a ser vivida pelos vários responsáveis pelo seu progresso.

Para continuarmos com a descrição de nosso percurso, entendemos ser importante discorrer brevemente sobre a Pesquisa GAM e seus pressupostos teóricos, pois é através desses elementos que ela, assim como o presente estudo, propõe-se a dialogar com o tema da formação em saúde.

¹ IPUB – UFRJ/RJ, UFF/RJ e UFRGS/RS

² Pesquisa financiada pela agência CNPq (processo 575197/2008 – edital 332008)

2.5 Pressupostos teóricos da Pesquisa GAM

As referências a seguir são, em sua maioria, oriundas do projeto *Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos* (Onocko Campos et al., 2008).

A pesquisa GAM conta com pressupostos teóricos que discutem, principalmente, a questão da hiper-medicalização de usuários de Serviços de Saúde Mental e a participação destes na gestão de seus tratamentos medicamentosos. Em nossos levantamentos bibliográficos, verificamos o predomínio de uma lógica na qual os trabalhadores da saúde mental passam a valorizar atuações tidas como modernas e científicas, principalmente o uso de psicotrópicos (Onocko Campos et al., 2008). Os espaços de comunicação são restringidos, resumindo-se apenas à verificação da presença dos sintomas, onde o diálogo paciente/interventor é, então, totalmente contido na relação com a medicação, deixando de lado os múltiplos não-ditos do sofrimento (Rodriguez et. al. 2008).

Além de impor o tratamento farmacológico como resposta principal ou exclusiva e freqüentemente como único tratamento acessível, essa tendência dominante nos discursos e nas práticas em saúde mental tem como consequência reduzir espaços de expressão e de elaboração pelo sujeito de sua experiência e de limitar sua capacidade de agir sobre si. (ibidem, 2008).

Tal lógica pode ser verificada, por exemplo, em uma ampliação global no consumo de psicofármacos (Mojtabay, 2008; Hull, 2006; Robins & Regier, 1991; Roberts, 1998), atribuída, entre outras coisas, por uma dificuldade dos médicos em reconhecer uma doença que mereça prescrição medicamentosa e outra que possa ser administrada, ou complementada, com outras formas de intervenções (Maragno, 2006; Tanaka & Ribeiro, 2006).

Ao apresentar a medicação como a principal resposta para o tratamento, entendendo que esta é um instrumento exclusivo do universo médico distante do saber da população que recebe a intervenção, as ciências da saúde passam a incentivar uma dependência dos usuários em relação

aos serviços de saúde, causando o que Illich (1975) descreve como *iatrogenia médica*, ou seja, um fenômeno em que a medicina, além de seus efeitos benéficos, causa danos à sociedade, destituindo o sujeito de autonomia para lidar com seus problemas de saúde.

Essa baixa apropriação crítica do usuário reduz sua capacidade decisória no processo do cuidado, pois, por não possuir informações sobre seus psicofármacos, como efeitos e alternativas de tratamento, não se sente habilitado para discutir a medicação, fazendo com que as escolhas sejam feitas apenas pelo profissional. Como não conseguem negociar alternativas, os usuários optam por reduzir ou cessar os remédios sem comunicar aos seus médicos, decorrendo em uma piora do quadro clínico e culminando em uma medicalização ainda mais alta (Onocko Campos, 2005). Assim, apesar dos inúmeros avanços conquistados no campo da saúde mental, mantêm-se o predomínio de uma relação marcada pela dominação/subordinação do profissional da saúde sobre o paciente.

Em contrapartida, a pesquisa GAM apostou em práticas que valorizam espaços coletivos e na participação do usuário em seu tratamento, ampliando, assim, seu grau de autonomia, pois entende que a co-gestão é uma questão clínica, além de política e ideológica (Campos, 2000; Passos & Benevides, 2001).

No Canadá, a *Associação de recursos alternativos em saúde mental do Quebec*, em colaboração com pesquisadores da *Equipe de pesquisa e ação em saúde mental e cultura – ÉRASME*, mantém, desde 1993, espaços de experimentação e pesquisa que incentivam os questionamentos em torno do lugar da medicação na vida das pessoas. Através desses processos de diálogos, desenvolve-se uma nova abordagem de intervenção denominada *Gestão autônoma da medicação - GAM* (Rodriguez del Barrio, L; Perron, N ; e Ouellette, J-N, 2008). A partir dessa ação, foi elaborado o *Guia pessoal da gestão autônoma da medicação* (GGAM), instrumento que a pesquisa GAM se propôs a traduzir e adaptar para a realidade brasileira.

2.6 A Pesquisa GAM

Sigamos agora com uma breve descrição da pesquisa GAM. Para cumprir os objetivos, foram propostos quatro Grupos de Intervenção (GI) nas regiões Sul e Sudeste do país: três em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos municípios de Campinas, Rio de Janeiro e Novo Hamburgo e um no departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Os campos foram escolhidos considerando as diferenças culturais, de população e da conformação das redes públicas de saúde mental. Além disso, as três cidades são sedes, ou estão próximas, das quatro instituições de ensino e pesquisa que desenvolveram o projeto: Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os GIs eram grupos compostos por usuários e trabalhadores dos próprios CAPS, residentes e pesquisadores, direcionados pelos passos contidos no GGAM, perpassando por temas como: *qualidade e condições de vida, rede social, saúde, recursos e medicação*. O objetivo dos encontros era suscitar reflexão e debate, através de leitura de pequenos textos contidos no guia e da escrita das respostas desenvolvidas pelos usuários.

Para avaliarmos os prováveis efeitos dos grupos GAM, recorreremos a Grupos Focais (GF) e entrevistas aplicados antes (T0) e depois (T1) da intervenção GAM. Os GF foram realizados com os diversos atores envolvidos com o GAM: usuários, residentes e trabalhadores integrantes dos grupos, além dos familiares, gestores e psiquiatras dos serviços que não participaram diretamente.

Especificamente, a minha inserção na pesquisa GAM deu-se como facilitadora do campo que ocorreu no CAPS *David Capistrano*, em Campinas. O grupo era constituído por dois pesquisadores - eu, inclusive - um psiquiatra e quatro usuários. Os encontros eram semanais e totalizaram vinte sessões. Também realizei três entrevistas com psiquiatras dos serviços em que desenvolvemos a pesquisa, e participei de sete grupos focais, entre eles o T0 e T1 dos residentes de Campinas, e o T1 dos residentes de Novo Hamburgo.

2.7 O GAM e a formação

Para que haja a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica é fundamental a qualificação dos trabalhadores de saúde mental. Esta formação deve preparar profissionais que tenham uma postura aberta para a experiência do outro, comprometidos com uma prática clínica que inclua o contexto do usuário no tratamento. Ao tratar de temas tão centrais, como a medicação e a co-gestão dos tratamentos de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, indagamo-nos sobre a potência da GAM enquanto dispositivo de formação. Tendo em vista seus objetivos, que visam trabalhar a construção de autonomia dos sujeitos em relação aos seus tratamentos, de forma coletiva - entre profissionais e usuários - em diálogos que privilegiem a experiência do doente, auxiliando-os a tornarem-se capaz de, através de informações sobre o seu tratamento, assumir o protagonismo de sua vida; seria o grupo GAM um espaço a favorecer o ensino de tais atitudes e competências, se utilizado na formação de residentes, médicos e não-médicos, do campo da saúde mental?

Apesar dos nossos esforços e planejamento, como toda viagem heróica, encontramos nosso primeiro problema, o primeiro grande desvio de percurso. Devido às dificuldades nos três campos, não conseguimos participação completa dos residentes em nenhum dos centros. No Rio de Janeiro, não foi possível combinar interesse e disponibilidade de horário, então seguimos com o grupo sem acompanhamento de residentes. Em Novo Hamburgo, com o atraso do início dos GIs, os residentes só começaram a participar após o décimo sexto encontro, no princípio do primeiro semestre de 2011, período em que se iniciava a nova turma do programa de residência. E em Campinas, por causa da grade curricular do curso, os residentes precisaram se revezar, resultando em cerca de seis encontros para cada residente, um terço dos dezoito encontros realizados nesse campo.

Com a pesquisa em curso, avaliamos que não seria factível estudar o impacto na formação como tinha sido concebido no início, porque a participação, além de ter sido pequena, não foi constante para todos os residentes. Também ponderamos que trabalhar com a idéia de “impacto na formação” poderia distorcer nosso foco, nos desviando para uma direção prepotente da investigação, tendo em vista que esse era um momento pontual no

meio de todo um percurso de graduação e pós-graduação que, pelo tempo previsto para o nosso estudo, não poderia ser aprofundado. Nesse momento, já havíamos realizados os Grupos Focais, T0 e T1, dos residentes de Campinas e Novo Hamburgo e decidimos recorrer a esse material para encontrarmos pistas do melhor caminho a seguir.

2.8 Primeira encruzilhada: novos elementos sobre formação

Confirmando as nossas suspeitas, o material adquirido nos Grupos Focais com os residentes demonstrou que, embora a experiência de participação nos grupos GAM tenha produzido discursos que sugeriam efeitos sob suas práticas clínicas ou modos de concebê-las, não foi possível determinar o que decorria desta participação. Contudo, podíamos notar, em uma escuta inicial, que as narrativas sobre a participação dos profissionais nos grupos de intervenção indicavam uma especificidade desta experiência para estes participantes e que o seu estudo poderia nos fornecer pistas sobre a potência deste dispositivo como recurso de ensino. O desenho inicial da pesquisa previa um processo diferente, por isso uma maneira de análise que, por causa dos limites em nosso percurso, já não parecia suficiente. Como avaliar, então? O que poderia ser avaliado? Procurando dar consistência aos nossos achados parciais, decidimos buscar novos elementos teóricos que nos auxiliassem na compreensão das pistas, indicando-nos por quais caminhos seguir. Assim, apresentaremos os autores que fomentaram este momento da pesquisa.

Ferreira (2002) sugere uma atuação em que a palavra do paciente seja valorizada, mesmo que essa não apresente coerência, resgatando o conceito de *pathos*, na qual o sujeito estaria imerso em um estado de sofrimento, paixão e passividade. Nesse sentido, o papel do terapeuta seria o de se inclinar “diante de alguém que porta uma voz única a respeito de seu *pathos*, sempre objeto de transferência: ‘de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência’” (Berlinck, 2000, *apud* Ferreira, 2002.p.25). Através do discurso, o *pathos*

perderia o sentido de fenômeno passivo, passando a assinalar as percepções da alma de quem sofre, tornando-se sabedoria à medida que seja escutado por um outro que possa sustentar a palavra do sofredor.

Essa é uma prática em que as decisões clínicas são baseadas não apenas em reflexões técnicas, mas em um processo intuitivo que inclui os contextos culturais e valores pessoais do sujeito, fazendo com que o profissional da saúde conte com habilidades de escuta e julgamento que considerem narrativas construídas pelos próprios pacientes (Montgomery, 2006, *apud* Marcum, 2008).

Para Montgomery (2006, *apud* Marcum, 2008), há uma importante diferença entre a ciência e a medicina, principalmente entre a ordem causal dos acontecimentos: a primeira enxerga, de modo linear, as razões da causa para o efeito, enquanto que a segunda vê, inversamente, o efeito para depois chegar à causa. Na medicina, a causa só pode ser avaliada de maneira complexa e multifacetada, refletindo o modo como paciente traz o seu problema para o profissional. A narrativa passa a se tornar mais importante do que as estatísticas, mesmo que essas sejam fundamentais para assegurar o melhor tratamento, permitindo que o médico acesse as dimensões subjetivas que particularizam o caso do paciente em questão.

A autora reforça que, para isso, é preciso romper com o mito da neutralidade da relação médico/paciente, em um processo no qual o profissional convoque seu *self* a participar do atendimento se identificando e identificando o outro, como iguais na condição de humanos. Em nosso entendimento, as idéias de Montgomery podem ser aplicadas também aos profissionais da saúde de forma geral.

É o que é proposto por Leal et al. (2007), no que chamam de *Psicopatologia da primeira e segunda pessoa*, ou seja, uma Psicopatologia que, ao invés de rejeitar a subjetividade, faz dela seu principal elemento. Os autores nos trazem a idéia dos *fenômenos* (Kraus, 2003, 1994; Tatossian, 1979, *apud* Leal et al., 2007), reconhecidos a partir de uma *totalidade*, no lugar dos *sintomas*, que podem ser tomados de forma independente e isolada. Dessa forma, a clínica passa a lidar com a dimensão experiencial global do sujeito, tida como expressão deste com a alteridade e com o mundo, sendo tomado de forma holística e passando a ocupar um lugar central no exercício do tratamento.

Segundo Souza (2001), a formação dos profissionais de saúde exige mais do que apenas a transmissão de informações, é preciso que os docentes possibilitem a manutenção da tensão doente/doença, construindo com os estudantes uma prática interpretativa em um campo de significações de valores, re-modelando a forma com a qual as disciplinas são ministradas atualmente.

Tendo isso em vista, nos remetemos ao artigo de Gazinelli et al. (2005), “Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença”. Nele, os autores discutem como a Educação em Saúde - área que nas últimas décadas vem recebendo grande atenção dos estudiosos da saúde - mantém-se limitada quando se utiliza de métodos e estratégias *behavioristas* e *deterministas*, na qual se crê que as mudanças de comportamento podem ser conseguidas, somente, através de transferência de informações. Segundo eles, há uma tradição no campo que considera as ações dos sujeitos guiadas principalmente por suas representações sociais e que, conforme essas são modificadas, as ações também mudam, indicando que para que o efeito desejado seja atingido, basta, apenas, que a pessoa apreenda a “solução” apresentada. “Imagina-se sempre que na ponta (no para) está alguém que não consegue agir como sujeito de sua ação” (Gazinelli et al.,2005.p.201).

Contrapondo, os autores ressaltam a importância de se considerar, para além das representações sociais, as experiências dos sujeitos e suas trajetórias de vida, afirmando ser preciso entender as representações como condição das práticas e não sua expressão final.

(...) torna-se básico indagar acerca de quais elementos entrariam em jogo aqui, influenciando, determinando e/ou condicionando suas ações e seus modelos de pensamento. É no âmbito da noção de experiência que se pode responder a esta indagação. Experiência entendida neste caso como campo em que se entrecruzam representações e práticas; subjetividade e objetividade; pensamento e ação; corpo e mente (Ibidem, p.204).

Dessa forma, entende-se que tanto as representações determinam as práticas, como essas (re)constróem novas representações, admitindo-se, portanto, que o processo de aprender não é estático e envolve dois (ou mais) atores em constantes relações. “A educação em saúde torna-se uma *‘construção compartilhada de conhecimento’*” (Gazinelli et

al.,2005.p.203), na qual, tanto o aprendiz, como o professor, precisam “experenciarmos” novos fenômenos, para que ocorra transformação do comportamento.

Podemos encarar o ensino em saúde dessa forma: para qualificar práticas que incluam o sujeito, considerando-o de maneira integral e reconhecendo-o como detentor de saberes, é preciso oferecer aos estudantes possibilidades outras, que os permitam experimentar novos olhares, que não aqueles comumente reproduzidos nos cursos. Tais possibilidades devem valorizar a experiência do próprio aprendiz, considerando que é através dela que o sujeito transforma sua ação.

Sendo assim, considerando os grupos GAM como espaços potentes - nos quais os residentes poderiam vivenciar uma prática em que a palavra do usuário é valorizada, ouvida em um diálogo que procura fortalecer sua autonomia em relação ao seu tratamento e a diferentes aspectos de sua vida - e aceitando os limites impostos pelos problemas do campo, decidimos por mudar o nosso percurso. Nosso olhar, que antes tinha seu foco no impacto sofrido na formação do profissional, agora se virava para os efeitos desencadeados pela experiência singular vivida por cada um dos residentes, nos Grupos de Intervenção. As pistas dos GF's e os novos debates teóricos, nos mostravam outros caminhos, principalmente em relação à escuta do usuário e à posição que este tomava em relação à gestão do seu tratamento; e, constroem-se novas perguntas de pesquisa:

Qual a experiência de participação dos residentes, no grupo GAM? Essa experiência estaria relacionada à possibilidade de uma escuta, na qual a doença e seus sintomas não podem ser tomados de forma dissociada da experiência de vida daquele que sofre? Tal experiência desencadeia efeitos na formação desses residentes? Esses efeitos promoveriam uma prática que incentive a autonomia do usuário, em uma gestão de tratamento co-construída entre profissional e doente?

Parte II: O trajeto percorrido para responder as perguntas

En esto, llegó a un camino que en cuatro se dividía, y luego se le vino a la imaginación las encrucijadas donde los caballeros andantes se ponían a pensar cuál camino de aquéllos tomarían (...)

(Cervantes, 1979; p. 12)

Publicado dez anos após a primeira, a segunda parte da obra de Cervantes passa a dar mais valor ao personagem de Sancho Pança, figura que, como já dissemos, confere lucidez e, podemos dizer, pragmatismo à viagem. Em alguns momentos o apenas escudeiro ganha a centralidade dos relatos e assume papel de protagonista nas aventuras.

Assim, também seguiremos com a segunda parte do nosso trabalho. Apresentaremos os caminhos percorridos para responder a pergunta de pesquisa, discorreremos sobre os referenciais teóricos que nos ajudaram a enxergar o material e descreveremos campo, método e análise dos materiais. Dessa maneira, nossa expedição segue com questões mais objetivas e práticas sem, evidentemente, perder o idealismo de Dom Quixote; afinal, até Sancho Pança se permite “lunatizar” quando aceita se tornar o governador de uma ilha oferecida, por sarcasmo, por um casal de duques.

3. Referenciais teóricos

Paréceme, Sancho, que no hay refrán que no sea verdadero, porque todos son sentencias sacadas de la mesma experiencia, madre de las ciencias todas (...) (Cervantes, 1979; p. 81)

3.1 Considerações sobre nosso modo de fazer ciência

Seguindo o que vimos discutindo até o momento, o nosso modo de fazer ciência se propõe a adotar uma visão holística dos fenômenos, em uma construção que valoriza a experiência do participante, ser humano, na pesquisa, colocando-a no centro de nossas escolhas investigativas. Tentamos nos manter em um posicionamento que contrapõe o

paradigma chamado de tradicional, ou positivista, apostando no que apresentam Castro & Turato (2007, p.325), ao convocarem Santos (2000):

- no lugar da "eternidade", a "história";
- em vez do "determinismo", a "imprevisibilidade";
- em vez do "mecanicismo", a "interpenetração", a "espontaneidade" e a "auto-organização";
- em vez da "reversibilidade", a "irreversibilidade" e a "evolução";
- em vez da "ordem", a "desordem";
- em vez da "necessidade", a "criatividade" e o "acidente".

Acreditamos que o mundo científico deve se responsabilizar pelo seu compromisso ético-político com a sociedade. Isso porque a ciência, atualmente, cumpre um papel ideológico e, no caso hegemônico, uma ideologia de dominação que serve ao capital, por isso se caracteriza como hiper-especializada, com uma linguagem restrita e acessível para poucos (Habermas, 1983). Apostamos na ciência descrita por Santos (1989), que prevê uma ruptura epistemológica, ao aproximar seu discurso ao discurso do *sensu comum*, possibilitando um diálogo entre ambos e atenuando os espaços que os separam, incluindo os que vivem na realidade estudada, para que estes tenham acesso ao conhecimento construído por essa ciência, até então, inatingível.

Propomos um modo de fazer pesquisa que não traga os problemas investigados de forma pronta; para isso, devemos nos aproximar dos que vivenciam a realidade para, junto com eles, refletir e elencar as reais prioridades que devem ser compreendidas e estudadas. Tentamos explorar problemáticas e desenvolver métodos que visam diminuir os espaços existentes entre os que estudam os problemas e os que vivem os problemas, assumindo que, a estes últimos, também cabe um papel ativo acerca dos questionamentos levantados durante a investigação. O pesquisador deve estar aberto para a "imprevisibilidade" e a "desordem", agindo de forma "espontânea" e "criativa" acerca dos novos elementos que o outro traz para o seu processo investigativo.

Essa não é uma tarefa fácil, pois, como afirmado por Santos, prevê uma ruptura na maneira pela qual estamos preparados a fazer ciência. Faz-se necessário, uma postura que

inclua outros olhares, complementares aos nossos, que nos auxiliem na construção de novos caminhos de pesquisa. Dessa forma, tentamos nortear nossas escolhas de investigação baseando-nos nos desafios pontuados por Minayo (2008, p. 16-17):

(a) Necessidade de se construir uma abertura para modelos de “investigação por problemas”, que rompam a lógica unidisciplinar e adotem estratégias inter e transdisciplinares. Essas estratégias devem ser entendidas como a construção de possibilidades de trânsito por campos de conhecimento distintos (Minayo, 2003; 2005);

(b) A construção de um *pensamento complexo*, que atua pela busca de interações e interconexões entre conceitos, noções e métodos das várias disciplinas e das relações entre o todo e parte que um tema específico representa (Minayo & Minayo-Gomez, 2002);

(c) A abertura para o trabalho coletivo, tratando a *pluralidade* de pensamento e de experiências como elementos de enriquecimento do grupo (Minayo, Assis & Souza, 2005);

(d) Por fim, a *articulação dos conhecimentos gerados com as práticas*, voltadas para as necessidades concretas da população (Pellegrini, Almeida Filho & Trostle, 1998).

3.2 Considerações sobre pesquisa qualitativa

Tendo como pano de fundo as considerações anteriores sobre nosso posicionamento enquanto cientistas, seguimos com uma breve discussão sobre o estudo qualitativo.

A abordagem qualitativa preocupa-se com a auto-reflexão e ação emancipatória, na qual o conhecimento da realidade não deve ser o fim em si mesmo, mas um instrumento para a autoconscientização e ação dos sujeitos. “Com isto há uma diminuição entre a produção e a aplicação do conhecimento, bem como um aumento da exigência do comprometimento do pesquisador com a transformação social” (Gondim, 2002, p.150).

A autora ressalta a importância da produção de um conhecimento valorativo e ideológico, em que o processo de investigação não é independente do que é investigado, e nem do investigador que, mesmo assumindo uma posição crítica em relação ao seu papel enquanto pesquisador, não se desvencilha da implicação que tem na pesquisa, pois possui um olhar individual, social, cultural e historicamente contextualizado (Gondim, 2002).

Os métodos qualitativos têm como objetivo construir um modelo de entendimento de ligações entre elementos que não necessariamente são visíveis ao olhar comum, procurando entender a maneira como o fenômeno estudado ocorre ou se manifesta. Para isso, a interpretação do investigador deve ser feita através da perspectiva do outro, ou seja, do entrevistado (Turato, 2005).

Nesse sentido, Minayo (2008), afirma que a abordagem qualitativa não pode ser objetivada e deve se afirmar no campo da subjetividade e do simbolismo, persuadindo a compreensão das relações entre os fenômenos. O estudo qualitativo deve ter sua visão voltada não para o fenômeno em si, mas para o *significado* que ele apresenta na vida dos sujeitos, pois é em torno do que as coisas significam que as pessoas organizam seus modos de vida (Turato, 2005).

Isso nos auxilia, pois, ao procedermos com a pesquisa, entendemos que devemos estar atentos à nossa implicação no processo, não a negando, mas colocando-a para ser analisada em conjunto com toda a investigação. Ao admitir que não procuramos uma resposta objetiva e única, aceitamos as limitações e potencialidades de lidar com elementos na construção do caminho investigativo que não dependem apenas do nosso ponto de vista. Quando buscamos o *significado* para o outro, através da fala do outro, trabalhamos com leituras que não compreendem certo ou errado e, facilmente, podemos nos perder em nossas próprias convicções.

Reforçamos nossa condição ao construir o estudo de maneira conjunta com todos os que estão envolvidos nele, considerando a visão de quem vive a realidade estudada e reafirmando nosso comprometimento com a transformação social, que passa tanto pelo sujeito que participa da pesquisa, quanto pelo conhecimento que produzimos, reconhecendo

que o processo culmina em efeitos em nós mesmos pesquisadores e que, por isso, precisam ser constantemente revistos.

Por fim, esses são os referenciais que devem embasar nossa investigação, pois, além de caracterizarem nossa posição ético-política, é apenas através desse olhar - global, integral e que coloca a experiência do participante no centro da pesquisa - que poderemos responder às nossas perguntas investigativas.

3.3 A Experiência e a Linguagem

Com o intuito de contextualizar nossos questionamentos e objetivos, propomos um debate, que ainda pode ser aprofundado, acerca dos conceitos de experiência e linguagem. Sustentando-nos na abordagem fenomenológica, pretendemos esclarecer o que buscamos quando nos dispomos a compreender a *experiência* dos residentes, justificando a escolha de nosso método construído a partir da *linguagem*.

A experiência é uma corrente subjetiva que flui espontaneamente e na qual vive o sujeito. Essa seria a *experiência essencialmente real ou imediatamente vivida* que, “como uma corrente de consciência, carrega consigo laços espontâneos, traços de memória, etc., relativos a outras experiências anteriores” (Schutz, 1979, p.312). Para que tal experiência torne-se *subjetivamente significativa* é necessário que haja reflexão, através de um processo retrospectivo, assim, a experiência essencialmente real pode ser conscientemente apreendida e cognitivamente constituída. Cada pessoa, ao longo de sua trajetória, reúne um *estoque de experiência* que a auxiliará na definição de situações, bem como, facilitará guiar sua conduta nelas (Schutz, 1979).

Quando se pensa na experiência enquanto modo de estar no mundo, o corpo se apresenta como nossa forma de inserção nele, isto porque é através dele que os objetos e espaços ganham sentido para a pessoa, sendo o corpo responsável por fornecer a perspectiva pela qual o sujeito se coloca no espaço e manipula os objetos. “É por ter um corpo – ou ser no

corpo – que estamos situados, que somos irremediavelmente seres em situação” (Rabelo et. al, 1999; p.12). É nele que estão inscritas as várias dimensões da vida, como experiências passadas, esforços concretos e projetos que intervirão na realidade. Tais dimensões não são superpostas nem se perdem na história, mas sim, integram-se de tal forma a constituir um esquema corporal que poderá expressar uma modalidade particular de ser no mundo.

Em um breve levantamento teórico, Gomes (1997) define a experiência como a relação entre o ser vivo e o seu contorno físico e social, denominando um mundo objetivo composto tanto pelas ações humanas quanto pelos sofrimentos. Ela seria o fundamento de toda a ação e de todo o saber, garantindo o senso de conexão e continuidade: é “sempre experimental e representa um esforço para mudar o dado e para se projetar ao desconhecido” (ibidem; p.308).

Portanto, quando falamos da experiência vivenciada pelo residente, nos referimos à *experiência significativa*, situada no corpo, e que leva o sujeito a se permitir a transformar elementos advindos dele próprio, isto é, que causa efeitos e que pode ser transmitida verbalmente. E para isso, remetemo-nos a Ayres (2008) que afirma que é apenas através da linguagem que podemos estudar a experiência de alguém, por isso esta se revela como conceito chave para o olhar sob nosso material de pesquisa. Em outras palavras:

‘A linguagem é a morada do Ser’, disse Heidegger; ‘o Ser que pode ser compreendido é linguagem’ afirmou Gadamer. Ou seja, a linguagem não é toda a experiência, mas a compreensão de qualquer experiência humana implica a linguagem (ibidem, p.53).

Nesse sentido, o autor afirma que, tanto a hermenêutica quanto as correntes filosóficas contemporâneas entendem a linguagem como um modelo de participar do mundo vivido e não como a representação do mundo, em que signos lingüísticos são criados para corresponder a elementos existentes na experiência concreta. A linguagem deve se caracterizar como um meio comunicacional, em que a sua apropriação e produção é dada por um outro e pelo mundo compartilhado. Emerge, assim, como “expressão dos diversos sujeitos

e transformação dos diversos sujeitos, regulação da coexistência desses sujeitos e transformação do seu mundo de compartilhamentos.” (ibidem, p.44). Ela não deve ser vista como algo produzido por um único indivíduo, qualificada como representação unívoca entre signo e significado, já que nasce como comunicação dada entre sujeitos, sendo sempre um momento do curso dialógico de sua produção (Ayres, 2008).

O homem não possui a palavra ou a linguagem como coisa, ou como faculdade, mas o homem é palavra e enquanto palavra, estando tecido em palavras e que, portanto, o modo de viver deste próprio sujeito é dado na palavra e como palavra (Bondía, 2002).

Por isso, entendemos que os conteúdos revelados verbalmente - nas entrevistas e nos grupos focais - não significam uma representação objetiva de fenômenos, mas sim, um momento de construção de saber a partir do encontro de experiências. Justificamos a importância do método que, baseando-se nos pressupostos apresentados sobre experiência e linguagem, será o meio pelo qual obteremos o material para análise.

4. O Campo

4.1 O Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos Psiquiátricos – GGAM

O GGAM é intitulado “Meu Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos Psiquiátricos – Retomando o Controle”. É dividido em cinco passos, sendo que o último se caracteriza por uma revisão dos assuntos trabalhados nos passos anteriores. É constituído por pequenos textos, perguntas, exemplos de narrativas de usuários canadenses e brasileiros, e alguns recursos visuais, como tabelas e ilustrações.

No texto introdutório, contextualiza a pesquisa GAM e destaca o seguinte trecho:

Num contexto em que o tratamento farmacológico aparece amplamente privilegiado para enfrentar os problemas de saúde mental, a Gestão Autônoma da Medicação tem como objetivo possibilitar que as pessoas se aproximem de uma medicação que lhes convém e que os tratamentos em saúde mental levem em conta outros fatores que intervêm nos processos de melhoria (GGAM, p. 06).

Ainda na introdução, em um item intitulado “Seu Guia”, o texto ressalta o debate acerca da autonomia, destacando outro trecho:

A Gestão Autônoma da Medicação, em primeiro lugar e principalmente, é um processo de aprendizado sobre sua medicação e de seus efeitos em todos os aspectos da sua vida. É um processo de questionamento respeitoso das suas necessidades e das suas vontades em relação a sua medicação. Neste sentido, a GAM não é um fim em si mesmo, é apenas uma parte do caminho em direção a uma melhora no seu bem-estar. Você deve sentir-se à vontade para adaptá-lo a sua própria situação e envolver as pessoas e recursos que irão lhe apoiar neste processo (GGAM, p. 07-08).

O primeiro passo, *Começando...*, apresenta a narrativa “Eu sou uma pessoa, não uma doença” e depois abre para o debate. O objetivo é que os participantes possam refletir sobre outros aspectos de vida, para além da doença.

O segundo passo chama-se *Observando a mim mesmo...* e inicia com um texto que afirma que a decisão de tomar a medicação é do usuário, propondo que, para poder tomar essa decisão é importante ter informações sobre o tema. Depois segue com perguntas sobre diversos aspectos da vida dos participantes, como *Qualidade de vida, condição de vida, pessoas à minha volta, minha saúde, minha medicação e os efeitos de minha medicação*. Todas as perguntas são acompanhadas por espaços reservados para que a pessoa escreva o que lhe é requisitado. O objetivo é que o usuário reflita sobre esses aspectos em sua vida e registre as respostas, transformando o GGAM, além de diário dos trabalhos realizados no grupo, em um manual de consulta com dados a seu respeito, como, “Quem procurar em caso de crise” ou “Efeitos de minha medicação”.

O terceiro passo, *Reconhecendo...*, traz o tema das *necessidades básicas dos seres humanos*, como *sono, alimentação, liberdade, pertencimento*, etc., trabalhando com textos, perguntas e exemplos de narrativas. Depois, segue com o tema de *recursos*, em que conversa sobre os serviços e pessoas que auxiliam na melhora da qualidade de vida. O passo ainda contém o item *Meus direitos*, no qual apresenta a *Carta dos Direitos dos Usuários* e o item *Medicação*, com informações sobre os medicamentos, como *receita, família medicamentosa, efeitos, interações, contra-indicações e meia-vida*.

O quarto passo, *Escolhendo...*, dispara a reflexão acerca da importância de se adotar uma postura questionadora em relação à medicação, trabalhando, por fim, as dúvidas e decisões quanto ao tratamento medicamentoso de cada um.

Por último, o mais extenso, o quinto passo intitulado *Facilitando o caminho*. Ele revisa os passos anteriores, com novas perguntas, mais objetivas, acerca dos temas já trabalhados. O objetivo é rememorar os assuntos discutidos, provocando novas reflexões em um grupo, de alguma forma, já transformado pelos encontros anteriores. O guia ainda traz, como anexo, um índice de Medicação Psiquiátrica, com os nomes comerciais e genéricos dos medicamentos normalmente utilizados no Brasil.

4.2 Conhecendo os parceiros: os residentes participantes

A pesquisa foi composta por quatro residentes do primeiro ano do programa de residência médica em Psiquiatria, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Campinas (SP); e dois residentes do primeiro ano do programa de residência multiprofissional em Saúde Mental, do Núcleo de Educação em Saúde da Faculdade de Educação da UFRGS. Os residentes participaram de Grupos de Intervenção *GAM* (GI), propostos de forma a compor, especificamente para estas turmas, a grade curricular destes programas de residência. Os dois campos utilizaram o

mesmo método e material, se diferenciando por algumas especificidades que descrevemos abaixo:

Residentes de Psiquiatria: os quatro pós-graduandos médicos estiveram em nove encontros, com periodicidade quinzenal, revezando-se em dois ou três residentes por grupo, o que resultou em cerca de cinco a seis encontros para cada um dos participantes. O grupo se reunia nas quartas-feiras em uma sala do Departamento de Medicina Preventiva Social, localizado no prédio da FCM. Era constituído, além dos estudantes, por sete usuários e três facilitadores pesquisadores do grupo de pesquisa Interfaces: uma psicóloga, doutoranda; uma terapeuta ocupacional, bolsista CNPq, modalidade EXP; e um psiquiatra, bolsista CNPq, modalidade EXP. Esse grupo, especificamente, possuía como critério incluir usuários caracterizado por serem militantes da saúde, com reconhecida circulação pelos espaços de controle social e com trajetória de participação política na rede de saúde mental. Dividiam-se entre conselheiros locais de saúde e integrantes da Associação de Usuários, Familiares e Amigos de usuários da rede de saúde mental do município de Campinas (AFLORE).

Os residentes de Campinas acompanharam os passos: *Observando eu mesmo, Reconhecendo, Escolhendo*, presentes entre os períodos de agosto a dezembro de 2009 - do terceiro ao décimo segundo encontro - e depois encerraram suas participações, pois, com o fim do ano letivo, não foi possível incluir o *GAM* na grade curricular do segundo ano do Programa.

Residentes de Saúde Mental: diferente dos residentes médicos, os multiprofissionais participaram, sem se revezarem, em encontros que, pela especificidade da rotina do CAPS, aconteciam semanalmente. Estiveram presentes do décimo sexto ao vigésimo segundo encontro, ou seja, a partir do quinto passo, último do centro, resultando no mesmo número de encontros, seis, porém com frequência constante e em um período menor: dois meses. O grupo se reunia nas segundas-feiras, em uma sala dentro do CAPS Centro, em Novo Hamburgo (RS), e era constituído por sete usuários, uma psicóloga do próprio CAPS, um psiquiatra que atuava na rede do município e que participava enquanto pesquisador e facilitador, uma psiquiatra bolsista CNPq, modalidade EXP e uma estudante de psicologia, bolsista CNPq, modalidade IC.

Os dois campos foram norteados pelo GGAM. Cada participante possuía o seu próprio *Guia*, o que possibilitou que o mesmo se tornasse o registro dos produtos construídos, individual e coletivamente, no grupo. As dinâmicas dos encontros eram pensadas buscando-se valorizar a voz dos usuários, de maneira a serem requisitados a apresentarem suas próprias experiências sempre de forma reflexiva, para que assim, pudessem enxergar-se e colocar-se nas relações e nos espaços, em um percurso que caminhasse para um modo de ser mais autônomo.

5. O método

Si mis heridas no resplandecen em los ojos de quien las mira, son estimadas, a lo menos, em la estimación de los que saben donde se cobraron (...) (Cervantes, 1979; p. 239).

5.1 Considerações sobre o método: as técnicas de pesquisa

O método é um meio através do qual as proposições teóricas buscam evidências lógicas, empíricas e insights necessários para a interpretação (Gondim, 2002; p.151).

A primeira consideração que devemos fazer sobre a escolha das técnicas é que elas devem estar fundamentadas no objetivo da pesquisa e consoantes com a ciência que se pretende construir (Gondim, 2002). Assim, considerando nossos objetivos investigativos e apoiando-nos nas questões trazidas anteriormente sobre o nosso modo de fazer pesquisa, elegemos utilizar como estratégia de campo entrevistas, mais especificamente, grupo focal e entrevista aberta.

De um lado porque, como já discutimos, é apenas através da linguagem que poderemos descrever e compreender a experiência dos residentes como participantes dos grupos GAM. Por outro lado, entendemos que as entrevistas, também por estarem no campo da linguagem e da interação social, dão suporte à nossa concepção de ciência, como afirmado por Miranda et al. (2008), ao possibilitarem uma ação política, por serem capazes de deslocar os participantes do plano do vivido cotidiano, “levando-os a protagonizar novas e/ou diferentes observações, análises e perspectivas” (ibidem, p. 268).

Quando realizamos entrevistas em uma pesquisa, estamos dando possibilidade para que as pessoas - ao exporem suas experiências em palavras faladas - tenham um papel ativo, optando por quais e como essas experiências poderão se transformar em novo conhecimento.

5.2 Discussão sobre a técnica das entrevistas

Segundo Minayo (2008), a entrevista é a estratégia mais utilizada nos métodos qualitativos que têm a linguagem, no caso a linguagem verbal, como meio para construção de informação sobre um tema, em um processo realizado através da interlocução de duas, ou mais, pessoas.

Podem ser classificadas em (a) *sondagem de opinião*, com utilização de questionário fechado em que as respostas do entrevistado estão, exclusivamente, relacionadas às perguntas elaboradas pelo pesquisador; (b) *entrevista semi-estruturada*, com perguntas fechadas e abertas, combinadas, em que o participante tem flexibilidade de falar sobre o tema, sem estar condicionado à questão; (c) *entrevista aberta ou em profundidade*, em que as perguntas do entrevistador têm como objetivo aprofundar as reflexões do participante, que tem a possibilidade de falar livremente sobre um tema; (d) *entrevista focalizada*, na qual a meta é o esclarecimento de um determinado tema; (e) *entrevista projetiva* que utiliza dispositivos visuais, como vídeos, fotos e poesias para disparar questões sobre temas considerados de difícil abordagem; e por fim, (f) *grupos focais*, caracterizados como

entrevistas em grupos pequenos e homogêneos e que se fundamenta na premissa da capacidade do ser humano em formar opiniões e atitudes na interação com o outro (Minayo, 2008).

Utilizadas como fonte de informação, as entrevistas podem fornecer dados de duas naturezas: *objetivos* ou *concretos*, que poderiam ser obtidos por outros meios, como censos e estatísticas; e *subjetivos*, que só podem ser obtidos com a contribuição da pessoa, pois tratam “da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia” (ibidem, p.262).

Nossa pesquisa propõe-se a estudar o material de conteúdo *subjetivo* e para isso optamos por utilizar *grupos focais*, combinados com *entrevistas em profundidade*.

5.3 Os Grupos Focais

O grupo focal é uma técnica que vem sendo amplamente utilizada por pesquisadores da saúde e da educação, mostrando-se uma estratégia eficaz nos estudos qualitativos por valorizar conteúdos advindos dos próprios participantes acerca da realidade vivida por estes (Miranda et al., 2008; Minayo, 2008; Gondim, 2002; Aschidamini et al., 2004). “Essa técnica permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações se encontram associados a determinado fenômeno” (Miranda et al, 2008; p. 250). É utilizado para agrupar informações para tomada de decisão, para promover auto-reflexão e transformação social, ou ainda como técnica de exploração de um tema desconhecido (Gondim, 2002).

Em uma descrição objetiva, trata-se de uma entrevista em grupo, constituída por participantes que tenham características homogêneas, coordenado por um facilitador e acompanhado por um relator e, em alguns casos, ainda pode contar com a presença de um observador. A literatura traz opiniões diversas sobre o número total de participantes, oscilando entre seis e doze (Miranda et al, 2008; Minayo, 2008; Gondim, 2002; Aschidamini et al., 2004), mas, como nos traz Gondim (2002), esta quantidade pode ser modificada de acordo

com os objetivos da pesquisa e as características dos sujeitos, pois, quanto maior o nível de envolvimento no assunto, mais as pessoas poderão falar, sendo necessário reduzir a quantidade de participantes. Os objetivos da pesquisa também devem ser considerados em relação ao número de encontros, “mas em se tratando de abordagem qualitativa, ainda que se faça uma previsão inicial, o indicador deve ser a saturação das alternativas de resposta” (ibidem, 2002; p.154), ou seja, o pesquisador deve estar atento se os grupos trazem novos elementos em suas discussões, caso contrário, não há necessidade de novas sessões.

A tarefa do facilitador é de conduzir a discussão focalizando o tema, promovendo a participação de todos os participantes, resolvendo conflitos e aprofundando questões quando estas lhe parecerem pouco exploradas (Minayo, 2008; Miranda et al, 2008; Gondim, 2002). O moderador ainda conta com auxílio do relator, responsável por manter o registro dos processos interativos e de reações individuais - verbais ou não verbais - que se somam à análise do material obtido no grupo (Aschidamini et al., 2004).

O grupo focal valoriza a interação entre os participantes, tendo como pressuposto a construção de conteúdos em que as informações de uns podem fazer emergir elementos de outros (Miranda et al, 2008), em um processo no qual a unidade de análise é o próprio grupo (Gondim, 2002). “Se uma opinião é esboçada, mesmo não sendo compartilhada por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, ela é referida como do grupo” (ibidem, 2002; p.151).

Quando planejamos a pesquisa GAM, tínhamos como previsão utilizar grupos classificados por Morgan (1997, Apud, Gondim, 2002; Miranda et al, 2008) como *auto-referentes*, pois tinham como meta avaliar opiniões e aprofundar sensações e posicionamentos dos residentes que haviam participado dos GÍ's. O nosso objetivo era explorar as idéias dos dois grupos de residentes acerca de temas que seriam trabalhados pelo guia GAM, para depois verificar se os grupos traziam opiniões diferentes sobre os mesmos temas, após os encontros com os usuários nos GÍ's. Com o andar da pesquisa, percebemos que essa estratégia seria insuficiente para responder às nossas perguntas investigativas, pois, além dos problemas no campo reduzirem a quantidade de encontros em que os residentes estiveram presentes, não poderíamos dimensionar se as mudanças apresentadas por eles eram resultado de suas participações no estudo. Além disso, após a realização dos primeiros

grupos focais (T0), avaliamos que o roteiro elaborado inicialmente (ANEXO 8.1) abordava os temas trabalhados no guia sem, necessariamente, fazer alusão aos encontros, o que dificultava ainda mais a nossa proposta. Sendo assim, adicionamos aos segundos grupos focais (T1), uma pergunta genérica sobre a participação dos residentes, nos grupos GAM. Depois, através de uma análise parcial do material obtido nas transcrições dos GFs, julgamos ainda ser necessária a realização de entrevistas em profundidade, pois entendemos que, para podermos aprofundar a nossa questão, precisaríamos do auxílio de uma técnica diferente.

5.4 Apresentação preliminar do material adquirido nos grupos focais

Seguiremos com a leitura preliminar do material adquirido nos Grupos Focais T1, pois é durante esses momentos que o tema do grupo GAM é discutido. Apresentaremos um resumo da discussão ocorrida neste momento, seguindo a ordem em que os temas surgiram. O intuito é, a partir desta primeira apresentação, recolher elementos que auxiliem na análise dos próprios grupos e das entrevistas. As setas indicam falas literais que exemplificam os temas.

T1 – Campinas – 1 moderador, 1 relator e 5 residentes

O grupo foi realizado em uma sala do depto. de Medicina Preventiva e Social da FCM, Unicamp. Os participantes sentaram-se em torno de uma mesa circular intercalados entre dois residentes, o moderador, três residentes e o relator. Durante este intervalo do grupo focal - em que o tema debatido foi o GAM - não houve discordância entre os residentes que se complementavam, muitas vezes falando ao mesmo tempo e interrompendo os argumentos uns dos outros. O tema despertou empolgação, visivelmente notada no tom das falas e em suas expressões. Os facilitadores intervieram apenas para aprofundar algumas questões.

Todos falaram igualmente, com exceção de um participante que permaneceu um pouco mais calado, mas que apresentou sua opinião em todos os assuntos.

O tema do Gam foi introduzido pela pergunta:

“Acho que a gente poderia falar dos grupos, né? O que vocês fizeram, o que vocês acharam...”

Iniciaram este momento do grupo focal, dizendo que tinham gostado do grupo GAM. As observações que fizeram centravam-se nos seguintes pontos:

a) Especificidade do grupo:

Reforçaram a singularidade do grupo, composto pelos usuários *“Top Five”*, colocando que a maioria dos pacientes que atendem, não *“tem tanta consciência crítica da doença”*, nem são tão *“engajados no tratamento”*.

b) Dinâmica do grupo e seus efeitos sobre a narrativa dos usuários

Observaram que a dinâmica do grupo permitiu uma relação em que os usuários se sentissem mais livres para falar, o que *“propiciou uma boa interação entre o tipo de pensamento deles”*. Afirmaram que, ao interagir com o pensamento deles, puderam ver o *“tipo de sabedoria do paciente”*. Citaram como exemplos frases ditas pelos usuários:

⇒ *“Eles tinham frases fantásticas assim, por exemplo, ‘ah, tem gente que fala: de médico e louco todo mundo tem um pouco, mas as pessoas não sabem o que é ser louco para falar que de louco todo mundo tem um pouco. Eu sou diferente dessas pessoas, elas não vão entender, só eu entendo porque eu que sou louco, sabe? Então não é para banalizar a minha condição, eu sou doente mental, isso é diferente, a gente precisa batalhar muito mais para ser o que a gente é”*

c) a assimetria da relação médico-paciente não pode justificar a distância entre eles

Sobre o medo dos usuários para questionarem os médicos, concluíram que tal sentimento é ocasionado pela *“assimetria da relação”*, causada pelo conhecimento e pelo nível social dos médicos, usando como exemplo a diferença cultural entre os usuários do Canadá e do Brasil. Ponderaram que, apesar dessa assimetria, é importante que o usuário exponha suas questões para o profissional, pois este não tem como saber *“o que se passa pela cabeça”* do usuário, entretanto, notam que se estes não entendem uma medicação, não se

sentem capazes de contestá-las. Concluíram que sempre há assimetria nas relações, mas ela não precisa ser condição de distância entre paciente e médico, pois, a assimetria desse tipo de relação é concretizada apenas na diferença entre o conhecimento que o médico possui e o paciente não: o segundo está procurando algo que o primeiro pode oferecer.

⇒ *“Em alguns pontos ela tem que ser assimétrica, mas assim, eu acho que você pode se aproximar do seu paciente de uma forma, assim, mais tranqüila; assim, você não precisa manter o tempo todo, não é pelo fato da relação ser assimétrica que o contato com o seu paciente tem que ser distanciado, entendeu?”*

d) Potência do grupo como espaço de esclarecimento sobre a medicação

Seguiram expondo exemplos que ocorreram no grupo, em que os participantes tinham idéias errôneas sobre alguma questão relacionada à patologia ou ao tratamento e que, ao colocarem isso, eles (residentes) puderam esclarecer a questão e, assim, mudar o comportamento do usuário.

⇒ *“‘Eu não sou psicopata não!’. Aí eu disse, ‘Não, não é isso, na verdade está escrito psicopatológico e faz parte da doença, ninguém vai dizer que é um psicopata’... Então a gente teve que explicar tudo, ele acabou ‘Ah, então é isso. Ah...’”*

e) A experiência de participação no grupo e seus efeitos sobre a relação médico-paciente

Relatam que a participação no grupo fez com que *“diminuísse a distância”* entre eles e seus pacientes, nos atendimentos. Citaram exemplos de atendimentos recentes, em que abriram o diálogo para que os usuários trouxessem mais questões, ou para que decidissem mais sobre o tratamento medicamentoso, decorrendo em *“flexibilidade em relação à barganha da medicação”*.

Avaliaram que, ao ajudar a saber *“o que está passando pela cabeça deles (pacientes)”*, a participação no grupo possibilitou mudança na prática do atendimento no sentido de darem mais informações aos usuários sobre as condutas escolhidas. Essa postura possibilitou que a relação médico-paciente fosse melhor trabalhada nos atendimentos, fortalecendo a confiança do usuário no profissional.

⇒ *“E assim, por exemplo, muita coisa... antes... eu acho que... eu perguntava ‘Você usa drogas?’, mas eu perguntava de uma maneira muito... e aí, eu acho que como eles ficavam com medo de falar, ‘Você bebe? Você...?’. Agora eu falo: ‘olha, é muito importante saber se você bebe ou não. Eu não vou fazer juízo, nada disso, mas para eu não escolher a medicação que vai combinar mal com a bebida’”.*

Lembraram que tinham uma idéia errônea dos grupos GAM, porque, no início, imaginavam que os participantes iriam querer cessar o tratamento medicamentoso, o que foi um equívoco, pois os usuários se mostraram conscientes do tratamento, de sua importância e suas conseqüências. Citaram como exemplo situações em que os usuários identificavam-se uns com os outros, através da doença e da necessidade de tomar a medicação.

f) supostos efeitos sobre os usuários

Questionados sobre os efeitos do grupo causados nos próprios usuários, os residentes avaliaram que estes estavam mais *“conscientes do direito deles de discutir com o médico”* e que isso fazia com que a assimetria da relação diminuísse. Enfatizaram a singularidade desses usuários - mais *“engajados”* - o que possibilitava essa aquisição de consciência, prevendo que esse processo poderia não ser possível para outros pacientes.

⇒ *“Porque tem paciente que nem aceita que ele ouvia vozes”.*

g) o que passaram a pensar sobre a prescrição e a relação desta com a identidade do médico

Por fim, ao serem questionados sobre suas idéias sobre medicação, disseram que o que mudou foi apenas a possibilidade de *“barganha”*, pois, por serem médicos, a prescrição de medicamentos está incluída em uma lógica de *“algoritmo”*, muito entrelaçada com a identidade da profissão.

⇒ *“Então o nosso, essa parte da medicina, porque a psiquiatria também tem de medicina, né? É um raciocínio lógico, algoritmo lá, tal, fez, tem mais sintomas, é, leva para tais diagnósticos, tal, tem tal e tal tratamento. Entendeu? E a medicação está incluída nesse tratamento”.*

T1 – Novo Hamburgo – 1 moderador, 1 relator e 2 residentes

O grupo foi desenvolvido em uma sala da Faculdade de Educação da UFRGS. Os participantes se sentaram em carteiras, intercalados entre um residente, o moderador, outro residente e o relator. Este intervalo do grupo fluiu de maneira tranqüila, os participantes não discordaram em nenhum dos temas e, mesmo contando com apenas dois participantes, foram poucos os momentos em que os facilitadores precisaram intervir. Aparentemente, o tema do GAM despertou empolgação entre os residentes, que era visivelmente notada no tom das falas e em suas expressões.

A pergunta que introduziu o tema dos grupos GAM foi:

“E aí? Como é que foi pra vocês participar do GAM? Vocês participaram de todos/ quantos vocês participaram?”

Os residentes responderam entre seis e oito, e passaram a falar livremente sobre os encontros em que estiveram presentes.

a) Dinâmica do grupo

Iniciaram dizendo que o grupo era interessante, pois *“cresceu”* conforme os encontros: no começo os usuários falavam pouco, mas quando foram conversar sobre a medicação se sentiram mais à vontade para falar, em um encontro onde os pesquisadores trouxeram informações sobre os remédios – sintomas e contra-indicação – e os usuários trouxeram seus diagnósticos.

⇒ *“e o grupo foi crescendo, foi muito produtivo, muito criativo e foi muito legal ver eles conversando e dizendo: ‘ah, agora eu sei por que eu tenho que tomar os remédios’.”*

b) Especificidades do grupo e seus efeitos

Eles avaliaram que o grupo GAM era um espaço em que os usuários falavam mais abertamente sobre seus sentimentos em relação à medicação e ao diagnóstico, do que em outros espaços do CAPS, isso porque o grupo se mostrava um lugar protegido, inclusive do

próprio CAPS; os residentes afirmaram que podiam sentir essa diferença ao participarem de outros grupos de tratamento.

c) Possibilidade dos profissionais e residentes entrarem em contato com outras alternativas de tratamento

Outra diferença apontada entre o grupo GAM e outros grupos do CAPS era que no primeiro era possível, tanto para o profissional que participou quanto para eles - profissionais em formação - entrar em contato com outras alternativas de tratamento, em que o paciente tem autonomia no seu tratamento. Comentam que outros profissionais em formação deveriam poder ter contato com a pesquisa.

⇒ *“(...) fazendo uma pesquisa que venha discutir a questão, onde o paciente tem esta autonomia de poder participar do cuidado, de entender que não é só a medicação, por mais que a gente já tenha construído isso ao longo do nosso processo de formação, mas poder ter esta pesquisa, isso pra nós é fundamental é muito importante mais do ponto de vista de formação”.*

d) Fortalecimento das redes sociais dos usuários

Dessa forma, apontaram como positivo, mesmo que o tema central fosse a medicação, poder trabalhar outras questões além do medicamento como as redes e suportes.

⇒ *“abrisse a mente pra todas estas oportunidades que só porque eles têm uma doença eles não têm que ficar voltados só pra isso, eles podem participar de outras coisas.”*

e) Efeitos acerca da passividade dos usuários

Seguiram com exemplos de situações em que os usuários se *“impõem”* ao psiquiatra, em relação à medicação; avaliaram que o GAM conseguiu trabalhar a passividade dos usuários acerca do tema. Citaram o caso de uma usuária com depressão, quieta e pouco participativa

que, depois de participar do GAM e do Seminário que aconteceu em Campinas³, despertou o desejo de participação em espaços diversos, como a conferência estadual de SM.

⇒ *“atingiu certo nível de participação e não só em relação ao tratamento, mas dentro da sociedade mesmo, de exercer a cidadania dela”.*

Deram outros exemplos de como *“esses sentimentos de participação”* foram despertados em outros usuários, mesmo que de forma mais sutil.

⇒ *“o usuário do abrigo conseguiu ver que ele não está tão sozinho no mundo, que ele tem pessoas pra compartilhar, os outros puderam falar dos seus sintomas sem ter medo, nem vergonha, nem medo do preconceito que eles vão sofrer aqui fora. É bom também falar e tocar nos sintomas, é importante pra eles saber como lidar com isso”.*

f) Especificidade do grupo e efeitos em suas formações

Questionados pelo facilitador, os residentes voltaram a falar sobre o GAM como um espaço diferenciado, que possibilitava maior liberdade para os usuários falarem, pois não contava com a presença do psiquiatra e porque os facilitadores conduziam o grupo de forma provocativa, não impositiva. Citaram o caso de uma usuária que não sabia ler, mas que mesmo assim, acompanhava as páginas do guia e no final sempre dizia algo *“muito legal”*.

⇒ *“não se impunha um guia, o guia se construía junto com ele. A forma de condução do grupo, inclusive do guia ter aqueles espaços pra preencher e pra se construir junto”*

³ *Seminário Internacional de Lançamento ARUC - Saúde Mental e Cidadania*, realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), nos dias 28 e 29 de Abril de 2010. Participaram alguns dos usuários dos grupos GAM de Campinas, Rio de Janeiro e Novo Hamburgo. O Seminário também promoveu a eleição de composição do Comitê Cidadão/Usuários do projeto ARUC, em que a usuária em questão foi eleita.

Comentaram dessa diferença entre o GAM e outros espaços, em suas formações. Enxergaram o grupo como um lugar em que o tradicional – os cuidadores impondo os cuidados a serem seguidos pela pessoa – era quebrado, possibilitando o exercício de uma atuação que rompe com o modelo hegemônico. O GAM ajudava em suas formações, pois os incentivava sobre a ver a pessoa no seu contexto, entendendo - a partir do usuário - o que era importante para ele.

⇒ *“inclusive de buscar mais cada plano terapêutico em vez de pensar só na medicação, pensar naquilo que ele pode participar pensar no que tem aqui perto que pode ajudar ele, um ginásio de esporte (...)acho que o grupo potencializa mais isso aí, mesmo que tu já tenha isso construído ele é muito mais esclarecedor. A gente conseguiu ver que ali teve um resultado, então a gente até se motiva a construir pra reproduzir isso”.*

g) Possibilidade de que outros serviços possibilitem uma postura ativa dos usuários, em relação à gestão do tratamento

Depois, ponderaram sobre a possibilidade de, mesmo sendo difícil, todos os CAPS adotarem uma postura em que o usuário possa participar com o mesmo nível que participam do grupo GAM.

⇒ *“aí não só um rompimento de pensamento do hospital, mas de pensamento dos profissionais de compartilhar este cuidado, mas também dos usuários se sentirem cidadãos, se sentirem participante do seu cuidado, se sentirem com capacidade de dialogar isso”*

h) Participação dos residentes no grupo

Novamente questionados pelo facilitador, falaram sobre suas participações; no início, como observadores para não atropelar as falas dos usuários, mas depois, provocados pelos próprios usuários, passaram a falar mais.

i) Efeitos nos usuários

Seguiram discutindo sobre os efeitos do GAM nas pessoas: segundo os residentes, os usuários adquiriram conhecimentos e criaram vínculo com o grupo, despertando a auto-estima em muitos dos participantes.

⇒ *“a alta estima deles, de se sentirem como alguém capaz de dialogar sobre seu tratamento”.*

Citaram exemplo de um usuário que sempre trazia questões sobre medicação – inclusive, informações que ele já sabia - se chateando quando o grupo debatia outros assuntos, e aos poucos, passou a apresentar outras demandas de temas, como política, avançando em seu processo de *“só medicação, só medicação”*.

Resumiram, como efeitos positivos:

⇒ *“nesta questão da alta estima, nesta mudança de usar só o medicamento, que se têm outras alternativas de cuidado, essa questão de achar que é sozinho e que não tem família, mas que tu tens amigo, tu tens o pessoal do CAPS, tu tens a comunidade; acho que nesses pontos deu pra ver que o grupo avançava”*

j) Interesse em continuar desenvolvendo o GAM, no CAPS

Por fim, finalizaram comentando do interesse deles e de uma usuária, em continuar com o grupo GAM no CAPS, mesmo após o término.

5.5 As entrevistas em profundidade

A entrevista aberta é descrita por Minayo (2008) como “conversa com finalidade”, em que o entrevistador, sem utilizar um roteiro ou perguntas pré-estabelecidas, procura aprofundar seu conhecimento acerca de um tema. A seqüência dos assuntos não obedece a uma ordem pré-determinada, segue conforme as relevâncias que o entrevistado dá aos temas, cabendo ao entrevistador conduzir a um número de encontro até que seus objetivos de entrevista sejam cumpridos. Por isso, ele deve ter claro para ele mesmo, o que espera com a entrevista, para poder encontrar, com mais facilidade, fios relevantes para o aprofundamento da conversa. (Minayo, 2008).

O valor da técnica se dá na capacidade desta em aprofundar um tema através da trajetória de vida do sujeito, construindo um conhecimento baseado

em experiências pessoais e singulares. Assim, o entrevistado é concebido como um “exemplar restrito e peculiar de sua cultura e subcultura” (ibidem, p. 266).

Procurando estar em consonância com os nossos objetivos investigativos, optamos por utilizar entrevistas fundamentadas em pressupostos fenomenológicos.

Davidson (2003) nos indica que devemos incluir o entrevistado como o *expert* no tema estudado, ou seja, sua própria vida. É necessário buscar nas narrativas, não a concepção que decorreu no sujeito através de sua experiência, mas a experiência em si. Não é papel da entrevista explorar as razões e os fatores que influenciaram tal experiência; se essas forem questões importantes para o estudo, quem deve ser responsável por respondê-las é o pesquisador, não o entrevistado. Ao invés de pedir para que as pessoas expliquem suas experiências **para nós**, devemos pedir que dividam suas experiências **conosco**, da maneira mais detalhada e fiel à que vivenciaram originalmente.

Para isso, o pesquisador deve investir no preparo da entrevista, principalmente em sua capacidade de conduzi-la; são importantes treino e fundamentação teórica. O entrevistador deve buscar narrativas ricas e descrições detalhadas, procurando histórias particulares e não generalizantes, por isso, as perguntas também devem ser específicas e detalhadas, não podendo ser vagas ou generalizantes (Davidson, 2003).

De uma maneira objetiva e elucidativa, o autor postula algumas idéias de como a entrevista deve ser conduzida para alcançar o objetivo proposto (ibidem, p.69). Assim, deve ser baseada em perguntas abertas que não possibilite ao entrevistador antever as respostas do participante, ao invés de perguntas fechadas que favoreçam o sim e o não como respostas. Para permitir que o entrevistado divida sua experiência e não se sinta na defensiva, é importante evitar questões que se iniciem com “Por que”, optando por aquelas que comecem com “Como” ou “De que maneira”.

Para que a entrevista torne-se mais clara, é necessária a realização de uma pergunta por vez, sendo ela específica e detalhada, fugindo daquelas pautadas em linguagem e jargões técnicos. Devem estar implicadas em uma linha temporal de antes, durante e depois, afastando-se de um estado estático e evitando-se aquelas que questionem sobre os

pensamentos, sentimentos ou estados internos da pessoa, pois pode distanciá-la de sua própria experiência.

Por fim, ao longo da entrevista, o entrevistador deve demonstrar interesse não-verbal, assentindo em momentos apropriados, conforto com o conteúdo da história da pessoa, além de respeito, atento às dicas do entrevistado para não entrar em áreas em que este tenha demonstrado desconforto.

5.6. Apresentação do material adquirido nas entrevistas

Considerando tais idéias, o objetivo das entrevistas é obter a descrição das experiências vividas pelos residentes ao participarem dos grupos GAM, para que, através dessas narrativas, possamos analisar os possíveis efeitos desencadeados pela participação nos grupos. Foram realizadas seis entrevistas áudio-gravadas, uma com cada residente participante, com duração média de 45 minutos e realizadas individualmente pela mesma entrevistadora.

Celso (Campinas)

Descrição concreta do grupo (quanto tempo, quantas vezes, quais passos...)

Celso não participou de todos os encontros, revezando quando precisava ir ao P.S.. Ao todo, calcula de seis a oito encontros, participando dois ou três residentes. Descreve o grupo dizendo ser constituído por pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, algumas com transtorno bipolar.

Visão do residente em relação aos participantes e diferenças em relação aos pacientes do ambulatório

Para Celso os usuários do grupo constituíam um grupo selecionado de pacientes, pois se expressavam muito bem, diferente dos que costuma atender no ambulatório que têm uma

capacidade de abstração menor e são mais negativistas e embotados, fazendo com que seja mais difícil para que o médico consiga explorar o que estão sentindo. O residente reflete se essa não era uma característica de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, ou se esse era um viés do ambulatório - onde são atendidos os casos mais graves e que ficam mais tempos internados - mas ficou na dúvida, pois lembrou que um dos participantes do GAM era paciente do ambulatório.

Visão do residente sobre o funcionamento do grupo

Disse que, no início, os grupos eram mais assertivos e seguiam tarefas com objetivo, já, no final a dinâmica ficou mais solta e fluida. Os residentes falavam pouco, até porque os exercícios eram voltados aos usuários e as suas experiências. Comparou o GAM com um grupo de terapia em que cada um assume um papel - como o de liderança - além das falas dos participantes extrapolarem os temas propostos no guia, onde eles traziam, inclusive, situações que tinham ocorrido durante a semana. Os pesquisadores, apesar de abrirem o espaço para as narrativas dos usuários, se mostravam preocupados com o esquema planejado e, muitas vezes, precisavam conter os participantes quando o tempo ou assunto excedia o objetivo do encontro. Celso reparou que os pesquisadores também davam suas opiniões durante o grupo, o que para ele foi interessante tendo em vista que eles também discordavam entre si.

Temas ou situações descritas

⇒ Discussão da medicação (discussões em que os residentes participavam mais)

No encontro sobre medicação, foi pedido aos usuários que trouxessem os remédios que tomavam, explicando suas funções. Celso lembra que as compreensões dos participantes eram bem diversas das dos residentes, que se sentiram obrigados a esclarecer erros técnicos de concepção, por exemplo, trocar efeito das classes de medicamentos achando que um antipsicótico tinha função de calmante.

⇒ Relação com a família

Celso disse que muitas vezes os participantes extrapolavam os temas sugeridos para falar sobre a família. Usa dois exemplos: um integrante que relatou ter uma relação complicada com a mãe e uma usuária que sentia certa revolta, pois, mesmo estando bem, os familiares ainda tentavam impor decisões à ela.

⇒ Em relação à escuta da história de vida dos usuários

Para Celso o grupo se constituía enquanto um espaço com uma escuta qualificada onde os usuários eram ouvidos com interesse, fazendo com que os participantes se sentissem bem.

Muitas vezes, os usuários fugiam do tema proposto e traziam a história de vida, além de coisas que pensavam e faziam. Assim, segundo o residente, ele pôde conhecer bem os participantes, *“até mais do que alguns pacientes que a gente está atendendo aqui no ambulatório”*.

Celso reflete que os atendimentos que faz no consultório e na residência são orientados por um modelo mais técnico, focados nas queixas e sintomas do paciente; diferente do grupo que possibilitou outro tipo de conversa que explorava a visão dos usuários sobre o tratamento, as instituições, as condutas e os relacionamentos.

“Porque eu acho que no modelo que é a residência aqui, a gente é bem técnico, assim, no nosso contato com os pacientes, né? Acho que o espaço que dá mais contato para você conversar mais, né, de outras coisas que não sejam relacionadas à... aos sintomas da doença, aquilo que você precisa cuidar, que vão alterar a sua conduta médica, né? É na enfermaria que você tem mais... porque o paciente está lá, está internado, você senta ao lado dele... e... e... quer e... tem tempo para tirar essas dúvidas... mas a maioria dos seus pacientes são ambulatoriais, então... e... e a maioria você vai fazer uma consulta, na primeira consulta você vai tirar informações, mas depois você vai estar mais interessado na queixa, como está a resposta da sua última mudança da medicação, né, tal... E aí, se o paciente traz alguma coisa do que está acontecendo em casa, tal... A gente discute...”

⇒ Em relação ao seu papel e postura no grupo (Limite por estar apenas como observador)

Celso aponta que o seu papel foi de observador, descrevendo o grupo composto por três frentes: os pacientes que faziam as tarefas, o pessoal do projeto, que propunha as tarefas

e os residentes, como convidados especiais que, muitas vezes ficavam “*sobrando*”. Para ele essa situação foi um pouco incômoda, pois está acostumado a assumir funções mais ativas.

Apesar do lado ruim da passividade, o papel de observador lhe permitiu analisar, além dos usuários, a dinâmica do grupo.

Em alguns encontros, os residentes acabavam por falar mais, principalmente quando o assunto era mais técnico, ou quando os usuários os chamavam para responder dúvidas.

Afirma que o que mais lhe trazia interesse era quando os usuários falavam sobre suas histórias de vida, relacionamentos, redes, etc.

Visão do residente sobre a participação dos usuários na GAM

Na avaliação de Celso, os usuários gostavam do grupo, pois faltavam pouco e, no final, se mostraram tristes com o término do GAM. Os integrantes aproveitavam o espaço para falarem deles e de suas relações o que, segundo o residente, fazia com que eles gostassem de participar, pois eram ouvidos com qualidade e interesse.

Ele não soube dizer se o grupo serviu para potencializar a autonomia dos participantes, disse que não chegou a perceber mudanças, mas que, em parte, era porque os usuários já eram autônomos em relação à doença e ao tratamento.

⇒ Os efeitos na prática profissional

Celso reflete que agora está mais atento quando vai negociar o tratamento com a família, pois percebeu que nem sempre o que ela faz está de acordo com a vontade do paciente, mas, mesmo ciente desse processo e de possuir mais elementos para tomar alguns tipos de decisões, não consegue fazer grandes mudanças em seu atendimento. Segundo ele, a questão é complexa, pois a família ainda é o maior suporte do usuário.

Ainda sobre os efeitos em sua prática, fica em dúvida se a participação no grupo provocou mudanças em sua formação, mas afirmou ter acrescentado elementos, principalmente no que chamou de “*outra visão dos pacientes*”, estando mais aberto à escuta de vida de pacientes esquizofrênicos, no consultório.

“Ah, eu acho que abre os olhos para, eu acho que assim, não é uma coisa simples: “agora mudou e eu vou fazer diferente”, não é assim, mas, talvez, te deixe mais atento, né? Quando essas questões surgirem. Então, elas continuam sendo mais complexas, do mesmo jeito, porque, você não pode... é... né... não sei... Tudo bem, seu paciente melhorou, mas é complicado, né? Mas eu acho que... que... a fala deles ajudou a colocar mais atenção para isso mesmo. Né? Levar mais em consideração...”

⇒ Em sua formação

Afirma usar as histórias dos participantes da GAM, como exemplos de discussões de caso. Achou que a experiência do grupo qualificou sua formação, pois trabalhou com conceitos importantes para incentivar autonomia em seus pacientes.

O que mudaria na GAM (Potencialidades se tivessem participado mais ativamente)

Para Celso, a participação dos residentes poderia ter sido melhor se eles tivessem um papel mais ativo, por exemplo, se tivessem tido um treinamento e fossem os aplicadores do guia, com a participação de um observador/supervisor. Assim, teriam uma relação intensa, podendo adquirir mais elementos em suas formações e se tornando propagadores do projeto.

“Ah, não sei porque não fez, né?... Mas assim, talvez... ahn... porque, afinal, era um projeto de autonomia, né? De... e... e... mais para frente eu acho que a gente vai ter que trabalhar, vai ter que ajudar resgatar sua autonomia, né? E era um... era um... exercício de estratégias, né? Que a gente pode ser propagador disso, também, né? Nesse sentido, né? De adicionar para você na... sei lá, trazer a discussão, né, no grupo, com o paciente...”

Claudia (Campinas)

Descrição concreta do grupo (quanto tempo, quantas vezes, quais passos...)

Não lembra com certeza, mas calcula ter participado de mais de cinco grupos.

Visão sobre o funcionamento do grupo

Para Cláudia, o grupo GAM teve uma dinâmica fluida com coesão entre seus membros, mas, diferente de um grupo terapêutico, não havia a figura do terapeuta e dos pacientes, por isso ela o comparou com um “*grupo de conversa*”. Nele, os usuários executavam as tarefas e os residentes participavam como observadores, até o momento em que a discussão era iniciada, em que eram incluídos, mesmo sem falar muito.

Visão da residente sobre os participantes (Relação dos participantes com a doença e a SM)

Os participantes eram especiais, pois refletiam e se interessavam pelos temas da doença e do tratamento, com histórias de superação da doença que eram apresentadas, por eles mesmos, em eventos e congressos. Claudia também cita o exemplo de um usuário que casou com uma mulher diagnosticada com transtorno mental e que contava no grupo, como fazia para manejar a crise da esposa.

Para a residente, a participação no grupo já era uma forma de selecionar usuários com essas características, pois, segundo ela, o fato deles aderirem aos encontros mostrava interesse e disposição para discutir e refletir sobre os temas.

Temas ou situações descritas

⇒ Visão dos usuários

Disse ter gostado de entrar em contato com a visão da pessoa com transtorno mental.

“Os pacientes, assim, eu achava muito legal eles mostrarem a visão do doente mental para a gente, então, eles falavam assim, às vezes tinham umas frases que eu me lembro que me chamaram muito a atenção. Tinha um que falava assim: ‘ah, não, porque tem gente que fala que de médico e louco todo mundo tem um pouco... ah, quem fala isso não sabe o que está falando, não sabe o que é loucura, o que é doença mental, as coisas que a gente passa. Eu sou louco, agora as pessoas que falam que tem um pouco de louco é porque não são loucas, eu sei o que é, o que eu passo e o que eu faço para superar’”.

⇒ Discussão de medicação e a relação entre médico e paciente

Na opinião de Cláudia, os usuários se interessaram mais pelo tema da rede de apoio do que pelo tema da medicação. No encontro, tinham como tarefa preencher perguntas sobre a medicação, entre elas o que achavam positivo e negativo em relação a tomar remédios, o que os confundiu, pois, ao invés de falarem da medicação, falavam pontos negativos deles (Cláudia não conseguiu lembrar exemplos concretos). Quando questionada, a residente refletiu que isso poderia acontecer, porque, ou os usuários preferiam falar deles a falar do remédio, ou tinham a trajetória tão colada com a medicação que já não podiam se separar.

Ela disse que os usuários fizeram algumas perguntas aos residentes sobre os psicofármacos, mas que, em sua visão, as dúvidas não denotavam angústias ou questionamentos, elas surgiam com o sentido de compartilhar, como em uma conversa, mostrando que os participantes eram conformados com o fato do papel de prescritor pertencer ao médico.

⇒ Rede de apoio

A rede de apoio foi um tema rico, pois os usuários consideraram desde o SAMU, até o time de futebol, abarcando as pessoas com quem podiam contar nos momentos de crise. Para ela, os integrantes se empenhavam mais para discutir esse assunto.

⇒ “Oposição” entre a Dra. (técnico) e a pessoa com nome

Na visão de Cláudia, os usuários separavam o momento em que se dirigiam ao médico do que se dirigiam à pessoa, utilizando o nome do residente quando queriam falar sobre algo e a palavra “doutor”, quando tinham uma dúvida técnica. Algumas pessoas eram referidas apenas pelo nome (talvez porque os participantes estivessem mais familiarizados), outras apenas pelo “doutor” e outras, como ela, eram “intermediárias”, às vezes como “doutora” e às vezes pelo nome.

A residente ainda refletiu que, apesar de ser médica, não estava participando enquanto tal, pois, mesmo sendo chamada de “doutora” e solucionando algumas dúvidas técnicas, se sentia “*participando da roda*” com uma função diferente daquela do consultório.

“Mas, é, a gente estava participando lá, apesar da gente sermos doutores, né, mas a gente estava participando das histórias, eu achei, a gente não estava no papel de doutor, apesar da gente, de ser chamado de doutor lá. Quando tinha alguma coisa técnica que eles queriam perguntar, às vezes até eles viravam e perguntavam para gente, né, ah, da doença, da dúvida do conceito... ‘ah, doutora, mas e o diagnóstico’, eles perguntavam. Mas eu tive a impressão que a gente estava, assim, participando da roda, não, ah, como uma função do consultório, do, do setting da consulta”.

⇒ Visão do que pensam os pacientes em relação à medicação e à psiquiatria

Cláudia singulariza o espaço do GAM, pois, ao mudar do *setting* da consulta, pôde entrar em contato com uma visão dos usuários que normalmente não entraria. Segundo ela, descobriu que, ao contrário do que se prega em alguns espaços de congressos e do próprio programa de residência, os pacientes estão satisfeitos com a medicação que utilizam, conformados com a relação em que o médico é o prescritor e, por isso, não precisam questioná-lo. Ficou surpresa por ouvir dos próprios pacientes, em um grupo de medicação, pacientes que eles não faziam questão de aumentar sua participação nas decisões do tratamento, já que confiavam no médico. A residente concluiu que a preocupação de se repensar o esquema prescritório vem por parte dos profissionais e não dos usuários.

“Eu acho que foi uma visão diferente e importante, como eu havia falado. A gente consegue, quando muda o espaço, quando muda a forma das coisas funcionarem, as formas das coisas acontecerem, você tem uma visão diferente, né, do grupo, do paciente, do processo, do processo de (visão??) do tratamento e quebrou muitas coisas que eu, que assim, na verdade, alguma coisa do senso comum que as pessoas pensam, que as pessoas disseminam foram quebradas nesse grupo e eu achei que foi muito importante ter, ter isso no começo da minha formação, uma atividade, não precisa ser exatamente um... essa, o GAM, mas uma atividade onde a gente possa dar uma escuta diferente para o paciente do que numa consulta, né? Então, eu vi muita gente que pensa assim que paciente é, que o médico impõe o remédio, que o paciente, sabe, é, uma vítima do sistema psiquiátrico, mas quando eu vi lá, eles estavam muito bem resolvidos de tratamento, de medicação, sabe, é muito diferente do que, é, é pregado que o paciente: ‘ah, não, que o médico cega, que o médico..’ muita gente, assim, tem uma visão meio enviesada e preconceituosa da psiquiatria, a gente pôde perceber que essa visão é mais de quem não recebe o tratamento e não é o paciente, o paciente é sim... todos eles entraram em consonância de que o tratamento era bom para eles, de que eles precisavam e estavam desde o início do tratamento, desde o início a prescrição do médico. Às vezes eles não queriam saber o que o remédio causavam neles, eles falavam assim, né, ‘o médico sabe o que ele está fazendo’. E eu

fiquei surpresa, porque eu achei que se eles estivessem lá, eram pessoas interessadas e queriam mesmo colocar o, o questionamento, querer saber, mas não queriam saber. Eles estavam lá para interagir, para trocar experiências, mas, eu tive a impressão de que a medicação era sempre um tabu. É, não achei que eu ia ver isso, ainda mais num grupo de medicação. Não, eles estavam lá por outros motivos, eu ache”i.

Visão da residente sobre a diferença do grupo GAM e do atendimento de psiquiatria

Claudia compreende que o espaço do grupo GAM era diferente do espaço da consulta, principalmente porque no primeiro não havia um terapeuta ou alguém que representasse o papel de médico. Dessa forma, a conversa não era dirigida como em um atendimento e os usuários podiam falar sobre suas experiências de uma forma aberta, coisa que não acontece – e nem é objetivo acontecer – em uma consulta, permitindo com que os participantes trouxessem demandas que não as “demandas da consulta”.

“Muito mais do que falar da cartilha e sobre medicação, é falar deles estarem lá reunidos, vê-se que era outro o objetivo deles, né? Para a gente, né, vê isso, é, é muito legal, né, você ver, hã, porque como eles vinham, assim, com essas experiências, era legal a gente poder compartilhar desse tipo de experiência com os nossos pacientes que muitas vezes a gente não tem espaço na consulta e nem é o objetivo, entende, mas lá a gente teria, assim, esse, essa coisa, então”.

A residente reflete sobre a função do médico, dizendo que ele não deve cumprir o papel da família ou de amigos; e que em um grupo terapêutico, por exemplo, ele não deve representar o papel do médico, como os pacientes podem querer.

“O paciente pode ter um vínculo bom com você, você pode ter um conhecimento das coisas do seu paciente, mas você nunca vai ser um amigo do seu paciente, nunca vai fazer um papel de família do seu paciente, você tem o seu papel. Esse papel pode ser bem exercido, o paciente pode estar vinculado à você, mas eu acho que o papel lá que estava sendo exercido no grupo é um papel que o grupo, é como se eles tivessem, assim, num grupo de amizade conversando entre eles sobre as experiências, essa era a impressão que eu tinha. Eu tenho pacientes que às vezes trocam os papéis (...) Sobre um paciente que atende no ambulatório: Eu senti que ele veio visitar, como seu eu fosse assim, uma família dele, né? Que ele falou, não, eu quis vir aqui para dizer que está tudo bem. Sabe, mas ah, geralmente não é o que a gente tem, a gente cumpre um papel social diferente, né? As pessoas vêm aqui para consulta mesmo. (...) é até assim, a gente faz grupo terapia aqui, tem o terapeuta e os pacientes, mas lá não era esse, essa visão terapeuta, era simplesmente um grupo de, de conversa e a gente funcionou como tal. Então, foi assim que eu senti, né, como fazendo parte, não como o, o, uma pessoa que está para exercer, assim, uma função lá de sargento (risos) no caso, que nem a gente faz aqui. Eu achei que eu estava fazendo parte lá, apesar da gente ficar em silêncio, observando, a gente, eles faziam a gente fazer parte, né, de alguma forma”.

“Mas isso acontece não só ali, mas nos grupos terapêuticos, os pacientes acabaram de passar na consulta, é, aí saíram com dúvidas e depois quer que a gente faça o papel do médico na terapia.... isso às vezes acontece, mas não dá para a gente fazer esse papel...”

Experiência da residente no grupo e efeitos

⇒ Em relação ao seu papel postura (Limite por estar apenas como observadora)

Exerceu função de observadora, pois lembra que, em algum momento, disseram que os residentes também eram sujeitos da pesquisa e deveriam observar sem interagir diretamente. Narra um encontro em que ia dar uma informação para um dos participantes, mas recebeu instruções para que não o fizesse e, desde então, evitava intervenções diretas mesmo quando os usuários a requisitavam, dizendo que nesses momentos se sentia incomodada.

Disse que apesar de ser chamada de “doutora”, não sentia que exercia o papel de médica no grupo, afirmando que, ao contrário do *setting* do consultório, se sentia parte da “roda”.

“Então, foi assim que eu senti, né, como fazendo parte, não como o, o, uma pessoa que está para exercer, assim, uma função lá de sargento (risos) no caso, que nem a gente faz aqui. Eu achei que eu estava fazendo parte lá, apesar da gente ficar em silêncio, observando, a gente, eles faziam a gente fazer parte, né, de alguma forma”.

⇒ Visão da residente em relação à experiência dos usuários

Na visão de Cláudia, o momento do grupo oferecia a possibilidade dos usuários dividirem suas experiências sobre a doença, o que era importante para o ego deles. O objetivo dos participantes era diferente daquele proposto pela pesquisa, pois sentiam ser mais importante falarem sobre si mesmos, do que ler a cartilha.

“Os pacientes (risos) no grupo, deu para ver que para eles era uma atividade... eles mesmo estavam falando, que eles se sentiam importantes no grupo, que era uma coisa bem diferente, não era uma coisa (??) da pesquisa, que eles se sentiam importante de estarem lendo a cartilha, era uma coisa do ego deles, eles se sentiam importante de estarem lá dividindo experiências sobre a doença deles, isso deve ter sido importantíssimo! Muito mais do que falar da cartilha e sobre medicação, é falar deles estarem lá reunidos,

vê-se que era outro o objetivo deles, né? Para a gente, né, vê isso, é, é muito legal, né, você ver, hã, porque como eles vinham, assim, com essas experiências, era legal a gente poder compartilhar desse tipo de experiência com os nossos pacientes que muitas vezes a gente não tem espaço na consulta e nem é o objetivo, entende, mas lá a gente teria, assim, esse, essa coisa, então”.

⇒ Os efeitos na prática profissional

Cláudia, ao pensar sua prática profissional e a experiência vivida no GAM, faz algumas distinções. Para ela, os usuários participantes do grupo GAM são considerados usuários já avançados em sua maturidade, quando percebem a necessidade do tratamento e a importância da medicação em sua vida, algo diferente da sua prática profissional nas consultas em que seus pacientes fazem diversas exigências quanto à medicação. Para ela, os usuários do GAM eram dotados de uma crítica frente a sua doença mental, fator que muitas vezes falta aos seus pacientes e, por isso, os tornam muito exigentes quanto à medicação e seus efeitos colaterais, sem terem uma crítica sobre a própria doença, como vista no GAM, onde o paciente percebe a necessidade de seu tratamento, considerando-o fundamental para uma qualidade de vida.

Cláudia pontua que com o GAM pôde pensar sua prática tanto em atendimentos, quando fazia uma relação entre o que observava no GAM e o que vivenciava no atendimento, ou mesmo participando do GAM quando se lembrava de algum dos seus pacientes. Também pôde pensar sobre essa experiência em momentos de discussão clínica com outros profissionais, em que refletia sobre os usuários participantes do GAM e a possibilidade de transpor ou não aquela discussão nos casos clínicos em questão.

Compreendendo a maneira como os usuários do grupo lidavam com sua doença e percebiam a necessidade de tratamento e medicação, a residente pôde lembrar-se do GAM em espaços de discussão onde isto era colocado a ela como parte de sua formação, que a psiquiatria deveria primeiramente tratar as pessoas para, então depois, pensar sobre a possibilidade de dar ou não conta das exigências de seus pacientes.

“E eu, de uma certa forma, eu acho coerente a orientação... Você tem que negociar com o seu paciente que ele não pode querer tudo e é difícil às vezes isso, porque, é, aqueles pacientes lá, eu acho que, eles tinham chegado já nesse estágio”.

“Isso para gente, para os nossos pacientes, isso é uma maturidade muito grande, eles perceberem que eles precisam do remédio, só que, assim, às vezes, eles não têm a percepção de que, precisando do remédio, as coisas podem ser melhores, né, então, eles podem ter algumas exigências e aqueles paciente não estava nem pensando em exigências, eles estavam imaginando que eles estavam precisando se tratar e viram que eles se tornaram pessoas melhores.”

Além disto, Cláudia pontua que ter tido a experiência de participar do GAM a fez refletir a respeito do momento histórico em que a psiquiatria vem passando, como um momento em que o usuário não deve mais ser visto como aquele de décadas atrás, passivo, mas como alguém que pode questionar e perceber o que é interessante compartilhar ou não com o seu médico, entretanto, não tendo total autonomia, já que para a residente, a maturidade está relacionada ao usuário refletir sobre sua condição e dar-se conta da necessidade de seu tratamento e medicações.

⇒ Em sua formação

- Momento histórico da psiquiatria

Para Cláudia, o momento histórico atual é marcado por uma turbulência na história da psiquiatria, em que as discussões estão voltadas para o papel desta prática, sendo assim muito contestada. Assim, o GAM é visto como uma estratégia da reforma psiquiátrica, porém, muito mais pautado nos questionamentos advindos do sistema de saúde do que propriamente do usuário da saúde mental.

“...mas a gente também levar o paciente a perceber que a gente às vezes está mais radical que o paciente, é uma coisa muito legal para a gente viver para a vida e para a gente também ter um pouco mais de crítica e questionamento.”

Coloca ser importante para sua formação o fato de estar vivendo este momento histórico da psiquiatria para pensar as mudanças que estão acontecendo e que ainda acontecerão em sua prática profissional. Em relação ao GAM, pontua que este a fez olhar para o lado da reforma psiquiátrica, entendendo que, muitas vezes os profissionais buscam mudanças mais radicais do que a própria vontade dos usuários:

“o GAM me fez ver o lado da reforma que a gente estuda na teoria, que a gente vê nas discussões dos congressos, nas discussões em psiquiatria social, a gente viu o pessoal que monta estas palestras, que montam tal serviço para o CAPS, mas a gente também levar o paciente a perceber que a gente às vezes está mais radical que o paciente, é uma coisa muito legal para a gente viver para a vida e para a gente também ter um pouco mais de crítica e questionamento”.

⇒ Em relação à negociação da medicação

Cláudia pôde perceber através do GAM, onde há uma escuta diferenciada daquela tida nas consultas, que há uma visão enviesada e preconceituosa de que a psiquiatria aponta para uma prática médica de imposição de tratamento e medicação. Para a residente, o GAM possibilitou um espaço para que ela pudesse perceber que aqueles usuários lidavam de uma forma bem resolvida em relação ao seu tratamento e sua doença mental, ao contrário do que é concebido por tal visão, em que o usuário é considerado vítima do sistema psiquiátrico.

Assim, Cláudia vê a importância quanto ao tratamento médico e a sua prescrição, considerando bem resolvido e maduro aquele usuário capaz de refletir sobre sua condição mental e compreender que o tratamento medicamentoso é fundamental para que ele possa ter uma boa qualidade de vida.

“...a gente pôde perceber que essa visão é mais de quem não recebe o tratamento e não é o paciente, o paciente é sim... todos eles entraram em consonância de que o tratamento era bom para eles, de que eles precisavam e estavam desde o início do tratamento, desde o início a prescrição do médico.”

A residente pontua para a importância de esclarecer dúvidas a respeito da medicação, conversar com o usuário, entretanto, coloca que o tratamento deve vir em primeiro lugar e depois as exigências do pacientes frente àquela medicação:

“...não dá para cumprir todas as exigências que os pacientes pedem para tratar (??) que é muito mais grave e prejudica muito mais a vida do paciente do que você cumprir todas as exigências do paciente no tratamento”

“Você tem que negociar com o seu paciente que ele não pode querer tudo e é difícil às vezes isso”

O que mudaria no GAM

Analisando o GAM através de sua participação, Cláudia pontua que modificaria uma única coisa: que a cartilha estivesse em maior consonância com as necessidades dos usuários. Percebeu que aquela possuía uma língua mais próxima daquela usada pelos profissionais da medicina preventiva do que propriamente dos usuários.

Assim, coloca que seria interessante ter um olhar focado ao usuário e ao que de fato ele deseja discutir naquele momento, utilizando-se disto para modificar a cartilha trabalhada com eles.

Visão da residente sobre o Guia

Para Cláudia, o Guia GAM está pautado em uma idéia anti-psiquiátrica, sendo uma estratégia da reforma.

Para ela, apesar da cartilha ser algo universal, ela não é possível ser aplicada a todo o usuário da saúde mental. Coloca que muitos deles beneficiariam com tal instrumento e que tal benefício foi percebido na vivência do grupo GAM. Entretanto, aponta para a dificuldade do uso da cartilha por aqueles acometidos por psicopatologias em que a crítica está prejudicada:

“Que tem pacientes que eles, como parte da psicopatologia, eles não têm crítica da doença que eles têm. Se eles começarem a ver a cartilha de determinada forma, isso pode ser até anti-terapêutico para ele.”

A residente acredita valer a pena trabalhar com a cartilha, fazendo a ressalva de cuidado frente a tudo o que é posto pela cartilha e a quem será indicada.

Quanto ao fato deste instrumento trazido ao Brasil, aponta para sua importância fundamental ao país como uma forma do mesmo acompanhar as iniciativas que estão funcionando em outros lugares. Além disto, aponta para a importância desta prática em sua formação:

“Foi muito legal o residente poder participar disso no primeiro ano, de ajudar, inclusive, o meu conceito pessoal de psiquiatria que a gente, no primeiro ano, está elaborando.”

Carol (Campinas)

Descrição concreta do grupo (quanto tempo, quantas vezes, quais passos...)

Carol participou de poucos encontros, perdendo os finais.

Visão da residente sobre os participantes do grupo

Acha que era um grupo selecionado que se diferenciava dos usuários que freqüentam os CAPS e os ambulatórios, pois tinham uma visão crítica dos contextos políticos e históricos e lutavam por seus direitos e melhores condições de tratamento. Carol disse ter ficado admirada com o “*motor interno*” dos participantes que, para integrar o paciente da saúde mental à sociedade, se expunham na tentativa de serem ouvidos.

“Então, eles tinham algumas, é, algumas coisas assim, por exemplo, isso todo mundo, isso é consenso, todo mundo sabe que paciente, doente mental é marginalizado, não sei o que, mas eles viam que isso precisava ser mudado, que é, é uma realidade que precisa ser mudada, que o paciente de saúde mental não é mais aquele, aquela pessoa que tem mais que ficar no manicômio, que tem que ficar marginalizado. Tem sim que ser integrado à sociedade e tem que ser tratado com respeito. E eu achei isso muito brilhante da parte deles, assim, desse, essa, essa vontade de ser ouvido, de ser, de se, de se expor de uma certa forma, mas de se expor para ser aceito, entendeu? Para ser aceito na sociedade e eu acho que isso é muito, muito legal, assim, esse, esse, esse motor interno que eles têm, essa gana de tentar é, é, lutar pelos direitos deles, lutar por melhores condições de, de, de saúde, melhores condições para o tratamento como um todo, não só o tratamento psiquiátrico, mas a saúde pública”.

Visão sobre o funcionamento do grupo

Quase todos os usuários se conheciam antes, por isso o grupo já se iniciou com um vínculo forte que se potencializou ao longo dos encontros. No início se mostravam inseguros para falar sobre certos temas, mas depois se sentiram mais à vontade.

“(...)eles colocavam a posição deles, assim, em alguns momentos bem, bem interessante, assim, de tentar, de o quão...ficavam um pouco receosos no começo, mas o quanto que eles podiam argumentar com os médicos, né? Isso no começo”.

Temas ou situações descritas

⇒ Assimetria da relação entre médico e paciente

Para Carol, a concepção dos usuários trazia uma relação assimétrica entre paciente e médico, o que fazia com que eles não sentissem segurança para negociar algumas questões com seus prescritores. Isso também causava certa desconfiança em relação à participação dos residentes no GAM, como por exemplo, quando os integrantes questionavam qual era a opinião dos residentes sobre o grupo, o que, no entendimento de Carol, se dava pois eles entendiam que, como os médicos, os residentes detinham o poder. Com o tempo, essa dinâmica foi mudando e os usuários, assim como em seus atendimentos psiquiátricos, passaram a se sentir mais seguros para discutir e questionar.

⇒ Confusão do CID – Esclarecendo

Carol descreve um encontro em que um dos usuários chegou ao grupo e disse que tinha lido que o CID que recebera em seu prontuário que era “psicopata”, o que o deixou irritado, pois, para ele, psicopata era quem matava os outros e ele não havia matado ninguém. Os residentes que estavam presentes entenderam que o que estava escrito era, na verdade, “psicopatológico”, explicando para ele que, logo em seguida, se mostrou satisfeito.

⇒ Os efeitos na prática profissional: prescrição da medicação e relação médico/paciente

Como efeitos de sua participação no grupo GAM, Carol disse ter mudado principalmente em relação à prescrição da medicação: agora tenta se certificar de que o paciente saiba sobre sua doença, a razão da escolha do remédio e o efeito esperado por ela.

“Mas eu achei bem interessante, da outra vez, quando eu comecei a participar do grupo também, eu achei, eu até cheguei a comentar da outra vez do grupo focal, que tinha alguns pacientes meus que começaram a tentar argumentar sobre a medicação, essas coisas comigo e aí, eu comecei a ter, comecei a ter uma visão diferente assim das, da situação. É que às vezes, sei lá, você informar um pouco mais, acho que assim seja o caminho, né, e de repente, você tentar informar e explicar o porquê que você está dando aquela medicação, talvez ajude um pouco mais”.

A residente aponta como responsável pela mudança, o fato de ter refletido no grupo GAM, sobre o medo dos usuários de conversarem com seus médicos, utilizando o episódio do “CID psicopata”, como exemplo.

“Para mim tudo é válido, assim, eu acho que isso tudo acarreta experiência para você, acarreta vivência, então, eu acho que é... foi, foi importante para de repente eu pensar: ‘não, será que meus pacientes também são desse jeito?’ Sabe, para você levar um pouco, será que... para você se auto avaliar, será que eu estou fazendo, fazendo que nem o médico daquele outro, se de repente ou julgar que ele está fazendo alguma coisa errada, não que tenha acontecido isso...”

“Aí, assim, a gente tentou explicar para ele, ‘não, não é psicopata, é psicopatológico, é de alteração mental, não tem nada a ver com matar as pessoas, não tem nada a ver’. Aí, a gente explicou isso para ele, mas até que pontos, se os pacientes, de repente, vão procurar alguma coisa e não entendem e aí ficam com aquilo na mente e não perguntam para o seu médico, entendeu? Aí, assim, foi um exemplo, mas que eu achei interessante”.

⇒ Diferença entre o GAM e a consulta médica

A residente atribui a impossibilidade de comunicação entre médico e paciente, ao fato desse último não se sentir confortável para falar, na consulta, o que fala no grupo, diferenciando o espaço do grupo GAM e do atendimento psiquiátrico.

“Então, esse lado de de repente, é, saber conversa de bastidores, mais ou menos isso, de que, o que que ele, às vezes o que eles pensam fora de uma consulta, entendeu? ajuda, porque o paciente não é aquele, não é só aquele que está na consulta, na frente de você. Às vezes, pelo, por esse setting de consulta, muitas vezes ele esconde uma série de coisas da vida dele, no, no, lá fora, entendeu, no ambiente dele ou junto com os amigos ou junto dum grupo, de repente, um grupo terapêutico que consegue qualquer coisa que seja”.

“Porque... talvez, assim, com a consulta, seja um momento muito formal, consulta psiquiátrica acho que é, é uma forma, é um... ‘estou indo no médico’! Algo assim, estou indo no médico, algo formal, vê que, que eu vou perguntar, porque é uma série, digamos assim, uma linha de raciocínio, uma série de coisas, então, é como se fosse um, não (??), mas como se fosse um evento e você vai naquele lugar e você tem que pensar bem aquilo que você vai falar, entendeu? E muitas vezes você tira um pouco da sua espontaneidade”.

⇒ Em relação ao seu papel e sua postura no grupo

Os residentes tinham um vínculo mais frágil com o grupo, não chegavam a ser participantes, pois não estiveram presentes em todos os encontros. Falavam menos,

perguntavam apenas algumas coisas, estando como observadores. Carol disse que não houve um combinado prévio de como deveria ser a postura dos residentes e ficava incerta se deveria se comportar como uma observadora ativa ou passiva; no final se descreveu como um meio termo “*meio observador passivo e pouco ativo*”.

Impressionava-se ao conhecer a forma com que os usuários viam e refletiam sobre a saúde mental.

Visão da residente sobre relação entre médico e paciente

Carol disse que, enquanto médica, se realiza quando esclarece algo para um paciente, possibilitando que ele confie em seu trabalho e estabelecendo vínculo no tratamento. Acha que é difícil ter uma relação horizontal na consulta, pois sempre há uma assimetria de alguém que detém um conhecimento específico e de outro que confia o seu corpo a alguém, no caso da psiquiatria, a mente. Mas, é possível melhorar a comunicação na relação contrabalanceando a assimetria com o vínculo médico/paciente.

Para a residente, quando o usuário não é tão engajado como os que participavam do GAM, os profissionais da saúde precisam utilizar suas motivações para estimular o paciente e, em casos de doenças em que a pessoa sofre restrições, o profissional “*coloca o ânimo no familiar*”.

O que mudaria no GAM

Para Carol, a participação dos residentes poderia ter sido mais assídua, ou os papéis acordados previamente, assim não teriam ficado confusos em quando interferir, ou não.

Camila (Campinas)

Descrição concreta do grupo (quanto tempo, quantas vezes, quais passos...)

Participou de agosto à dezembro, entre cinco a seis encontros, com três residentes por vez, revezando quando um deles estava no Pronto-Socorro. Entrou no começo, mas perdeu os primeiros encontros. O tema da rede de apoio foi trabalhado pelo grupo antes e, no final de sua participação, introduziram o tema da medicação.

Visão sobre o funcionamento do grupo

A dinâmica do encontro era iniciada por um tópico que orientava a discussão; os usuários faziam as conexões relacionando suas histórias e com o tema. Camila lembra que os residentes esclareceram dúvidas técnicas quando o assunto foi medicação.

Visão da residente sobre os participantes

Os participantes do GAM eram usuários diferenciados, mais “*independentes*” e “*socialmente ativos*” daqueles que costuma atender no ambulatório, por isso uma “*amostra selecionada*”. Eram engajados e participavam de espaços políticos, além de “*se virarem bem*” em outros aspectos da vida, como um dos participantes que, mesmo etilista e com diagnóstico de esquizofrenia, casou e teve um filho.

Supôs, inicialmente, que essa diferença poderia se dada devido à gravidade da doença, mas lembrou de um integrante que utilizava medicação forte e mesmo assim era mais “*independente*” do que os pacientes do ambulatório, assim, concluiu que tal característica era dada mais pela “*pessoa*” do que propriamente pela doença.

Temas ou situações descritas

⇒ Discussão de medicação e a relação entre médico e paciente

No encontro sobre a medicação os usuários escreveram em um cartaz, o que eles gostavam e não gostavam sobre os medicamentos, e os residentes explicaram algumas questões. Camila cita três exemplos:

Importância de esclarecer o paciente: um usuário que tomava clozapina disse que não gostava de tirar sangue todo mês, mas quando os residentes explicaram o motivo ele se mostrou esclarecido e satisfeito.

Relação entre paciente/médico: o usuário contou que tinha falado para o médico que era etilista e esse, por sua vez, alterou sua medicação para uma mais adequada. O grupo iniciou um debate acerca do medo de conversar com o prescritor, em que os residentes enfatizaram a importância de se dialogar com o médico para que ele pudesse escolher a medicação correta.

“Aí, os outros pacientes começaram a achar legal isso: ‘Ah, mas pode contar tudo para o médico’, a gente: ‘É para contar tudo. Para a gente conseguir...’. Porque eles têm essa ideia meio repressiva: ‘não posso contar que eu bebo, não posso contar que eu... não posso ficar fazendo muita pergunta, não posso’...”

Remédio “contado”: em uma discussão, os participantes questionaram por que recebiam os remédios “contados”. Uma das usuárias justificou dizendo que quando estava em surto, tinha vontade de tomar todos os remédios como tentativa de suicídio, o que fez com que os integrantes se sentissem esclarecidos. Além disso, a residente explicou sobre o prazo de validade dos medicamentos.

⇒ Rede de apoio

O tema da rede de apoio foi discutido nos encontros iniciais, tendo os residentes como observadores. Camila fala sobre a diferença de alguns integrantes que apresentavam o SAMU como rede social, refletindo que isso é devido a uma maior dependência pelos serviços de saúde. Ela também cita a troca de histórias que ocorreu entre os participantes, quando discutiram a fé e a igreja como elementos da rede de apoio.

Visão da residente sobre a diferença do grupo GAM e do atendimento de psiquiatria

Camila aponta diferenças entre os atendimentos que faz na residência e a experiência no GAM. Para ela, a formação enquanto residente permite algo positivo que é atender o maior número de casos possíveis, assim tem contato com situações diversas, mas, em oposição, o atendimento é pontual e com tempo limitado, o que a impede de explorar outros aspectos de vida para além da doença e da medicação, ou de utilizar abordagens que aprofundem as dúvidas dos pacientes em relação ao medicamento. Já o grupo é descrito por ela como um espaço em que é possível conhecer a história de vida dos usuários, pois é um lugar que permite troca de experiências entre os participantes e em que os médicos estão abertos para a escuta.

“Pura quantidade, sem tempo, é... (...) A gente tenta, no consultório, explicar para o paciente como é que vai ser, como é que vai fazer e tal, eu não sei... eu sempre pergunto: “tem alguma dúvida? Vocês querem perguntar?” E geralmente eles falam não. É ruim, será que eles falaram não porque tem aquela visão de que não pode ficar perguntando muito ou será que eles falaram, ou será que eles falaram não porque não tem nenhuma dúvida mesmo? Então, eu fico naquela..”.

⇒ Em relação ao seu papel e postura no grupo

Apresentava um papel de observadora, falava pouco e “*escutava mais*”, com exceção do encontro sobre medicação em que os residentes “*esclareceram as dúvidas*”.

Lembra-se de que no início sua postura era passiva de sentar e “*ai, vamos ouvir aqui, é muito gostoso*”, mas que no final, depois de certa “*maturidade*”, passou a analisar o grupo: “*os mais dependentes perguntam menos da medicação, eles só recebem. Os mais independentes, eu acho que como eles têm que se virar mais sozinhos, eles já querem esclarecer todas as dúvidas*”.

⇒ Em relação aos usuários

Passou a perceber os usuários como mais dependentes e independentes, dando mais “*atenção para a personalidade do paciente, o jeito dele ser, a história de vida*”.

⇒ Efeitos do grupo

○ Em relação à escuta dos usuários: foco em “outros aspectos” de vida

O grupo ajudou a “*enxergar outro aspecto dos pacientes*”, diferente da residência em que se investe em um foco da psiquiatria de se analisar “*ele está louco ou não está louco, ele está bem ou não está bem*”. Na consulta, se tem menos tempo para explorar outros aspectos além do “*está alucinando, ou não*”, “*problemas concentrados na família*”, “*está falando muito, ou não está*”, sendo preciso escolher entre explorar isso, ou falar do paciente - “*você está namorando?*”: “*acaba sendo um ou outro*”. Já o grupo focava apenas esses aspectos, essas outras atividades.

Os residentes estavam “*para ouvir, não para falar, não para dar instrução, não para pensar na doença*”, por isso tinham oportunidade de conversar sobre a vida dos integrantes e entender como era a “*vida quando estava doente*”. Camila prestava atenção para a personalidade do paciente, o jeito dele ser, a história de vida.

Sobre como o tema é explorado no GAM, a residente reflete ter sido importante falar sobre as redes de apoio no início do grupo, pois foi o espaço em que pôde conhecer os pacientes, afirmando que, se tivessem entrado direto no tema da medicação, correriam o risco de ter “*ficado naquele mesmo círculo psiquiátrico*”.

Após o grupo, percebeu que, muitas vezes, os pacientes podem mentir ou esconder fatos durante a consulta, por não se sentirem à vontade com o médico; por isso, tenta explorar melhor questões importantes entendendo que, ao saber mais da vida da pessoa, a abordagem pode ser melhor desenvolvida.

○ Usuários “dependentes” e “independentes”

Depois do GAM, começou a se atentar aos pacientes que eram mais independentes, por isso mais questionadores, e aos que perguntam menos, mais dependentes. No grupo, “*passou a ver vida dos usuários mais independentes*”, que possuíam uma rede de apoio na qual os serviços de saúde apareciam para ajudar, através de uma relação mais democrática, diferente da visão “*paternalista*” em que se tem medo de perguntar algo para o médico.

Assim, no atendimento, foca seu olhar para aquele que *“começa a ficar com a vida em torno da doença e quem é o paciente que, apesar da doença, leva a vida normalmente”*, tentando *“empurrar”* mais a pessoa para o trabalho, o estudo: *“ó, não vem com essa, tem um monte de paciente que toma um monte de remédio, dorme muito e nem por isso pára de estudar, pára de levar a vida”*.

Camila não tem certeza se esse efeito foi causado pela experiência da GAM, ou da residência, reflete que teve influência dos dois, mas que provavelmente tem muito do grupo.

Também acredita que, apesar de estar mais atenta a esse processo, na consulta, por causa do tempo, ainda não consegue *“empurrar”* tanto os pacientes.

○ Visão da prescrição da medicação e relação com os pacientes

O grupo a ajudou perceber que, além do que se aprende na faculdade - que é preciso esclarecer a doença para o usuário, mesmo ele estando fora de si, e não só para a família, assim como deve ser feito com a medicação; *“Na psiquiatria não funciona assim. Depois você ainda vai ter que explicar de novo”*. Para isso, ela cita o exemplo de um participante do grupo GAM que tomava clozapina há anos e não sabia porquê precisava colher sangue todo mês.

Ainda em relação à negociação da medicação, a residente aponta que agora explora questões importantes - como o consumo de bebida alcoólica - de uma forma diferente, explorando a importância das perguntas que faz para o usuário, abrindo espaço para diálogo e enfatizando que não deve ser vista em um papel repressor. Para ela, se você conhece melhor a vida do paciente, pode utilizar uma abordagem mais adequada para conversar sobre o tratamento.

“A abordagem, os pacientes, não, eu acho que não medicação, não, isso não, mas eu acho que a abordagem que a gente teria deles. Você saber o que a pessoa faz da vida é diferente, você consegue pensar se ela está mentando, se ela não está, se ela fez aquilo ou não, se você... eu acho que a gente tem uma coisa mais quadrada, né? Quando você conhece a pessoa melhor, você já...”

O grupo também a fez perceber que os pacientes *“independentes”* perguntam mais sobre a medicação e os *“dependentes”* menos.

○ Em sua formação

O grupo ajudou a notar a importância de se discutir medicação e a experiência da doença em um espaço em que os usuários possam trocar experiências, especialmente no CAPS onde a dinâmica permite esse tipo de atividade. Utilizando o exemplo da usuária que justificou o uso do medicamento “*contado*”, a residente refletiu em relação a esse tipo de experiência, dizendo que ela ajuda as pessoas falarem de temas que normalmente são tabu como a doença, a medicação e as redes de apoio.

Visão da residente sobre a experiência dos usuários, no Gam

Para Camila, os usuários tiveram oportunidade de estar em um lugar onde era possível trocar experiências sobre a doença, a medicação e as redes de apoio. Em sua visão, eles desenvolveram uma postura mais ativa, “*saíram mais perguntadores*”, característica que se mostrava positiva.

O que mudaria no GAM

A residente pondera que os residentes poderiam ter acompanhado o grupo por mais tempo, assim não perderiam a continuação sobre o tema da medicação.

Roberta (RS)

Descrição concreta do grupo (quanto tempo, quantas vezes, quais passos...)

Entraram no grupo junto com o início da residência, em abril, participando pelos dois meses seguintes – final dos encontros. Estiveram presentes nas discussões sobre rede familiar, rede de apoio, rede de contatos e medicamentos, no final do guia.

Visão sobre o funcionamento do grupo

Roberta diz que o grupo era integrado e as discussões eram fluidas, apontando que muitas vezes surgiam atravessamentos que não pareciam estar diretamente relacionados com a discussão, mas que eram importantes para os usuários naqueles momentos. Descreve o grupo como *“importante para ele mesmo”*, no qual o guia era apenas um disparador, utilizando o exemplo de dois usuários que se conheciam do albergue e que, no encontro sobre rede de apoio, puderam montar suas redes juntos.

Temas ou situações descritos

⇒ Rede de apoio

Roberta compreende as discussões sobre rede de apoio como momentos importantes para o grupo, que pôde refletir *“quem é a minha rede de apoio”* para além da família, norteado pelo caso de P. – usuário morador do albergue e sem contato com a família. Ela acha que, como o grupo já estava bem constituído, as pessoas puderam fazer construções em conjunto através de uma dinâmica em que o guia era apenas o disparador do que o grupo em si produzia, até o ponto de *“Eu tenho alguém para me dar um suporte caso eu precise?”; e o grupo já estava ‘Não, você pode contar com a gente também...’*.

“Acho que ficou muito mais presente quando o P. falou que ele não tinha rede de apoio nenhuma. E o pessoal ficou assim: ‘Não P., você tem, tem não sei quem, você mora ali, você sempre está aqui, no CAPS...’ e o P.: ‘É..’ ele foi pensando, e eu acho que ficou muito mais presente para o P., do que para os outros... Não, não ficou mais presente para o P., acho que ficou mais presente no grupo, pela questão que o P. trouxe que ele não tinha ninguém, que toda a família dele tinha morrido, e não é só a família que é a rede. E aí eu acho que, foi construído em cima do P. isso, mas eu acho que todo mundo foi pensando ‘quem é a minha rede de apoio’, né? Acho que teve esse disparador, também. Foram umas discussões que eu tenho mais em mente que foram mais mobilizadoras, lá... Acho que é isso”.

⇒ Construção de cidadania

Roberta conta que, para ela, foi mais importante trabalhar a questão da cidadania da maneira como foi trabalhada nos encontros, do que o próprio tema da gestão autônoma dos medicamentos, fazendo referência às vontades que foram surgindo durante o grupo. Cita o exemplo de um usuário que antes de ir à previdência pedir seu laudo, leu o guia e, ao invés de

ter ido “brigão” como ele gostaria de ser, foi calmo e conseguiu o que precisava, fazendo com que seu profissional de referência entendesse a importância da GAM.

A residente também fala de outro usuário que foi delegado na Conferência Estadual de SM, mas que decidiu não votar, entendendo aquilo como um direito dele.

“Poxa, mas... não, essa não é a mesma pessoa que estava lá no GAM’. E a gente contava um caso e o pessoal: ‘Ah, que legal!’, no caso do A. que ele ia na previdência pedir o seu laudo, o auxílio dele e era negado e tal, negado, e aí quando ele falou no GAM, quando a J. perguntou: ‘Ah, A. como foi? Você não contou como foi na previdência...?’ e ele contou que tinha lido o livrinho do GAM, que tinha ido lá, a filha dele tinha lido o livro do GAM para ele. Depois ele foi na Previdência, foi com calma e não do jeito brigão que ele queria ser, e conseguiu assim... Aí a gente colocou isso na... e foi umas coisas assim... a... a pessoa, a referência dele também colocou isso que ele falou do GAM e a importância...”

⇒ A grupalidade forte

Roberta reafirma que a grupalidade é algo singular no grupo, dizendo que ele conseguia se auto-gerir. Comparou-o com outras atividades terapêuticas, como o grupo de medicação, em que a interação não ocorre da mesma maneira fluida.

⇒ Autonomia no tratamento e na vida

Para Roberta, o grupo tinha uma potência de construir, além da cidadania de discutir o que o usuário quer para o seu tratamento, um lugar no mundo, o que o faz ganhar autonomia em torno da vida inteira. Ela assinala que pelo fato de, no Brasil, a intervenção ser focada não só na medicação, mas em uma relação compartilhada do cuidado como um todo; o processo pôde gerar autonomia, culminando em uma forma de tomar parte do tratamento em que os usuários, sutilmente e ao longo do tempo, passaram a participar mais ativamente junto com suas referências.

Como exemplo, ela cita o caso de uma usuária que, depois da GAM, recuperou a motivação que tinha quando jovem e que havia perdido, se envolvendo em questões políticas, através da associação, como delegada da Conferência Estadual e discutindo a situação do município.

“Foi, talvez, construído isso sim, mas foi uma coisa muito mais tranqüilo, não tranqüilo, mas construído ao longo do tempo... ao longo do tempo... Não foi... talvez, aos poucos, a discussão fosse despertando pequenas coisas que iam ser discutidas com a referência, com quem estava lá, e isso foi mudando algumas formas. Alguns jeitos de estar nos grupos. Acho que não teve ‘Ah, o GAM falou que eu posso isso’. Não foi, acho que não surgiu dessa maneira”.

“Acho que para alguns usuários foi muito interessante, eles se aproximaram mais das atividades do CAPS, assim. Um usuário que não participava de nada, participava só da pesquisa, foi participando mais de oficinas, que não eram os grupos terapêuticos do CAPS, oficinas mesmo. E... eles foram se interessando mais por questões que aconteciam. A S., por exemplo, foi lá na Associação, se envolvido, depois de ter se envolvido na pesquisa ela resolveu que queria ser da Associação, foi delegada, representante de Novo Hamburgo lá na Conferência Estadual, e eu acho que foi essas construções que foram tendo assim, as pessoas foram tendo construções pessoais, que permitiram elas estarem em mais lugares. Que eu acho que o GAM foi um disparador disso, o grupo de pesquisa”.

Experiência da residente sobre o tema da medicação

⇒ A discussão da medicação no grupo

Os pesquisadores apresentavam os princípios ativos e exemplificavam quais eram os remédios que possuíam aquelas substâncias, explicando as funções e efeitos colaterais. Depois os usuários diziam os medicamentos que utilizavam e quais as condições clínicas correspondentes, iniciando o debate. Como o grupo estava integrado, havia espaço para que todos os participantes fizessem colocações de uma maneira fluida e integrada, o que, na visão da residente, produziu uma conversa “leve” sem a “tristeza” que o tema costuma trazer. Os integrantes se complementavam, disparados pelo guia, com o que sentiam e sabiam sobre medicação, dando exemplos de suas vivências, inclusive, sem julgar os que não eram tão apropriados do assunto, como a própria Roberta. Ela cita o exemplo de um usuário que gostava do tema e mostrava ter muito conhecimento técnico sobre os remédios, se destacando nas discussões.

“A parte do medicamento que a gente pegou a discussão foi quando a-a Gabriela, psiquiatra, que fez o grupo, ela levou um folheto com as principais, é... Substâncias dos medicamentos com efeito positivo e efeito negativo, que é o efeito colateral, e nessa discussão, assim, a gente pensou ‘Ah eles vão ficar...’, mas eles foram crescendo, foram discutindo coisas muito legais, assim: ‘Ah, eu já tive efeito colateral, tal’; ‘Ah, eu tomei isso porque eu tinha visão, achava que era Jesus Cristo’, o outro ‘Eu achava que era o Diabo’, sabe assim, e eles foram comentando, ficou muito leve para eles a discussão. E eles foram entendendo algumas coisas: ‘Eu tomo isso porque tenho alucinação’, ‘Eu tomo isso porque sou esquizofrênico’. Eles entenderam sozinhos, assim, com essa discussão que foi surgindo... E... eu achei que ficou muito mais leve essa discussão,

porque quando você fala da medicação, na questão da medicação, fica uma coisa muito pesada. A gente vê isso no CAPS... muitos não querem tomar, muitos ficam 'Eu tenho que ficar tomando isso a vida inteira', e lá no GAM a gente viu, pela discussão e-e pe-pela in-integralidade, integralidade não, pela integração que o grupo estava tendo, foi muito... fluido a discussão e não foi pesado, foi um jeito leve que todo mundo conseguiu colocar suas coisas, foi bem legal. Tinha um usuário que sabia tudo de medicação, assim. Aí ele falava assim: 'Não, tem tal e tal efeito...'. Assim, de ler... foi bem legal... foi bem legal porque eles puderam mostrar... é... suas qua-qua... é... como é que eu vou falar essa palavra... Não capacidade, assim, seus gostos né? Porque o L. adora falar de medicação e ele começou: 'Não, porque, não sei o quê, você tem que tomar tantas miligramas...' E a gente: 'Nossa...'"

"Era a discussão do que o remédio trazia. Eles não trouxeram 'Vou tomar, ou deixar de tomar', era discussão dos efeitos mesmo se deixasse de tomar ou se tomasse. Não foi a questão 'Eu vou parar de tomar', ninguém trouxe isso. E sim, eles discutiram o que acontecia com, ou sem, a medicação. E... E acho que não foi problema para ninguém, falar disso. Nenhum usuário que estava lá, participando do grupo 'Não vou mais tomar a medicação, não quero mais tomar o meu remédio'. Eles... foi uma parte que eu achei, eu achei mais fácil por ter essa-por fluir essa conversa, né? Todos colocaram-todos fizeram colocações, todos, todos, sem exceção, assim... E foi uma discussão fácil de fazer, porque todos participaram, foi até curta, a gente achou, né?"

"(...) parece mais ser um grupo de estudo, né? No começo num era um grupo de medicação, era um grupo de estudos sobre o que estava acontecendo ali. Eu achei muito bacana isso, né? Porque foi bem... não tinha aquela visão triste 'o medicamento me faz mal', 'não quero tomar isso a minha vida inteira', mas foi um grupo de estudo assim: 'Ah, tem que tomar...'. E eles foram construindo em cima disso. Ah... Eu achei bem bacana...- me perdi agora... - É, mas eu achei... bem bacana ter sido isso porque não pareceu ser um grupo de medicação-e não, eu acho que não era esse o objetivo. O objetivo era ter essa construção do Guia, ter essa avaliação do Guia e... e foi. Assim, eles na-não fizeram tantas colocações no Guia disso, mas na hora em que a gente trouxe essas discussões, eles foram construindo em cima dessas discussões".

⇒ Para os usuários

Roberta reflete que o espaço se diferenciou de outras intervenções sobre medicação, pois quando o usuário expressava essa “visão triste”, o grupo construía de uma maneira aberta, sem ser imposta, fazendo com que seus integrantes refletissem porquê o medicamento era bom para eles, ou não, culminando no aumento do interesse pelo tema. Ela cita o exemplo de um usuário que agora percebe que quando não toma o medicamento certo, adocece, como acontece com seu irmão, que também tem transtorno mental, não utiliza a medicação e por isso, surta.

"No grupo teve uma diferença. E talvez, por essa diferença, quando o usuário que falou que não gostava de usar remédio, que tinha essa visão triste; foi falado: 'Não, espera aí, vamos discutir melhor porque você tem que usar. Quando você usa, você fica bem?' – 'É, eu fico bem...'... Aí foi legal para a gente entender também, né? O que levava ele a pensar porque que o medicamento era bom para ele, ou não. Se ele queria usar, ou

não. Assim... E-e a gente vê que não precisa mais ser imposto, porque se a pessoa entender o seu tratamento e achar que o remédio vai fazer bem para ela, ele vai usar, assim... E não precisa ser uma coisa imposta: 'Você tem que usar esse remédio...'. Acho que se conversando, como a gente viu no GAM, conversando de um jeito bem tranqüilo a pessoa pode até ficar mais interessada pelo seu tratamento, né?"

⇒ Em sua prática profissional

Roberta conta que tem mais elementos para discutir os planos de tratamentos nas discussões de equipe, já que antes não conhecia tanto sobre a medicação e agora aprendeu novas informações. Entende que, depois de ter entrado em contato com um jeito “*menos triste*” de falar sobre remédios - como achou que seria no grupo - ela pode intervir de uma maneira diferente, em conjunto.

“Para fazer uma discussão-dis-discussão de caso, que eu acho que é um elemento a mais para isso. É um elemento a mais para você ajudar no plano de tratamento. Você conhecer o que a pessoa tem, porque ela está usando aquela medicação, e quais os efeitos colaterais... Assim, você pode ter um jeito de, sei lá, ajudar a intervir nos efeitos, não sei, se... Tiver algum outro jeito que haja, não sei, para pensar em conjunto mesmo, né? E para a gente pensar em como a gente precisa conhecer e eu não conhecia e foi, bem interessante essa discussão”.

⇒ Em sua formação

Ela assinala que sua formação enquanto terapeuta ocupacional, apesar de ter tido uma visão ampliada, não contemplou a discussão da medicação.

Experiência da residente no grupo e efeitos

⇒ Em relação ao seu papel e postura no grupo

Roberta já conhecia alguns dos integrantes e possuía bom vínculo com estes. Sentiu-se acolhida no grupo e permitida a falar e fazer colocações, apesar de fazê-lo pouco através de intervenções breves.

⇒ Na relação com os usuários

Disse que os usuários aceitaram bem sua participação, apesar dela ter entrado nos encontros finais e que, segundo eles, a presença dos residentes deixava o grupo diferente,

mas que, apesar disso, não mudaram de postura. Roberta não enxergava os integrantes como usuários que estavam lá para se tratar, “*mas alguém que tem um conhecimento também e que muitas vezes ninguém leva em consideração*”.

⇒ Em relação à sua formação

Concluí que depois do grupo, se interessou em conhecer os fármacos através de estudo ou perguntando para os psiquiatras do serviço, para poder estar integrada na discussão sobre o tratamento. Também estará mais atenta às questões em relação à rede de apoio, fazendo o exercício de se colocar no lugar do usuário.

“E pensar, também, nessas questões que foram colocadas de apoio, de ‘O que fazer quando eu estiver em crise?’. É, foi umas coisas que a gente não pensava antes, né? E... Acho que foi interessante de a gente pensar... Talvez, se colocar no lugar deles e ‘Pô, se acontecer isso comigo eu também não sei o que eu faço, né?’. Essa posição de se colocar no lugar deles, foi bem interessante também. Acho que foi isso”.

⇒ Os efeitos na prática profissional

Agora faz mais perguntas sobre medicação para o psiquiatra e profissionais do serviço, entendendo que esse é um tema que pode ser trabalhado sem “*aquela visão triste*”, em que os usuários se revoltam por ter que utilizar o remédio. Entende que fazer essa apropriação a ajuda a pensar dentro do plano de tratamento.

“Sim. Eu acho que, acho que sim. Porque, assim, talvez eu tivesse um receio de perguntar porque eu achava que ia ser aquela coisa mais triste, aquela coisa... Mas não foi. E, justamente por não ter sido aquela discussão mais triste que todo mundo ia ficar revoltado por ter que usar remédio, me despertou mais ainda o interesse de saber por quê eles usam tal coisa, por quê eles precisam, por quê eles têm esse efeito colateral, o que acontece... E eu acho-e foi bem interessante essa- esse despertar assim. Porque eu acho que seria uma apropriação a mais minha, né? Minha para poder fazer essa discussão... pensando assim... dentro... para fazer essa discussão no plano de tratamento”.

Também apresenta como efeito em sua prática, o interesse de desenvolver uma oficina de criatividade, pois, no GAM, entrou em contato com “*as vontades que foram aparecendo*” e que agora sente mais desejo de ajudar os usuários a se fortalecerem enquanto cidadãos e a seguirem adiante com os seus planos, como, por exemplo, acompanhando uma usuária em seu projeto de moderação de um grupo GAM.

“O que a gente lembrou muito do GAM, foi que agora teve um ‘paradão’, lá no CAPS, né? Que é um... ‘Paradão’ é quando a gente não abre o CAPS e revê o plano terapêutico de todo mundo. E quando chegava nos usuários que participavam do GAM, a gente ‘Poxa, mas... não, essa não é a mesma pessoa que estava lá no GAM’. E a gente contava um caso e o pessoal: ‘Ah, que legal!’, no caso do A. que ele ia na previdência...”

⇒ Visão da residentes sobre os efeitos nos usuários, depois da participação no GAM (“Construção de vontades e potências nos usuários”)

Roberta concluí que a intervenção GAM produziu o que ela chamou de “*construção de vontades*”:

“Também. Eu acho que o que ficou muito presente no GAM, depois da, acho que, depois, realmente de todo o tempo que eles ficaram juntos, foi essa vontade do L. falar do medicamento, vontade da S. de participar dos lugares, vontade do P. e do E. continuar o GAM para ficar junto com as pessoas... Eu acho que foi isso, assim... Foram essas vontades que foram construídas, assim. Não foi a construção do Guia brasileiro... passou, só que passou bem do lado, naquele grupo, sabe? Para mim foi uma construção de vontades que foram, enfim... E acho que, talvez, não é o viés da pesquisa, né? Ver isso, mas ver o efeito que os usuários tiveram, não só, não só o que eles acharam do Guia, mas o efeito que essa construção proporcionou neles, foi muito bom, também. Acho que devia ter um viés a mais na pesquisa, para isso. Porque foi muito bom”.

“Sou da mesma opinião da S., que o GAM não pode parar não <RISOS>. Que o GAM foi muito legal, assim, por essas questões. E acho que, tem que dar essa vontade para ela de querer ajudar as pessoas. Que ela falou sexta-feira de querer ajudar as pessoas, sabe, tem que dar isso. Tem que continuar por isso. Não é nem por questão de ‘Ah, como vai ser o Guia ou não’, tem que ser por causa que as pessoas querem já se ajudar, elas estão se dando tão bem que elas querem ajudar o próximo, isso é muito bom”.

Ronaldo (RS)

Descrição concreta do grupo (quanto tempo, quantas vezes, quais passos...)

Ronaldo se lembra de ter participado de seis ou sete encontros, a partir do tema de redes sociais, do décimo quinto ao vigésimo primeiro, durante dois meses – março até o final.

Visão do residente sobre o funcionamento do grupo

Os encontros eram iniciados com a leitura, em conjunto, do guia e depois se abria, de uma forma livre, para que cada um dos participantes trouxesse o que achava sobre o tema. A moderação era feita com base em um roteiro bastante amplo - o guia - que possibilitava a abordagem de diversos assuntos, através de uma dinâmica na qual os usuários completavam algumas partes, o que, para Ronaldo, se constituía como um diferencial, pois o grupo não era algo pronto, mas um espaço em construção, “*como se fosse uma oficina ao mesmo tempo*”.

Outro aspecto ressaltado pelo residente foi o fato dos usuários se sentirem à vontade para falar no grupo GAM, mais do que em outros espaços de atendimento, como os grupos de medicação e terapêuticos. Para Ronaldo isso aconteceu tanto pela forma como o encontro era moderado, como por não haver a presença dos, chamados por ele, “*profissionais mais rígidos*” do serviço.

“Acho que, mais a forma como é moderado o grupo, o grupo que é moderado de uma forma que, que, que ele exercite mesmo, que eles falem mesmo, não como uma obrigação, mas que possibilite isso. Que eles liam o guia juntos, né, é, é, o guia já é montado para que eles complementem algumas coisas, algumas partes, eu acho que isso que é o diferencial do grupo, não tem uma coisa pronta, né? Geralmente tem o, o, ocorre grupos que têm lá que ocorre um tema e tem que discutir sobre aquele tema. Ah, o grupo da depressão tem que falar só sobre a depressão, sobre... perda é só perda. Eu acho que não, que é um grupo que segue um... apesar de seguir um roteiro, ele é bastante amplo, né, por esta questão de abordar vários temas, de ser um grupo que tem um cronograma de, de, de ações também. Achei positivo, também, de um ano, acho que o diferencial é essa capacidade que o grupo tem de, de, deles se sentirem a vontade para falarem e trazerem as questões deles, pela forma como é moderado”.

Temas ou situações descritas

⇒ Construção terapêutica compartilhada

Ronaldo aponta como uma das principais características do grupo GAM, a oportunidade dos usuários participarem, ativamente, da construção de seus projetos terapêuticos, pois este era um espaço em que falavam, sem medo, sobre suas vivências e experiências o que, para o residente, era visto como conhecimento que deve ser incluído no plano terapêutico. Esse movimento despertava a autonomia deles, em uma relação diferente da que normalmente é construída, na qual o terapeuta tem um poder sobre o paciente, onde o primeiro determina o que o segundo deve fazer.

Ele cita dois exemplos importantes em que o projeto terapêutico foi co-construído: quando conversaram sobre as redes de apoio, entendendo que em um plano de cuidado é preciso se ter visualizado as referências em momentos de crise; e nos encontros sobre a medicação, em que os usuários foram chamados a falar sobre o que sentiam, conheciam e seus questionamentos, ressaltando a importância da autonomia na gestão de seus remédios e que esta possa ser compartilhada com os profissionais sem medo.

“É, se, se, na verdade se dava, se dava o nome do remédio e a função que tinha para cada um, assim, e a partir dali eles iam falando o que eles sentiam, o que eles tomavam. Eles geralmente conheciam bastante o remédio, porque muitos usuários já tomam há muito tempo, né, e, ali eles falavam alguns sintomas que eles sentiam, né, às vezes falavam porque eles mesmo mexiam por conta, mas não falavam para o médico, né? Da importância de, de, de, é, esse, essa, essa autonomia sobre a medicação deles também seja compartilhada com os profissionais e não é uma coisa que tem que ser feita com, com medo, enfim, ou escondido como, como muitas, como acabou surgindo no próprio grupo mesmo, assim”.

⇒ Rede de apoio

No encontro sobre rede de apoio, os usuários puderam identificar possíveis referências no momento da crise, como amigos, vizinhos, moradores de albergues e serviços do município. Ronaldo aponta que no começo, os participantes não conseguiam identificar quem seriam essas referências, mas o grupo, e os próprios residentes, provocaram e mapearam, junto com os usuários, quais eram os recursos com quem contavam. Para ele, a questão da crise não é muito abordada, mas é fundamental que seja incluída no desenvolvimento de um projeto terapêutico. Cita como exemplo, o usuário - sem família e morador do albergue - que tinha uma dinâmica em que a solidão era muito forte e que, no encontro em que discutiram rede, o grupo o ajudou a listar referências nos momentos de crise, o que fez com que ele se abrisse até nos espaços fora do GAM.

“Eles traziam, é, ah...quando se começa a falar em questão de, de, ali nas redes de apoio, assim. Aí eles traziam que eles tinham amigos, tinham vizinho, tinham, ah, ‘mas tem o, tem lá o pessoal lá da, da associação de moradores, tem o pessoal lá do mercado lá perto de casa’, são pessoas que eles podiam contar em momentos de necessidades, assim, né? E, e, muitas deles não viam isso como algo positivo, assim, até porque nem imaginavam, né, por exemplo, num momento de crise, quem eles iam procurar, né? Nos primeiros momentos que foi trabalhado isso, eles não sabiam o que dizer, mas provocados, eles conseguiram dizer: ‘ah, mas tem o fulano, tem o ciclano’ e, e, a gente conseguiu elucidar isso, assim, porque é muito pouco abordado isso com, com o, os usuários essa questão de, é, de, de crise assim, sabe? Muito pouco abordado e lá foi abordado dessa forma”.

⇒ Medicação

Nos encontros em que a medicação era o tema, trazia-se o nome do remédio, sua função e a partir daí os participantes diziam o que tomavam e como se sentiam. Houve espaço para que os usuários trouxessem suas vivências e conhecimento acerca dos remédios, onde se trabalhou a questão da autonomia em relação à medicação e a importância dessa ser compartilhada com os profissionais, como, por exemplo, o fato de mexerem ou não tomarem os medicamentos e, por medo, não falarem para o médico.

“É, se, se, na verdade se dava, se dava o nome do remédio e a função que tinha para cada um, assim, e a partir dali eles iam falando o que eles sentiam, o que eles tomavam. Eles geralmente conheciam bastante o remédio, porque muitos usuários já tomam há muito tempo, né, e, ali eles falavam alguns sintomas que eles sentiam, né, às vezes falavam porque eles mesmo mexiam por conta, mas não falavam para o médico, né? Da importância de, de, de, é, esse, essa, essa autonomia sobre a medicação deles também seja compartilhada com os profissionais e não é uma coisa que tem que ser feita com, com medo, enfim, ou escondido como, como muitas, como acabou surgindo no próprio grupo mesmo, assim”.

⇒ Medo dos usuários em questionar o psiquiatra

Ronaldo cita que os usuários trouxeram para o grupo, o medo que tinham de conversar com o psiquiatra, ou com outros trabalhadores tidos como mais rígidos, e que, por isso, muitas vezes não discutiam sobre a medicação com esses profissionais.

⇒ Em relação ao seu papel postura no grupo

Ronaldo foi convidado a participar no grupo no começo da residência, principalmente pela questão da enfermagem – ele é enfermeiro – e das medicações, mas disse ter se surpreendido, pois não havia lido o guia e não imaginou que fosse trabalhar com o tema dessa forma. Continuou por vontade própria, sua participação não foi obrigada e nem houve pressão para tal.

Descreveu-se como observador, com pouca participação, até porque havia dois moderadores e ele achou ser importante deixar mais espaço para as discussões dos usuários, que eram muito ricas. Às vezes contribuía respondendo questões dos participantes, ou complementando algumas discussões, como no debate do medo de falar com os profissionais

onde ele reforçou que os usuários deveriam valorizar os espaços de fala no CAPS. Disse que se sentiu acolhido pelo grupo e que gostaria de ter participado dos encontros iniciais.

⇒ Na relação com os usuários

O residente já conhecia a maioria dos participantes de outras atividades do CAPS, por isso já tinha construído, de formas diferentes, um vínculo. Os usuários foram receptivos quanto à sua participação até, segundo Ronaldo, pela necessidade de fala e troca que era possível fazer naquele espaço, mostrando que eles tinham vontade de compartilhar o grupo com mais pessoas.

⇒ Visão do residente sobre a participação dos usuários na GAM

Na visão de Ronaldo, a participação dos usuários foi muito positiva, pois eles trouxeram uma visão que só quem está há muito tempo no serviço, pode trazer, *“um raio-x, vamos dizer assim, do tratamento deles”*, por isso algo que deve ser mais valorizado. Em sua avaliação, era visível que os participantes sentiam menos constrangimento ao falar no grupo GAM, do que em outros espaços terapêuticos, sem medo de serem *“burlados”* ou *“chamados a atenção”*.

⇒ Visão sobre sua experiência no grupo e efeitos

Ronaldo avalia sua participação como uma experiência positiva e interessante, pois disse que esse foi um processo no qual sempre acreditou, descrevendo o fato de confiar que o usuário pode ter opinião sobre seu cuidado a partir de espaços mais esclarecedores. Aponta que aquele era um lugar onde havia trocas e que as construções de conhecimento circulavam mais, através de uma dinâmica em que as coisas não eram fechadas e nem prontas, fazendo com que os participantes se sentissem inseridos.

Segundo o residente, a experiência é fundamental na formação, pois faz com que se pense em atividades que valorizem a participação dos usuários.

⇒ Os efeitos na prática profissional (dar voz ao usuário)

Para Ronaldo, a participação no grupo GAM fez com que ele repensasse suas intervenções, principalmente em relação à opinião dos usuários que ele passou a valorizar mais nos momentos em que constrói suas atividades. Cita a associação de usuários, dizendo que em momentos anteriores, outros residentes participaram assumindo o papel que deveria ser do usuário e que, agora, tenta fazer com que sua contribuição possibilite com que os usuários “*tomem a frente*”, pois eles têm capacidade para tal. O residente diz que depois do grupo, reflete mais e desenvolve nas oficinas que coordena momentos em que pára e conversa com os participantes, construindo o projeto junto com eles. Descreve como exemplo a oficina de esporte e as assembléias. Atribui essa mudança ao fato de, no GAM, ele ter vivenciado um processo em que os usuários participavam da construção do cuidado e que tinham suas autonomias fortalecidas.

“Eu acho isso uma coisa que a gente começou a refletir mais, assim, e muito pela experiência do próprio GAM mesmo, também. E, nas próprias oficinas, nas oficinas seja de esporte, a gente tem um momento de sentar e, e com a gente não tem educador físico lá no CAPS, eu e a G. acabamos fazendo, assim. E de sentar e dizer assim, ó, o que, o que que vamos propor aqui, o que você acha importante? Não é só chegar e vamos jogar bola e tal e fazer. O que que isso vai ser importante para a gente? E eles trazerem e aí eles já opinam: ‘mas ó, de repente, a gente faz uma, uma confraternização aqui antes de jogar e tal’. É, de valorizar a opinião deles na, na, nessas atividades das mais simples as mais complexas que tem lá no CAPS, assim”.

Ronaldo também aponta mudanças em relação à sua visão sobre o contexto dos usuários, dizendo que, agora, enxerga aspectos mais amplos no cuidado, apresentando como exemplo a visita domiciliar.

“Por esta questão de, de, do GAM valorizar toda essas questões do, do cuidado dele, não só a medicação, não só o usuário, mas todo uma rede que ele tem envolta deles, isso, isso eu pude exercitar mais, de, de compreender melhor essa importância”.

⇒ Em sua formação

O residente reflete que sua experiência no grupo foi um exercício importante, pois o ajudou a, mesmo vivenciando os limites e problemas do serviço, não ter sua prática enrijecida.

Também aponta o contato que teve com o medo dos usuários de questionarem o tratamento, fazendo com que essa questão ficasse mais forte em seu papel enquanto profissional.

“Sim, eu acho, principalmente esta questão do, do medo que eles tem de questionar o seu tratamento, e de, de, de entender e discutir que existem várias formas, acho que isso foi uma coisa que ficou bastante evidente que, e que, e que acabei trazendo para mim para poder estar exercitando o meu papel também”.

Os efeitos da GAM no CAPS

⇒ Efeitos nos usuários e no CAPS

O residente cita o exemplo do usuário que, depois que percebeu que contava com pessoas que podiam representar apoio, se queixa menos da solidão e está mais aberto para que o próprio residente possa acessá-lo nos espaços de cuidado do CAPS, coisa que antes ninguém conseguia.

Também descreve processos em que os usuários passaram a questionar mais sobre o remédio e a reivindicar espaços em que as demandas pudessem emergir; a oficina de cidadania é um exemplo.

“Eu acho que esta questão de despertar a autonomia deles mesmo, deles perderem o medo de falar. Acho que isso foi bem, bem visível assim. A maioria deles conseguiu, é, exercitar essa questão deles e eles até ficavam bem a vontade, assim, de falar com a gente, com os (??) por a gente não ter muito tempo no serviço, assim, eles são muito receptivos, assim. E, até em outros espaços, eles vêm, procuram para conversar, para trazer coisas, acho que virou um vínculo bem legal”.

6. Aproximando-se do fim da jornada: reflexões sobre o material empírico e nossos referenciais teóricos

Las esperanzas dudosas han de hacer á los hombres atrevidos, pero no temerários. (Cervantes, 1979; p. 465).

Antes de discorrermos com as reflexões acerca de nosso material, é necessário explicar que o capítulo a seguir será desenvolvido privilegiando o material obtido nas entrevistas, tendo as transcrições dos GF's apenas como pistas para nossos achados. Justificamos tal escolha, pois, ao compararmos as narrativas produzidas nas distintas situações, percebemos que meses depois do grupo focal - multiprofissionais 2 e médicos 8 – cada participante apresentou, nas entrevistas, as mesmas experiências que havia narrado, individualmente, no grupo focal, sem mencionar as reflexões destacadas pelos colegas, indicando que as situações descritas no GF não poderiam ser tomadas como experiências coletivas.

6.1 Considerações prévias

Ao seguir com a análise, é necessário considerar algumas singularidades e distinções presentes entre os residentes de Campinas e Novo Hamburgo. Embora não seja objetivo deste estudo tomar as diferenças entre a formação do médico psiquiatra e a formação multiprofissional do profissional especialista em saúde mental como objeto, é importante, para fins deste estudo, considerar o fato de que os residentes médicos ocupam a função de prescritores da medicação e os outros profissionais não. Esta diferença terá conseqüências para a análise, pois, sendo a gestão da medicação assunto central na intervenção GAM, ter ou não a função de prescritor como um dos eixos da sua atividade de cuidado produziu influência diversa na forma como residentes médicos e multiprofissionais vivenciaram o grupo.

O modo como os residentes médicos e multiprofissionais vivenciaram o GAM também sofreu influência de outros elementos, tais como a maneira com que eles freqüentaram os

grupos, temáticas desenvolvidas nos encontros e outros, descritos a seguir. Os integrantes de Campinas – residentes médicos - estiveram presentes nos primeiros encontros, nos quais o tema trabalhado foi o da rede de apoio, enquanto que os de Novo Hamburgo – residentes multiprofissionais – estiveram presentes nos últimos encontros, em que o foco foi a medicação. Também diferiu para estes dois conjuntos de residentes o momento em que foram convidados a participar da intervenção GAM. Os residentes de Campinas tiveram a sua participação concentrada no início das atividades do grupo GAM, já os de Novo Hamburgo estiveram presentes após este primeiro momento, quando a interação entre os participantes encontrava-se mais solidificada e os processos de transformações dos usuários, mais avançados. Além disso, os critérios de seleção dos participantes dos grupos foram distintos para os campos de Campinas e Novo Hamburgo, o que permitiu que os residentes multiprofissionais acompanhassem usuários que já conheciam, do CAPS onde realizavam o seu estágio, enquanto os residentes médicos acabaram por acompanhar usuários com os quais não possuíam vínculos anteriores e que se caracterizavam por serem pessoas engajadas em espaços e movimentos de luta de transformação da assistência psiquiátrica pública.

Por fim, destacamos a diferença das estruturas curriculares dos programas de residência em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental, no que diz respeito ao espaço privilegiado para a prática clínica. Enquanto a rotina dos futuros psiquiatras é marcada preferencialmente por atendimentos hospitalares e em ambulatórios, que funcionam no modelo da consultas de consultório; os multiprofissionais atuavam no CAPS, possuíam uma rotina que incluía outras atividades além do atendimento no modelo de consultório, tais como o desenvolvimento de oficinas e visitas domiciliares, por exemplo, e com escuta produzida em outros contextos de cuidados sem maiores restrições produzidas pelo tempo exíguo ou quantidade de pacientes atendidos, limites relatados pelos residentes médicos.

Feitas as observações sobre os elementos do contexto, acima explicitados, que parecem ter tido efeito sobre os diferentes modos de *experienciar* o grupo GAM referidos pelos dois grupos de residentes, seguiremos com a apresentação do material obtido nas entrevistas. Após leitura cuidadosa das transcrições, foi possível perceber aspectos que as unificavam e as diferenciavam. Cientes de que não esgotamos as reflexões que são possíveis fazer sobre o material obtido, procuramos enxergar as experiências narradas através dos

objetivos e referências teóricas que sustentam nosso trabalho, analisando a potência da intervenção GAM enquanto dispositivo de ensino que conjuga saberes e estimula uma formação que abarque uma visão de doença indissociada do sujeito, compreendendo uma prática que incentive a autonomia do usuário, em uma gestão compartilhada de tratamento.

Ainda esclarecemos que a escolha por estruturar a análise nos eixos apresentados a seguir, se deu por uma questão didática, para melhor iluminar nossas **perguntas investigativas**, pois, considerando que o conceito de *experiência* abrange fluidez e continuidade, compreendemos que as vivências relatadas pelos residentes não foram *experienciadas* de maneira separada, como exposto, supondo que os conteúdos poderiam constituir distintos temas, ou estar inseridos em mais de um eixo.

Eles serão apresentados sob forma de três tópicos, sendo que os eixos 2 e 3 estarão divididos em dois sub-itens, cada:

- 1 - Conjugando saberes e singularidades: a experiência GAM enquanto dispositivo de ensino.
- 2 - A participação no GAM e os efeitos em relação à escuta clínica: doença e sintomas singularizados pela experiência de vida daquele que sofre.
 - a) Relativizando o modelo biomédico de conhecimento e de intervenção: efeitos no cuidado a partir da participação no GAM.
 - b) Autonomia e modos de se relacionar com o mundo: acessando as “potencialidades” despertadas nos usuários através da experiência GAM.
- 3 - A experiência GAM e a construção compartilhada do tratamento: efeitos no modo como profissional e usuário se relacionam.
 - a) Co-gestão do tratamento: aproximando-se do cuidado “com” e não “para” o usuário.
 - b) O ato de prescrever - nem técnica nem ciência: relativizando verdades estabelecidas a partir da participação no GAM.

A seguir esses elementos serão apresentados e discutidos com mais minúcias.

6.2 Iluminando nossas perguntas investigativas

1) Conjugando saberes e singularidades: a experiência GAM enquanto dispositivo de ensino.

Uma característica fundamental da intervenção GAM enquanto uma ferramenta de ensino se constitui na aposta de um processo em movimento, não pronto, construído de forma compartilhada a partir de visões distintas derivadas de todos aqueles que participam dele. Deve haver a possibilidade para que o sujeito experimente um lugar em que os saberes circulem complementando-se, culminando em produtos que incluam diversas experiências e histórias. Abre-se, assim, espaço para o desenvolvimento de um aprendizado fundamentado no imprevisível, na conjugação dos problemas e na concepção global e complexa que ligue unidade e multiplicidade (MORIN, 2002a).

De maneiras diferentes, todos os residentes relatam ter compreendido o grupo como um espaço em que a escuta era singularizada, construído através da troca entre os participantes, onde os usuários expunham suas visões e histórias de vida sem medo, muitas vezes extrapolando o tema proposto pelo guia e experimentando, juntos, processos em que as soluções dos problemas trazidos eram pensadas coletivamente.

Celso: “É, eu acho que isso tornava o grupo mais interessante, né? Porque não era só, a gente não estava só lá, esperando que eles falassem, para cumprir o horário... né? Que eles estavam interessados no que eles tinham para falar...”

Carol: “No começo, parecia que era bem assim, bem... ‘ai, será que podemos tocar em tal assunto, ou não’, depois, eles já estavam começando a conversa: ‘não, já comecei a discutir com o meu médico, já perguntei tal coisa, já estou querendo saber sobre, sobre isso e aquilo’. Então, eles foram, aos poucos, se soltando”.

Camila: “Eles também foram descobrindo entre eles o porquê que algumas coisas acontecem, porque alguns já sabiam e o outro não, aí eles dividiam isso”.

Claudia: “O grupo em si foi bastante marcante, né, porque era um grupo bastante coeso, os pacientes interagem bem, eu lembro bem disso, era um grupo que funcionava, as discussões eram, eram bastante proveitosas, os pacientes marcavam bastantes, eles eram pacientes, assim, muito interessados, muito esclarecidos e, e aí, assim, ajudavam bastante para, para fluir a discussão do grupo (...)”.

Roberta: “(...) o P. disse que não tinha ninguém, que ele era sem família porque a mãe dele tinha morrido, não sei quem tinha morrido, o irmão dele estava perdido pelo mundo que ainda não-não... E ele fala: ‘Não tenho ninguém’. E o pessoal: ‘Não P., espera lá, você não vem no CAPS? Você não tem o não sei que? Você

não tem o pessoal do albergue?'. Foi essa construção que foi feita, não foi uma construção do Guia, assim, foi uma construção do grupo, entendeu? Que auxiliou no Guia, né? A gente viu, foi pelo- foi disparado no Guia, é uma questão do Guia e foi disparada essa questão no grupo. Por isso, eu acho, não foi discutido o Guia em si, mas o Guia foi disparador de construções feitas no grupo”.

Ronaldo: “Eles podem complementar o guia, tem uma coisa que... é um grupo que é em construção, como se fosse uma oficina ao mesmo tempo. Acho que isso aí não é uma coisa que é fechada, que não é nada pronto e isso eles se sentem bem inseridos assim. E isso, isso para a formação é fundamental, porque como eu te falei lá no começo, a gente quando pensar uma atividade, pensar uma, alguma coisa assim, tem que valorizar isso, a participação na construção deles, assim...”.

Ao trabalhar uma dinâmica na qual os participantes podem opinar sobre o GGAM e construí-lo junto, a intervenção possibilita uma oportunidade de formação que inova tanto por privilegiar uma faceta dos usuários para além da doença - a de que são pessoas que portam conhecimento - como também que esse saber é potente no campo da pesquisa. Os residentes puderam experimentar um processo em que o produto é construído de maneira compartilhada, no qual os saberes advindos de diferentes pessoas são igualmente relevantes.

Embora a participação dos residentes não tenha se dado como o desenho inicial da pesquisa previu, e não tenha levado em conta a necessidade de uma reflexão conjunta sobre o processo pelo qual passaram, os relatos nos revelam a potência da experiência vivida, no que diz respeito a sua capacidade de apresentar aos residentes aspectos que podem ser fundamentais para a construção de um tipo de cuidado que não está focado na doença exclusivamente, mas na possibilidade de considerá-la de modo ampliado. Dentre estes aspectos percebidos nas narrativas dos residentes citamos:

- a) A percepção de que os usuários têm um saber sobre o que se passa com eles e sobre as intervenções a que são submetidos, que esse saber interessa ao cuidado e em particular ao tratamento medicamentoso;
- b) A vivência de um espaço que vai além da escuta dos sintomas e das doenças. Os residentes se aproximaram da percepção de que a singularidade se manifesta na medida em que os sintomas, as patologias e os tratamentos podem ser vistos situados na vida de cada um, singularizado pelas experiências;

- c) Os residentes puderam experimentar situações em que as possibilidades para enfrentar o mal eram construídas coletivamente e não trazidas de um único lugar;
 - d) A percepção de que os usuários podem ter relatos interessados pelo que se passa com eles, se o modo de conversar dialoga com o que efetivamente se constitui contexto de vida de cada um;
 - e) A aproximação de um modo de ação em que o grupo e a intervenção dos iguais podem ter efeito terapêutico no sentido de oferecer ao usuário, alternativas e estratégias não pensadas para lidar com os problemas que podem advir do seu adoecimento;
 - f) Outro modo de fazer pesquisa, em que o pesquisado é vivo e contribui para a produção do conhecimento.
- 2) A participação no GAM e os efeitos em relação à escuta clínica: doença e sintomas singularizados pela experiência de vida daquele que sofre.

Ao vivenciarem uma intervenção que abordava conteúdos técnicos ao mesmo tempo em que incentivava a construção de narrativas sobre as experiências dos usuários, os profissionais em formação puderam experimentar uma lógica diversa daquela que valoriza uma concepção fragmentada que opõe teoria e prática, ainda predominante no modelo biomédico de conhecimento e intervenção. O objetivo era averiguar se essa experiência estimulava os residentes a incorporarem em sua prática uma permeabilidade entre os aspectos técnicos e não-técnicos, fazendo com que se sensibilizassem em relação ao significado na utilização de sua técnica e assim, uma prática humanizada (Ayres, 2004).

Os seis residentes relatam ter entrado em contato com aspectos de vida dos usuários que não conheciam antes, ampliando o olhar que se torna multidimensional e que se abre para as experiências do outro, indicando efeitos - de maneiras e intensidades diferentes - que convergem para práticas que conjugam conceitos técnicos com contextos narrados pelos usuários, relativizando o modelo hegemônico e reforçando a compreensão de que a experiência do sujeito deve ocupar lugar central no cuidado. As entrevistas indicam a

possibilidade do grupo de fazer emergir a dimensão subjetiva do adoecimento que, em geral, é facilmente transformada em meros signos de doenças, revelando um sujeito que sofre e que é indissociável disto que é reconhecido como entidade patológica natural e dissociada da experiência vivida do adoecimento.

a) Relativizando o modelo biomédico de conhecimento e de intervenção: efeitos no cuidado a partir da participação no GAM.

Em seus relatos, os residentes apresentam experiências que tendem a uma abertura em relação ao modelo biomédico de formação, principalmente no modo fragmentado de prática, em que a técnica prescritiva se separa do contexto vivido pelo usuário (Rosemberg & Minayo, 2001). Presentes em todas as entrevistas, as narrativas descrevem o grupo como um lugar privilegiado, pois permitia que as pessoas narrassem experiências que não eram referidas em outros espaços de tratamento. Assim, dinâmica do grupo GAM, também propicia que os profissionais tomem ciência de aspectos que não costumam explorar nos atendimentos, normalmente focados nos sintomas da doença e efeitos da medicação, estimulando-os a considerar o contexto dos usuários no cuidado e passando a considerá-lo como novo elemento em suas intervenções clínicas.

Celso:

Celso relata momentos em que trabalhavam questões técnicas sobre medicação, em que os residentes esclareciam informações equivocadas ou respondiam as dúvidas dos participantes, ao mesmo tempo em que destaca como característica do grupo, ser um espaço que o permitiu conhecer aspectos dos usuários que antes não conhecia, como as relações com a família e forma como viam as instituições de cuidado. Mostra ter experimentado o processo em que técnica e narrativa de vida convergem, entendendo ser importante considerar elementos de vida trazidos pelos pacientes no momento de decisões clínicas. Celso também declara ter se sensibilizado em relação às pessoas com transtornos psicóticos, compreendendo que suas narrativas também devem ser incluídas no cuidado, mas pondera

sobre a dificuldade de transpor tal lógica para o atendimento dizendo que, no ambulatório, os usuários não conseguem se expressar e relacionar tão bem.

Outro ponto que podemos destacar em sua entrevista, é quando diz que, ao compreender conceitos sobre autonomia trazidos pelo GAM, entende que é papel do médico tencionar junto com o usuário, um momento do cuidado em que ele precisa “pegar as rédeas” de sua vida, questionando, inclusive, se a participação dos residentes na pesquisa, poderia ter sido mais potente se eles pudessem experimentar o lugar de facilitadores, participando de supervisões que acrescentassem em suas formações o que Celso chamou de *estratégias* para fortalecer a autonomia dos usuários. Quando traz esse tipo de questionamento, o residente nos diz qual foi sua visão sobre sua experiência na pesquisa, indicando que o tema da autonomia foi percebido por ele, com destaque.

“Eu achei uma experiência legal, né, é um outro tipo de conversa, diferente daquela que você tem no consultório em que as coisas são mais fechadas, com um tempo para acontecer... e... você acaba se atendo mais à sintomas e às queixas do paciente e não, não, vai tentar entender o que está acontecendo para ele do outro lado. E... eu achei a experiência legal por isso, né? Por a gente ter (...) uma clareza maior na visão que eles têm do tratamento, das instituições que cuidam deles... do... das condutas, dos relacionamentos com as pessoas, dos relacionamentos que eles têm em casa, né? As relações que eles não têm... Achei interessante por causa disso”.

“É, não sei se mudou, mas que acrescentou bastante. Como eu tinha falado no começo, acrescentou essa questão de ter uma outra visão dos pacientes... Desse tipo de paciente... às vezes de ter uma, uma, uma... uma relação um pouco mais acética, assim, no consultório, né? Você está mais preocupado em ver sintomas, evitar que ele fique psicótico, evitar que ele comece a delirar, tenha alucinações... E... você não se abre tanto para uma escuta de vida, uma escuta de... de... queixas pessoais, como você se abre para um paciente com depressão, com ansiedade, com TOC, né?... E... acho que de acrescentar, acho que mais isso, de valorizar mais o... os pacientes com esquizofrenia, assim, as questões que eles trazem”.

“São conceitos importantes que os pacientes precisam, precisam... uma hora ou outra você vai ter que fomentar isso com quem você está cuidando. Uma hora você vai ter que falar: ‘Ó, agora você está melhor. Agora você não está mais... louco, “loucão”. Você está melhor, você tem que retomar sua vida, e aí? O que é que você vai fazer?’. Pegar as rédeas, né? E aí, eu acho que eu... aquelas atividades propostas, aquelas reflexões propostas, interessantes”.

Camila:

Relativiza o modelo biomédico de cuidado, indicando as diferenças entre o atendimento no consultório e o grupo GAM, avaliando que no primeiro, a dinâmica é pontual e não permite aprofundar outros aspectos da vida do usuário. O modo de participação, entretanto, não favorece que outras perguntas se constituam, tais como se essa dinâmica poderia ou deveria ser mudada, ou ainda que conseqüências teria para o cuidado médico, se isso acontecesse.

“Porque eu acho que no grupo um levanta uma coisa e aí já puxa outra no outro. No atendimento é muito mais difícil, e no grupo eu acho que é o tempo dedicado a isso, né? No atendimento não é um tempo dedicado a isso, é um tempo dedicado a perceber como é que o paciente está, a perguntar para a família como o paciente está, a correr, pegar, preencher papel, a pensar o que você vai fazer a partir disso, se isso é isso ou aquilo, então, eu acho que no atendimento... já não tem tempo, ainda mais, quanto mais tempo para isso”.

Nesse sentido, a residente também enfatiza como importante, a experiência de estar presente em um espaço em que os usuários apresentaram histórias que não podia perceber no atendimento, o que fez com que ela entrasse em contato com facetas de vida que antes desconhecia. O grupo também a ajudou a perceber que alguns usuários podem ser mais “dependentes” e outros mais “independentes”. Esta classificação revela que a residente passou a reconhecer aspectos que parecia ignorar antes: o colorido experiencial que os sintomas adquirem, indicando que há diferentes modos de vivê-los e que esses diferentes modos sugerem diferentes formas das pessoas se relacionarem com o mundo em que vivem.

“Isso ficou muito depois do GAM, em psiquiatria isso é muito importante, o que a pessoa faz da vida mesmo, sabe? ‘Não me descreve um dia... me descreve um dia’ <risos> acaba sendo muito resumido, né?”

“Foi legal para saber da vida deles, né, e como é que a doença influi na vida deles, porque eu acho que a gente, claro, a gente tem noção, mas a gente não tem essa noção tão amplamente. Aí, você vai toda quarta feira e fica ouvindo um grupo de dez pessoas, menos até, falarem de, de como é a vida, como é o casamento, como é... que eu já fui pastor, isso aí é bem legal”.

Claudia:

Claudia descreve o grupo GAM como um lugar em que os participantes eram estimulados a falarem sobre eles mesmos, o que proporcionou com que ela se aproximasse da forma como pessoas com transtornos mentais pensavam. Observa que os usuários preferiam narrar suas histórias a discutir a questão da medicação, e quando o faziam, tinham seus percursos tão colados com a medicação que não conseguiam separar um do outro. Nenhuma reflexão, entretanto, é feita a partir dessa observação, que encerra-se em si mesma. Esses dois elementos identificados – experiência de vida e doença - poderiam ser conjugados no momento do atendimento médico? Essa é, entretanto, uma pergunta que não surge para a residente, embora siga a observar que, tanto no grupo GAM, quanto em outros grupos terapêuticos, em que não esteve presente enquanto médica, pôde perceber a escuta da experiência de vida, elemento em geral ausente das narrativas produzidas na prática médica. Um exemplo disso, foi quando descreveu a experiência dissociada de, no grupo GAM, cumprir o papel de “dra.”, evocada pelos usuários quando surgia uma dúvida técnica, e do papel da pessoa, Cláudia, chamada pelo nome quando o usuário se sentia mais familiarizado para discutir outro assunto.

“Olha, era uma, uma escuta de certa forma diferente do que a gente tem na consulta, né? Lá eles estavam contando livremente as experiências dele, não era uma coisa direcionada, como às vezes na consulta eles vêm com uma demanda da consulta e é uma coisa do paciente, às vezes, ele vem com uma demanda. Lá não, parece que era um espaço que ele tinha, uma outra abordagem, diferente da abordagem da consulta, então, eu achei muito interessante. Às vezes, se você for consultar esses pacientes que participam do grupo, às vezes você não conseguiria escutar as mesmas coisas, as mesmas histórias, do que se você estivesse atendendo, lá é diferente”.

“Mas, é, a gente estava participando lá, apesar da gente sermos doutores, né, mas a gente estava participando das histórias, eu achei, a gente não estava no papel de doutor, apesar da gente, de ser chamado de doutor lá. Quando tinha alguma coisa técnica que eles queriam perguntar, às vezes até eles viravam e perguntavam para gente, né, ah, da doença, da dúvida do conceito... ‘ah, doutora, mas e o diagnóstico’, eles perguntavam. Mas eu tive a impressão que a gente estava, assim, participando da roda, não, ah, como uma função do consultório, do, do setting da consulta”.

b) Autonomia e modos de se relacionar com o mundo: acessando as “potencialidades” despertadas nos usuários através da experiência GAM.

Em um debate sobre a psicopatologia do *ser social*, Leal et al. (2006) nos trazem uma reflexão sobre o desafio de construção de ações de reabilitação que, ao contrário da psicopatologia descritiva hegemônica, compreendam a disfunção social como consequência e não sintoma do adoecimento mental. “A identificação de um fenômeno como marca do adoecimento mental deve implicar o clínico na busca de soluções que não podem ser desarticuladas do social” (ibidem; p. 443).

Nesse sentido, os residentes de Novo Hamburgo, especificamente, apresentaram vivências singulares em relação às suas percepções sobre transformações na forma como os usuários se relacionavam com o mundo. Os profissionais relataram acompanhar mudanças derivadas da própria experiência vivida pelos usuários no grupo GAM, que tendiam a direções autônomas de inserção social, “potencialidades”, como chamado por Roberta. Esse processo refletiu na prática dos próprios residentes que foram afetados ao reconhecerem que a discussão do tratamento, aparentemente apenas técnica, podia estar associada com uma dimensão mais ampla de vida.

Roberta

Compreende a intervenção GAM como um contexto de relação compartilhada, passível de fortalecer a autonomia dos usuários levando-os, sutilmente e ao longo do tempo, a desenvolver um maior envolvimento e possibilitando uma participação mais ativa no tratamento. A residente diz sentir-se tocada ao perceber como tal processo desperta as potencialidades dos usuários, fazendo com que o próprio grupo utilize-se desta potência para protagonizar seu lugar no mundo. Através de seu relato, pode-se perceber efeitos na prática de Roberta que, como ela diz, volta a planejar atividades compromissadas com uma idéia de inserção social que enxerga a pessoa diagnosticada com transtorno mental como capaz de ser sujeito ativo nos espaços em que vive, entendendo que esta opção se estabelece, inclusive, enquanto aposta clínica.

“Eu vejo, é, pela questão da S. de querer participar, é... pelo A., na questão de ele discutir os direitos dele na Previdência; pelo La. que ele: ‘eu quero ir, mas não quero ser delegado’, ele era delegado na Estadual, ele falou que ele queria ir participar da discussão, mas ele não queria votar. Era um direito dele, querer ir, mas não querer votar. E, acho que foram essas coisas assim, de ‘eu querer trabalhar, eu não querer trabalhar’, ‘eu quero isso, eu quero aquilo’. Acho que foi um pouco disso, né? Da cidadania, assim... das vontades que foram surgindo no grupo e/ou do que aconteceu... nessa... assim...”

“Foi, talvez, construído isso sim, mas foi uma coisa muito mais tranqüilo, não tranqüilo, mas construído ao longo do tempo... ao longo do tempo... Não foi... talvez, aos poucos, a discussão fosse despertando pequenas coisas que iam ser discutidas com a referência, com quem estava lá, e isso foi mudando algumas formas. Alguns jeitos de estar nos grupos. Acho que não teve ‘Ah, o GAM falou que eu posso isso’. Não foi, acho que não surgiu dessa maneira”.

“Acho que para alguns usuários foi muito interessante, eles se aproximaram mais das atividades do CAPS, assim. Um usuário que não participava de nada, participava só da pesquisa, foi participando mais de oficinas, que não eram os grupos terapêuticos do CAPS, oficinas mesmo. E... eles foram se interessando mais por questões que aconteciam. A S., por exemplo, foi lá na Associação, se envolvido, depois de ter se envolvido na pesquisa ela resolveu que queria ser da Associação, foi delegada, representante de Novo Hamburgo lá na Conferência Estadual, e eu acho que foi essas construções que foram tendo assim, as pessoas foram tendo construções pessoais, que permitiram elas estarem em mais lugares. Que eu acho que o GAM foi um disparador disso, o grupo de pesquisa”.

“E aí, quando ela participou do GAM, ela se viu motivada a fazer essas coisas, a participar das Conferências, é uma coisa que ela tinha quando ela era jovem, ela disse, e que se apagou. E com a depressão se apagou mais ainda. E, com o GAM, com a chance de representar Novo Hamburgo, com a chance de representar o Brasil na pesquisa, ela foi ficando muito motivada com isso. E acho que essa motivação trouxe aquela velha S., aquela que participava, que corria atrás, que queria... E eu acho que para ela essa construção foi muito mais importante, sabe? De... de ser outra pessoa, de não estar naquele lugar de quem está em um lugar de tratamento, mas sim, dela estar lá para também fornecer saúde para as pessoas... Acho que é bem isso, fornecer chance das pessoas perceberem suas potências...”

“Também. Eu acho que o que ficou muito presente no GAM, depois da, acho que, depois, realmente de todo o tempo que eles ficaram juntos, foi essa vontade do L. falar do medicamento, vontade da S. de participar dos lugares, vontade do P. e do E. continuar o GAM para ficar junto com as pessoas... Eu acho que foi isso, assim... Foram essas vontades que foram construídas, assim. Não foi a construção do Guia brasileiro... passou, só que passou bem do lado, naquele grupo, sabe? Para mim foi uma construção de vontades que foram, enfim... E acho que, talvez, não é o viés da pesquisa, né? Ver isso, mas ver o efeito que os usuários tiveram, não só, não só o que eles acharam do Guia, mas o efeito que essa construção proporcionou neles, foi muito bom, também. Acho que devia ter um viés a mais na pesquisa, para isso. Porque foi muito bom”.

“Sou da mesma opinião da S., que o GAM não pode parar não <RISOS>. Que o GAM foi muito legal, assim, por essas questões. E acho que, tem que dar essa vontade para ela de querer ajudar as pessoas. Que ela falou sexta-feira de querer ajudar as pessoas, sabe, tem que dar isso. Tem que continuar por isso. Não é nem por questão de ‘Ah, como vai ser o Guia ou não’, tem que ser por causa que as pessoas querem já se ajudar, elas estão se dando tão bem que elas querem ajudar o próximo, isso é muito bom”.

Ronaldo

Ao citar o caso do usuário que pôde construir, junto com o grupo, possibilidades de se relacionar com o mundo, Ronaldo indica ter experimentado estratégias que despertem reflexões dos usuários sobre eles mesmos, construindo demandas e vontades em atividades como a oficina de cidadania, exemplificada pelo residente.

“Foi mais ali no, na questão do, do próprio P. assim, né, que, que, uma das coisas que ele fazia era a questão do solidão, assim, ele se sentia muito sozinho, de não ter uma família e tal e, e quando eles começaram a perguntar para ele, ele conseguiu listar uma série de pessoas que ele podia contar, assim, em momentos de dificuldade, de, de crise, assim, e, e, e, pô, eu nunca tinha... ele sempre se queixava isso para nós, a gente nunca tinha... eu vou levar ela assim, mas realmente não tem? Ele não conseguia fazer essa provocação com ele e no grupo rolou isso, assim. Que ele é, é, ele bota na cabeça e fica falando, falando e falando e ninguém, ninguém consegue conversar com ele isso e, e eu vejo uma diferença de, de quando a gente chegou lá no Caps e hoje quando, quando ele começou a fazer isso nos grupos que ele já não se queixa tanto assim, ele já consegue visualizar, ele tem, ele tem essa, acho que foi uma barreira que ele venceu, assim. Foi uma coisa que deu para perceber”.

“A gente começo a ver que, que, muito por esse lance da autonomia mesmo, tinha muitos usuários que estavam numa questão, eles tinham muita demanda, eles tinham muitas coisa que, para reivindicar e eles tinham pouco espaço, né? e aí entramos nessa questão de, de eles poderem ter, ter autonomia, a gente começou, é, tá pensando em construir este tipo de atividade que despertasse isso e a oficina de cidadania veio, veio para isso assim, também”.

3) A experiência GAM e a construção compartilhada do tratamento: efeitos no modo como profissional e usuário se relacionam.

Em consonância com os referenciais apresentados na primeira parte do trabalho, o dispositivo GAM tem como objetivo estimular uma prática que compreenda as singularidades de cada um que recebe o cuidado, respeitando suas potências e limites. Para isso, deve se abrir para a expressão dos diversos modos de se relacionar e viver, em uma clínica que implica na construção conjunta de processos de saúde, em que os próprios usuários reconhecem e propõem suas necessidades de cuidado (Passos & Benevides, 2005; Passos & Benevides, 2001).

Os usuários devem ser protagonistas em uma gestão compartilhada de tratamento, que necessita operar conforme as especificidades subjetivas do sujeito doente e que, por isso, exigem que o profissional tenha esse modo de cuidado como opção política, ideológica e clínica.

a) Co-gestão do tratamento: aproximando-se do cuidado “com” e não “para” o usuário.

Quando vivenciam uma experiência em que o cuidado é feito “com” e não “para” o usuário (Passos & Benevides, 2005), os residentes são estimulados a incorporar em suas práticas, modos de intervir que incluam a narrativa daquele que traz o sofrimento, para que este possa, de maneira compartilhada com o profissional, decidir e operar com autonomia, sobre seu tratamento. As entrevistas indicam vivências distintas entre os estudantes, que vão desde mudanças na forma como informam os procedimentos medicamentosos, até na maneira como planejam as intervenções clínicas.

Celso:

Celso disse ter percebido, por entrar em contato com narrativas que não costuma acessar no atendimento, que muitas vezes as decisões do médico não convergem com a vontade do usuário, fazendo com que o residente passasse a considerar novos elementos nos momentos de intervenções clínicas. Mesmo assim, afirma ser difícil transpor a lógica vivenciada no grupo GAM para os atendimentos, apontando, ainda, uma concepção em que o usuário conserva um papel passivo nos momentos de gestão do tratamento, sendo o médico responsável por escolher o que deve incluir, ou não.

“Eu tive um insight, assim... mais ou menos. Mas assim, a questão continua sendo complexa, né? Mas talvez, traz mais elementos na hora em que você toma uma decisão, né? Seguir ou não o conselho de uma família, ou uma requisição de um paciente”.

Carol:

Em sua entrevista, Carol reflete sobre o modelo biomédico que tem sua lógica pautada na diferença entre o poder do médico e do paciente, relatando ter vivido, na intervenção GAM, um processo em que tal tendência pudesse ser diluída, potencializando o vínculo entre esses dois atores. Ela afirma que essa é uma postura que leva para o atendimento, apresentando mudanças na maneira como intervém, porém, a residente pondera sobre diferenças no *setting* da consulta e do grupo, atribuindo ao usuário o medo de falar com o médico e, por isso, a impossibilidade de explorar alguns assuntos.

“(...) por exemplo, como o GAM tinha toda essa, esse lance de discussão da medicação e tudo, eu acho que o mais, mais, que, mudou mesmo, era assim, que eles se sentiam às vezes... queria saber certos tipos de informação mas não tinham coragem de perguntar para o médico, entendeu? Tinham dúvidas de algumas coisas, mas se sentiam, sei lá, inibidos de perguntar algumas coisas, como se não tivessem direitos de perguntar, ou de saber. O próprio conhecimento, o auto-conhecimento corporal, né, de saber, se conhecer, dizer: ‘ah, não, ó, realmente, esse remédio eu percebo que está dando tal coisa’. E às vezes eles não, não falavam isso no, pro médico e chegavam e falavam no grupo”.

“Mas, é, o que dá para perceber é que é o seguinte, a partir do momento que você vai criando um vínculo com, com os seus pacientes, isso não acontece com todos, mas a partir do momento que você vai criando o vínculo, você vai dando certa liberdade para ele confiar mais em você e também expor mais sobre ele e falar das queixas dele, então, ele vai acabar tendo uma melhor relação. Apesar de, de repente ser assimétrica, vai ter uma melhor comunicação. Eu acho que isso você consegue, é, acaba contrabalanceando isso com o vínculo. Não sei, é a minha posição, sei lá”.

“Não, ter a ver, tem. Porque, assim, é, acho que você quando, quando eu participei do grupo, acho que você, pelo fato de você ver aqueles pacientes, você começou a ver de um ângulo um pouco diferente a consulta psiquiátrica, né? Então, é, o fato de você ver de uma outra forma, é, por exemplo, não são seus pacientes, são outros, outros médicos que estão ali, né, digamos em jogo, e ter uma visão de uma forma... que é uma visão privilegiada, eu acho, porque você, na consulta, às vezes você não percebe muitas coisas do que, do que que eu seu paciente tem, apesar de você, de repente, fazer a melhor entrevista possível, muitas coisas estão, sei lá, talvez implícitas, outras que você não consegue resgatar, às vezes num contexto de consulta psiquiátrica, de repente, num grupo onde a pessoa se sente mais a vontade, ela se sente mais a vontade de falar certos tipos de coisas que não na consulta”.

Ronaldo:

Relata que o grupo GAM compreende as experiências dos usuários enquanto conhecimentos que devem ser incluídos na construção do tratamento, relativizando a relação em que o usuário é subordinado ao profissional, na qual esse último gere, sozinho, as intervenções de cuidado. Por causa dessa experiência, passou a considerar mais as opiniões e

experiências dos usuários nos momentos de planejamento e decisão de suas intervenções clínicas, valorizando, diferentemente do modelo biomédico pontual e hiper-especializado, elementos como as redes de apoio e os contextos dos usuários.

“E, primeiramente, acho, acho que foi uma experiência muito boa porque, é, foi um, é um grupo bem diferente dos outros que tinham no CAPS, assim, um grupo que se sentia bem mais a vontade de falar, de trazer as coisas deles e, e para nós, que estamos em formação, é importante poder ver que, que tem uma forma diferente de poder fazer um, um, a construção da terapêutica deles a partir deles, deles terem a oportunidade de participarem juntos e construir junto, assim, né? E, importante ver que dentro da, daquilo da experiência deles que eles viram, eles trazem muitas coisas que é rico, que, assim, que não só, é, aí quando a gente entrou mais naquela parte de diagnóstico, sintomas e medicação que eles conseguem, dentro da vivência deles, trazerem muitas coisas ricas, assim, que, que muitas vezes acaba sendo deixado de lado por conta de ter um, uma bula, um livro, um remédio, assim, não se leva muito em conta o que eles dizem. Acho que esse exercício de, de, dessa construção em conjunto com eles, acho que foi, para a gente que está em formação, acho que nos norteia para como a gente vai estar construindo a nossa atuação profissional...”

“Pena que foi pouco tempo, acho que, como eu falei, se a gente pudesse ter acompanhado desde o começo, né, a gente ia ter uma inserção maior, mas mesmo sendo os dois meses, a gente conseguiu visualizar bastante coisa positiva, assim. E, e mexe com a gente, toca no, no nosso eu, e para estar norteando as nossas ações de uma maneira diferente, assim, de valorizar esta questão da construção que o usuário pode fazer”.

“Falavam. É, podiam expressar as opiniões deles, tinham....se sentiam a vontade para fazer isso, coisa que em outros espaços eles não tinham e, é um exercício assim que tu acaba pe...e outras atividades que tu, que tu acaba construindo lá no, no próprio CAPS mesmo, tu começa a se lembrar, mas lá no grupo eles têm uma participação, eles têm uma, uma opinião sobre isso e aí, tu começa, qualquer atividade que tu começa a construir, tu começa a utilizar aquelas ferramentas de, de perguntar a opinião deles, de, de ver que eles podem opinar mais e que geralmente, perguntar o que que tu tá achando, mas, ir mais a fundo assim. Qualquer... da oficina mais simples que tiver, ou um grupo terapêutico mais, mais... tem sim condições de dizer, porque são eles que vão estar recebendo aquele cuidado, né?”

“É, até, até porque, porque isso é uma coisa que tem que constar, né? Muitas vezes não é registrada essas relações, essas, essas redes de apoio que ele tem não é registrada, né? Não se valoriza muito isso, né? Acho que se constar no plano dele, e, e ele estar bem ciente, por exemplo, das pessoas que ele vai procurar num momento de dificuldade, né, principalmente num fim de semana quando não tem Caps, quando, né, em outros momentos que é difícil ficar bem visualizado, ele vai ter um avanço bem melhor assim, né, para poder se cuidar melhor”.

“Acho que para mim, me, me deu uma visão maior de poder olhar o usuário dum, de uma coisa muito mais ampla do que somente ele, assim, que ele tem toda uma questão, é, envolta dele, né? Principalmente no caso de uma visita domiciliar, de uma coisa assim, a gente consegue visualizar mais ainda, comecei a dar mais importância para essa, essas ferramentas assim, e daí, a visita domiciliar não é a mesma visita domiciliar que eu tinha em mente, só lá ver como é que está ele, mas de poder perceber outras coisas do, do ambiente ali e isso é uma coisa que, que eu comecei a exercitar mais ainda”.

Claudia:

Cláudia descreve ter vivenciado no grupo, uma experiência que a fez refletir sobre a vontade dos usuários em participar mais ativamente de seus tratamentos, entendendo que, como trazido pelos integrantes do GAM, essa talvez seja uma demanda vinda dos profissionais e não dos pacientes. Assim, a residente nos indica que não chegou a vivenciar o grupo GAM como um lugar que pudesse despertar reflexão e construção de demandas, como era o objetivo da intervenção, mas sim como um “grupo de conversa”.

“Ah, eles, eles se divertiam muito, né, na hora de falar, porque sempre a gente puxava assunto, né, mas e o remédio, e vocês foram, foram orientados. E as respostas, as respostas deles eram respostas que nem condizia às vezes com o que a gente imaginava que eles fossem responder. Às vezes a gente imagina que os pacientes devem estar com algum grau de insatisfação de tomar o remédio, porque a gente parte desse pressuposto para fazer o, a pesquisa, o estudo. Então, parte do pressuposto de que os pacientes precisam participar, ser mais participativos no tratamento, né? Precisam entender mais o que está acontecendo. Não, a gente perguntava da medicação e eles falavam assim, ‘ah, não, alguém já tentou de... parar o remédio aqui e ver o que acontece? Interna, né? interna, não interna? Ai, não, fica mal. Ai, depois disso, a gente nunca mais parou de tomar o remédio. Ah, mas a gente questiona? Não, não, médico é que dá o... eu confio no médico, ele está fazendo para ajudar a gente, sabe?’ Então, eles falavam coisas assim. Isso me surpreendeu, eu não esperava ouvir isso, né, dos pacientes, né? A gente, com as discussões que envolvem aqui, que dizem o contrário, que precisa repensar o esquema e tal, pa, pareceu que os pacientes estavam bem mais adaptados do que a gente imaginou”.

“(Risos). Eu achei interessante o que apareceu, esta questão assim, “tudo bem, pode me explicar para o que serve, mas e aí, o que eu vou fazer com isso? O médico é ele, ele vai continuar me prescrevendo, né?” essa situação, e, assim, é engraçado que quando apareciam dúvidas, às vezes surgia, “ô, doutora, mas e tal remédio? Eu tomei a vida inteira, o que ele faz?” (risos) e aí eles queriam saber uns detalhes a mais, assim, mas atitude de estar interagindo, de estar lá compartilhando, né, uma coisa que surgiu de um momento, não apareceu ser uma angústia que ele trazia a ponto de nossa senhora, “nossa, tomei a minha vida inteira e não sei para que serve”. Não, surgiu na hora, assim, parecia que ele estava perguntando, “ah, então, mas como é que é feito o leite em pó”, sabe, uma coisa assim?!”.

- b) O ato de prescrever - nem técnica nem ciência: relativizando verdades estabelecidas a partir da participação no GAM.

Ao focar o tema da gestão compartilhada da medicação, a intervenção GAM reforça a compreensão trazida por Montgomery (2006 *apud* Marcum, 2008), de que o ato de

prescrever deve abranger mais do que uma lógica exclusivamente algorítmica e linear de causa e efeito. O médico deve abrir-se para um modo intuitivo de intervenção, no qual a narrativa trazida pelo paciente prevalece sobre as estatísticas científicas: o cuidado deve ser singularizado e não generalizado (ibidem, 2008).

É necessário que o profissional inclua a história do sujeito, respeitando suas escolhas nos momentos de decisão, privilegiando a gestão compartilhada no momento da prescrição medicamentosa, ao compreender que o que vive o sofrimento também é portador de saberes acerca de sua própria experiência de adoecimento.

Os relatos de alguns residentes apresentam vivências nesse sentido, indicando efeitos, ainda que distantes da idéia ampla de gestão compartilhada, na prática da prescrição medicamentosa. Quando entram em contato, no grupo GAM, com vivências que evidenciam que a experiência da medicação não se esgota no momento do atendimento psiquiátrico, os residentes compreenderam que é necessário considerar outros aspectos além dos sintomas da doença e efeitos colaterais dos remédios, entendendo que todos esses elementos estão situados na vida do sujeito e, admitindo ainda, que o médico deve propiciar abertura para que tais elementos sejam revelados pelos pacientes.

Carol

Carol relata ter compreendido que os usuários sentem medo no momento em que falam com o médico, fazendo com que ela, percebendo que a assimetria da relação poderia ser diminuída com o fortalecimento do vínculo, passasse a dar mais informações na hora do atendimento, como as razões dos remédios e os efeitos esperados, indicando, principalmente, que a residente se abre para a idéia de que precisa mudar a sua posição em relação ao outro.

“(...) agora, é, eu tento me policiar para tentar explicar o que que eu espero, entendeu? Para ver se de repente, com a informação para o paciente, talvez ele entenda o porquê da doença, porque a gente está entrando com o remédio, o que que a gente está, de repente, pensando para ele”.

Camila

Assim como Carol, Camila diz ter percebido que, muitas vezes, o usuário sente medo ao conversar com seu médico, deixando de esclarecer dúvidas e ocultando atitudes e comportamentos, como o consumo de bebidas alcoólicas. Isso a fez mudar a forma de abordagem na consulta, compreendendo que é preciso esclarecer o paciente de que ela não está lá para cumprir uma função repressora, oferecendo mais elementos durante as entrevistas e explicações de condutas. Contudo, Camila não apresenta questionamentos sobre o temor dado na relação entre médico e paciente, como se esse sentimento precisasse ser diluído apenas para que o profissional estivesse ciente de mais elementos no momento de decidir sobre as condutas a serem prescritas; a sua participação não lhe permite ir muito além, como, por exemplo, entender o medo como reflexo de uma relação marcada pela subordinação, onde o espaço para escuta da dimensão experiencial é restrito e limitado.

“Eu pensei, ‘puta, eu esqueci de explicar para ele a medicação, eu expliquei para a irmã, que é quem traz ele sempre e não expliquei para ele’. Aí eu expliquei para ele, ‘olha, você viu que quando diminui a medicação você fica ruim, você começa a achar que você está sendo perseguido de novo, então, pensa...’ e aí, isso eu lembrei do GAM, porque no GAM eu já tinha pensado isso e agora, de novo, eu repeti esse erro”.

“Então, mudou porque agora eu sempre interrogo, eu falo, ‘mas você não está usando nada e tal’, não. Eu falo, ‘olha, não sou polícia, não vou prender você se você estiver usando, então, me fala, porque isso é para a gente deixar a sua medicação certinha, para não fazer besteira com a medicação, porque essa daqui não pode misturar com álcool”.

7. Considerações Finais

Estimular o profissional da saúde em formação a “dividir” o poder que exerce sobre as decisões do tratamento, significa incentivá-lo a se tornar o *sujeito epistêmico* que mencionamos anteriormente. Participar de um lugar em que ele é incitado a ouvir a experiência do outro, considerando-a no momento em que desenha o projeto terapêutico de seu paciente, permite com que esse sujeito passe a enxergar os problemas de forma global,

não apenas utilizando a *lógica identitária*, isto é, possibilita uma mudança favorável em sua prática profissional. Esta foi a aposta da pesquisa GAM e daí emergiu o objetivo desse projeto de mestrado: avaliar se o dispositivo que propõe um outro lugar para o profissional e o usuário, pode ser potente no ensino de um profissional em formação em relação à tais propostas.

Ao avaliarmos que as transcrições apresentam efeitos na prática de todos os residentes, mas que suas participações resultaram em vivências diferentes, entendemos o grupo GAM como um dispositivo fundamentado nas transformações advindas das experiências vividas pelos participantes, os processos da intervenção não são estáticos, não prevêem certo e errado e nem apresentam fórmulas que devem ser seguidas. As narrativas mostram que os entrevistados apresentaram visões parecidas sobre as características do grupo GAM - um espaço de escuta qualificada que privilegiou a troca entre os participantes e que possibilitou o contato dos residentes com aspectos de vida dos usuários que não conheciam antes – mas que, mesmo assim, destacaram situações e efeitos diversos, evidenciando que os mesmos encontros foram experimentados de formas diferentes por cada um dos residentes. Não houve um ensinamento único ou estágios pré-determinados que os residentes devessem atingir; os efeitos relatados foram distintos entre si, de acordo com as experiências, também desiguais, possíveis apenas se considerarmos as singularidades de cada um dos participantes e as especificidades nas formas como essas participações se deram.

Remetendo-nos aos nossos questionamentos investigativos, concluímos que a intervenção GAM apresenta potência em relação à possibilidade de ensinar acerca de uma escuta na qual doença e sintomas são tomados de forma conjugada com a experiência de vida daquele que sofre. De maneira geral, os residentes relataram vivências e efeitos nesse sentido, afirmando que o grupo foi um lugar de escuta privilegiado, em que acessaram aspectos de vida dos usuários que não conheciam antes e que passaram a incluir em seus atendimentos. Todavia, as experiências descritas foram diferentes, assim como a maneira como os residentes foram afetados, sendo que para alguns as mudanças não impactaram suas práticas, pois afirmaram que, apesar de importante, não era possível transpor para a estrutura do consultório, a lógica de uma visão conjugada de doença e experiência de vida.

A intervenção também caminhou em direção à qualificação de uma prática que incentiva a gestão de tratamento co-construída entre profissional e doente, especialmente para os residentes multiprofissionais que entenderam as vivências dos usuários enquanto conhecimento que deve ser incluído no plano de tratamento e relataram vivências em relação ao fortalecimento da autonomia dos participantes, no grupo GAM, culminando no aumento da inclusão dos usuários, nos momentos de planejamento e decisão das intervenções clínicas. Já, os residentes médicos relataram uma escuta mais aberta, atenta para o contexto do usuário e a forma como ele se relaciona com o mundo, mas, esses elementos foram restritos, configurando-se enquanto evidências que levam à prescrição mais correta feita a partir das decisões feitas pelos próprios médicos, e não como participação na construção do tratamento.

É importante considerar os limites de nossa investigação, já descritos, como a frequência e quantidade dos encontros, a intervenção como um momento pontual no currículo e escolhas que poderiam ser revistas, como o apontamento de Celso em que os residentes pudessem participar mais ativamente como facilitadores, ou que o papel de observador fosse melhor discutido com eles, preparando-os para uma concepção de observador ativo. Provavelmente, essa foi uma das limitações mais significativas da pesquisa. Em seu desenho, acabamos por não oferecer possibilidade para os residentes refletirem de modo compartilhado e acompanhado sobre a experiência vivida e o que daí poderia ser recolhido como saber para a sua prática profissional. A potência do dispositivo poderia ter sido maximizada – essa é a indicação que obtemos de suas falas – se tivessem participado mais ativamente, por exemplo, com momentos de conversa em que pudessem trocar, inclusive com os pesquisadores, as reflexões e vivências do aprendizado.

Além disso, deixamos uma lacuna em relação aos questionamentos em relação às diferenças e aproximações entre os currículos das residências em psiquiatria e em saúde mental e seus efeitos sobre a experiência dos residentes, pois passamos a considerar a possibilidade de explorar esse aspecto apenas depois da qualificação, o que nos deixou um tempo não-factível para a realização de levantamento teórico que pudesse embasar nossas análises.

Por fim, colocamos em análise nosso modo de fazer ciência que tentou construir o estudo de maneira conjunta com todos os que estão envolvidos nele, considerando a visão de quem vive a realidade estudada e reafirmando nosso comprometimento com a transformação social, que passa tanto pelo sujeito que participa da pesquisa, quanto pelo conhecimento que produzimos, reconhecendo que o processo culmina em efeitos em nós mesmos pesquisadores e que, por isso, precisam ser constantemente revistos.

Na pesquisa GAM, mais do que apenas traduzir e testar o guia, estruturamos os grupos de intervenção de modo que os participantes pudessem colocar suas experiências para o coletivo, tendo estas como elementos importantes na construção do instrumento brasileiro. Os sujeitos puderam se *empoderar* através de métodos que valorizassem sua voz, estimulando uma participação auto-reflexiva e emancipatória – como apontada por Gondim – tanto na pesquisa, quanto em outros âmbitos de suas vidas.

Nesse sentido, nossa pesquisa buscou considerar esses compromissos também em seus processos específicos: nos levantamentos teóricos, nas escolhas do método e das técnicas de coleta de dados e, principalmente, na maneira como estas foram aplicadas e na interpretação do material obtido. Em todos os passos, procuramos respeitar o papel ativo dos participantes e o conhecimento que estava sendo produzido, mas reconhecemos nossas dificuldades por não propiciar aos residentes o mesmo espaço potencializador, oferecido aos usuários, o que, no caso dessa investigação específica, constituiu-se grande limitador.

Assim, entendemos que, enquanto dispositivo de ensino, a intervenção GAM tem potência para promover outra possibilidade de cuidado e de relação com a medicação, mas admitimos que nosso desenho restringiu a experiência dos residentes, por não se atentar ao fato de que era preciso outras estratégias que tomassem como questão os desafios do ensino, além da participação enquanto observadores, para que pudessem protagonizar e refletir de maneira significativa sobre o processo que estavam vivendo.

8. Eu como cavaleira andante da história que lia

Rodeado por livros de cavalaria e fascinado pelas histórias sobre heróis, o aventureiro criado por Cervantes se torna protagonista das histórias que lia. Ao iniciar sua jornada como cavaleiro errante, Dom Quixote nos mostra que os dois mundos – do real e do conto de fadas – são indissociáveis e evoluem conforme nossa leitura: o romance se dobra nele mesmo e Cervantes nos surpreende ao contar uma história de cavalaria em que o próprio cavaleiro se torna protagonista das histórias de cavalaria que lia.

Assim como a obra de Cervantes, minha expedição se dobra nela mesma em um percurso em que pesquisa e pesquisadora também são inseparáveis. De uma maneira menos romanceada, me torno cavaleira errante da história que lia, potencializando minha formação enquanto pesquisadora e formadora, justamente ao trabalhar o tema da formação. Considerando o aprendizado como uma das grandes virtudes do ser humano, sendo habilidade indissociável de sua capacidade de experimentar e perseguir o novo, iniciei minha expedição movida pela crença de que a educação constitui-se peça-chave para o desenvolvimento de sujeitos transformadores de realidades. Investir na educação é investir na possibilidade de mudança, desde que o aprendiz seja visto como alguém capaz de refletir sobre o que aprende e de protagonizar sua própria experiência de transformação.

Com o término do mestrado, concluo que – com a ajuda de muitos – fui protagonista de meu aprendizado. Pude *experienciar* o sentido amplo da idéia de construção coletiva, colaborando com produções que auxiliaram na formação de sujeitos críticos e comprometidos. O trabalho da pesquisa multicêntrica, os momentos de reflexões e questionamentos vividos com os colegas, as aulas, os textos, as orientações, o processo de escrita, as angústias e frustrações – todos elementos que compuseram minha formação e constituíram a pesquisa: trajetos unidos, que foram potencializados pela presença de outros. Aprendi também que construir junto não é tarefa fácil, ainda mais se as pessoas envolvidas têm histórias, olhares e referências tão diversas, entretanto, poder experimentar a sensação coletiva da descoberta me propiciou um crescimento ainda maior e me fez acreditar em um modo de transformação que pode, e deve, orientar nosso modo de fazer ciência.

Apesar do fim fúnebre dado à Alonso Quijano, finalizo esta jornada me sentindo fortalecida e ansiosa por viver os ecos advindos desta experiência, que já reverberam e podem se tornar mais fortes conforme aumento minha distância da história. Projetei-me em minha jornada porque, como Dom Quixote, acreditava em gigantes e, mesmo tendo aprendido a enxergar os moinhos, sigo com a lição de que é preciso, sempre, uma Dulcinéia que nos mantenha corajosos para explorar o desconhecido.

9. Referências bibliográficas

1. Aschidmini IM, Saube R. Grupo Focal. Estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem* 2004; 9(1):09-14.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3):16-29.
3. Ayres JRCM. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (orgs). *Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p.27-67.
4. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação* 2002; 19:20-28.
5. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
6. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
7. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr.M, Carvalho YM (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p.53-92.
8. Castoriadis C. *As encruzilhadas do labirinto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. Castro JRG, Turato ER. Discussão Epistemológica da Produção Científica de Programas de Pós-graduação na Área da Saúde Reprodutiva. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* 2007. 17(2): 321-342.
10. Cervantes MD. *El ingenioso hidalgo Don Quijote de La Mancha*. Madrid: Edival, Ediciones; 1979.
11. Davidson L. *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. Nova Iorque: New York University Press; 2003.
12. Ferreira AP. O ensino de psicopatologia: do modelo asilar à clínica da interação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2002; 4: 11-29.

13. Gazzineli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(1):200-206.
14. Gomes WB. A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. *Psicologia USP* 1997; 8 (2): 305-336.
15. Gondim SMG. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. *Revista Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação*. 2002; 12(24): 149-162.
16. Habermas J. Técnica e Ciência enquanto “ideologia”. In: Benjamin, W. (org). *Textos Escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural; 1983.
17. Hull SA, Aquino P. Explaining variation in antidepressant prescribing in east London: a cross sectional study. *Brit Jour Psychiatry*. 2006, v. 20.
18. Illich I. *A expropriação da saúde - nêmesis da medicina*, Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.
19. Lacaz FAC. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6 (1):233-42.
20. Leal EM et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2006; 9(3): 433-447.
21. Leal EM, Louzada RCR, Serpa JROD, Silva Filho JF. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22): 207-222.
22. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLC. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*, 2006 v. 22, n. 8, p. 1639-48.
23. Marcum JA. Montgomery, Kathryn, How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2007; 28:525-530.
24. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9:239-262.

25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. ed revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2008.
26. Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko Campos R. Dos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p.249-277.
27. Mojtabai R. Increase in Antidepressant Medication in the US Adult Population between 1990 and 2003. *Psychother Psychosom.* 2008 v. 77.
28. Morin E. Os sete saberes para a educação do futuro. Lisboa: Ed. Instituto Piaget; 2002a.
29. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002b.
30. Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10 (3): 573-583.
31. Onocko Campos R. Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos (Edital MCT-CNPq/ MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde - n. 575197/2008)
32. Otanari, T. M. C. Programa de aprimoramento profissional: uma experiência de formação. 2009. [acesso em 7 de junho de 2010. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/aprimorandos/2008/Thais%20Otanari%20-%20PAP.pdf
33. Passos E, Benevides R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica. Pós-graduação e pesquisa.* 2001; 13(1):89-99.
34. Passos E, Benevides R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10(3):561-71.
35. Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Introdução. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA(orgs). *Experiência de Doença e Narrativa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 11-39.

36. Roberts F, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*, 1998 v. 41, n. 10, p. 934-41.
37. Robins CLN, Regier DA *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Maxwell Macmillan International, 1991.
38. Rosemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; (6)1: 115-123.
39. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. Porto: Edições Afrontamento, 1987.
40. Santos B de S. Ciência e Senso Comum. In: Santos B de S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989, p. 31-45.
41. Schutz A. In: Wagner HR (org). *Textos escolhidos de Alfred Schutz – Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1979.
42. Scocuglia AC. Globalizações, política educacional e pedagogia contra-hegemônica. In: Teodoro A. (org). *Tempos e andamentos nas políticas de educação: estudos iberoamericanos*. Brasília: Líber Livro Editora; 2008. p.39-62.
43. Souza AN. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 87-96.
44. Tanaka OY, Ribeiro L. Desafio para a atenção básica da assistência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, 2006 v. 22, n. 9, p. 1845-1853.
45. Tavares, GM. *O homem ou é tonto ou é mulher*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2005.
46. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública* 2005. 39(3):507-514.
47. Teodoro A. Novos modos de regulação transnacional de políticas educativas. Evidências e possibilidades. In: . In: Teodoro A. (org). *Tempos e andamentos nas políticas de educação: estudos iberoamericanos*. Brasília: Líber Livro Editora; 2008. p.19-38.

10. Anexos

ANEXO I. Roteiro dos Grupos Focais – Residentes Médicos

O Roteiro do Grupo Focal dos Residentes

1. Valorização do contexto do usuário (rede de apoio, relação com familiares)

- a. Na formação médica, como vocês são sensibilizados, estimulados a incluir o contexto dos usuários nos atendimentos
- b. Como vocês fazem isso nos atendimentos de vocês?
- c. E as famílias?
- d. E alguns outros personagens, tipo vizinho, amigos, namorados, etc.?
- e. Em que momento?
- f. De qual maneira?

2. Capacidade de gestão e compartilhamento de decisões

Silvia, paciente psicótica que consulta com você há três anos lhe comunica que vai suspender a medicação, pois não suporta mais os efeitos colaterais.

- a. E aí? Como vocês experimentam ou vivenciam essa situação? E como agiriam? Como vocês lidariam com a recusa da medicação?
- b. E se ainda assim ela insistir em largar os remédios, como vocês encaminhariam a questão?
- c. Continuariam a atendendo? Por que? (sim ou não)

3. Direitos do usuário (direitos sobre a medicação: informações, recusa, etc.)

- a. Mas será que os pacientes podem fazer isso? Vocês conhecem alguma legislação sobre isso? Qual? O que ela diz?
- b. E a responsabilidade profissional do psiquiatra como fica?
- c. E se alguém questionar a sua atitude como permissiva ou omissa?
- d. E se algum paciente quiser reclamar ou fazer sugestões sobre o serviço? Como ele faria? A quem ele recorreria?
- e. E se algum paciente quiser reclamar de você, da sua conduta? Como ele faria? A quem ele recorreria?

- f. E você, como sentiria com isso? Isso afetaria a relação de vocês? Como?

4. Tomada da palavra (voz do usuário no serviço e na relação médico paciente)

Silvia deixou de fato de tomar a medicação e vem na consulta seguinte com muita sintomatologia produtiva, contando com luxo de detalhes sensações somáticas de despedaçamento e falas de vozes que a acompanham...

- a. E aí? Como vocês experimentam ou vivenciam essa situação? E como agiriam?
- b. Como vocês se sentem frente a essa situação? Como é para vocês estar de frente para alguém que diz que está se sentindo despedaçar?
- c. Como é para vocês quando um paciente está se sentindo muito perseguido? E se ele inclui vocês nessa “perseguição”? Isso afeta vocês?

5. Experiência da medicação

Silvia, antes de parar com a medicação vem na consulta comentando o quanto se sente desanimada por estar ganhando peso a pesar de seus esforços para se controlar nas comidas... Ainda reclama de estar com o intestino preso, secreção na garganta, fraqueza e dor no estômago.

- a. E aí? Como vocês experimentam ou vivenciam essa situação? E como agiriam?
- b. Haveria alguma alternativa terapêutica que não fosse medicamentosa?
- c. Como vocês se sentem quando tomam a decisão de iniciar a medicação de alguém com neurolépticos, por exemplo? É uma decisão fácil?
- d. Vocês aceitariam essa medicação para um familiar de vocês na primeira indicação? Fariam outra consulta para ouvir uma segunda opinião?

6. Há algum comentário que vocês gostariam de fazer e não perguntei sobre isso?

ANEXO II. Roteiro dos Grupos Focais – Residentes Multiprofissionais

O Roteiro do Grupo Focal dos Residentes

1. Valorização do contexto do usuário (rede de apoio, relação com familiares)

- a) Na sua formação, como vocês são sensibilizados, estimulados a incluir o contexto dos usuários nos atendimentos
- b) Como vocês fazem isso nos atendimentos de vocês?
- c) E as famílias?
- d) E alguns outros personagens, tipo vizinho, amigos, namorados, etc.?
- e) Em que momento?
- f) De qual maneira?

- Como a formação na residência influencia o olhar de vocês sobre o contexto dos usuários (rede de apoio, relação com familiares, etc)?

2. Capacidade de gestão e compartilhamento de decisões

Silvia, paciente psicótica que você acompanha há três anos lhe comunica que vai suspender a medicação prescrita pelo seu psiquiatra, pois não suporta mais os efeitos colaterais.

- a) E aí? Como vocês experimentam ou vivenciam essa situação? E como agiriam? Como vocês lidariam com a recusa da medicação?
- b) E se ainda assim ela insistir em largar os remédios, como vocês encaminhariam a questão?
- c) Continuariam a atendendo? Por que? (sim ou não)

- Como vocês lidam com essa situação?

3. Direitos do usuário (direitos sobre a medicação: informações, recusa, etc.)

- a) Mas será que os pacientes podem fazer isso? Vocês conhecem alguma legislação sobre isso? Qual? O que ela diz?
- b) E a responsabilidade profissional do psiquiatra como fica?
- c) E se alguém questionar a sua atitude como permissiva ou omissa?
- d) E se algum paciente quiser reclamar ou fazer sugestões sobre o serviço? Como ele faria? A quem ele recorreria?
- e) E se algum paciente quiser reclamar de você, da sua conduta? Como ele faria? A quem ele recorreria?
- f) E você, como sentiria com isso? Isso afetaria a relação de vocês? Como?

- Vocês conhecem alguma legislação sobre os direitos dos usuários a respeito do uso ou recusa da medicação?

4. Tomada da palavra (voz do usuário no serviço e na relação médico paciente)

Silvia deixou de fato de tomar a medicação e vem na consulta seguinte com muita sintomatologia produtiva, contando com luxo de detalhes sensações somáticas de despedaçamento e falas de vozes que a acompanham...

- a) E aí? Como vocês experimentam ou vivenciam essa situação? E como agiriam?
- b) Como vocês se sentem frente a essa situação? Como é para vocês estar de frente para alguém que diz que está se sentindo despedaçar?

- c) Como é para vocês quando um paciente está se sentindo muito perseguido? E se ele inclui vocês nessa “perseguição”? Isso afeta vocês?

- Como vocês se sentem frente a essa situação?
- E se a paciente incluir vocês nos seus delírios?

5. Experiência da medicação

Silvia, antes de parar com a medicação vem na consulta comentando o quanto se sente desanimada por estar ganhando peso apesar de seus esforços para se controlar nas comidas... Ainda reclama de estar com o intestino preso, secreção na garganta, fraqueza e dor no estômago.

- a) E aí? Como vocês experimentam ou vivenciam essa situação? E como agiriam?
b) Haveria alguma alternativa terapêutica que não fosse medicamentosa?
c) Como vocês se sentem quando alguém começa a usar neurolépticos, por exemplo? É uma decisão fácil?
d) Vocês aceitariam essa medicação para um familiar de vocês na primeira indicação? Fariam outra consulta para ouvir uma segunda opinião?

- Como vocês se sentem nessa situação?
- Há outras coisas a serem feitas?

Silvia consultou com seu psiquiatra que descarta a possibilidade de suspender ou alterar a medicação, apesar das queixas dela.

- Como vocês lidam com esta situação?

6. Há algum comentário que vocês gostariam de fazer e não perguntei sobre isso?

ANEXO III. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo aplicar, validar e testar nos CAPS das cidades do Rio de Janeiro, Novo Hamburgo e Campinas a qualificação da utilização de psicofármacos. Para isso, o *Guia pessoal da gestão autônoma da medicação* – instrumento GAM (desenvolvido no Canadá) será traduzido, adaptado e testado na realidade brasileira de cuidados em saúde mental, em pacientes com transtornos mentais graves.

Será objetivo específico desta pesquisa:

Avaliar os efeitos desencadeados em residentes médicos do primeiro ano de psiquiatria e em residentes multiprofissionais do primeiro ano de Saúde Mental, ao participarem de grupos de intervenção que utilizam o *Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)*, com pacientes portadores de transtorno mental grave.

Uma das fases da coleta de dados será a realização de entrevista com os residentes médicos e multiprofissionais de duas cidades: Campinas/SP e Novo Hamburgo/RS.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos. Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham qualquer tipo de prejuízo. Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)

_____, portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente de seus objetivos e procedimentos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Coordenadora da Pesquisa: Thais Mikie de Carvalho Otanari

Psicóloga

Mestranda do Programa de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva

e Social – FCM – Unicamp

Telefones para contato: (19) 35219574

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – telefone: (19) 3521 8936.

ANEXO IV. Documento de aprovação da realização do campo empírico



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 28/04/09.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 222/2009 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0975.1.000.146-09

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PESQUISA AVALIATIVA DE SAÚDE MENTAL: INSTRUMENTOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Teresa Onocko Campos

INSTITUIÇÃO: Prefeitura Municipal de Campinas – Centro de Atenção Psicossocial

APRESENTAÇÃO AO CEP: 02/04/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/04/10 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Traduzir, adaptar e testar, em CAPS das cidades de Rio de Janeiro - RJ, Sobral - CE e Campinas - SP, o “Guia pessoal da gestão autônoma da medicação”, desenvolvido no Canadá, em pacientes com transtornos mentais graves; Avaliar o impacto desse instrumento na formação de profissionais de saúde mental (psiquiatras e profissionais não médicos).

III - SUMÁRIO

É um projeto de pesquisa multicêntrico nacional, a ser realizado nas cidades de Rio de Janeiro - RJ, Sobral - CE e Campinas - SP. Pretende desenvolver, durante 15 meses, grupos quinzenais de intervenção em CAPS, com usuários graves de saúde mental aos quais tenham sido prescritos psicofármacos de maneira crônica (há mais de um ano). Esses grupos serão coordenados por um psiquiatra e um profissional universitário de saúde mental. Nesses grupos se falará sobre a experiência corporal e simbólica produzida pelos efeitos desejáveis e indesejáveis da experiência de tratamento farmacológico. Nos primeiros 6 meses será feita a validação do instrumento “Guia pessoal da gestão autônoma da medicação”. Cada instituição envolvida vinculará alunos de residência médica e/ou multiprofissional ao processo de teste, visando capacitá-los na utilização do instrumento do GAM, mas também fazendo deles sujeitos na avaliação do instrumento. Serão realizados 3 grupos focais com esses alunos (antes, durante e ao fim do processo) em cada cidade, para levantar a importância do instrumental em sua formação e mudança de perfil profissional e de padrão de relacionamento com os usuários. Também serão realizados 3 grupos focais por cidade com usuários, 3 com familiares dos usuários, e 3 com gestores de CAPS envolvidos, totalizando 36 grupos focais. Esses grupos focais serão áudio-gravados, e as fitas serão transcritas. As discussões nos grupos de intervenção não serão gravadas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Protocolo adequado ao modelo do CEP. Possui assinatura na folha de rosto do responsável na Prefeitura Municipal de Campinas. É um projeto financiado pelo CNPq. A pesquisa não traz risco aos sujeitos. Possui 3 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um para os usuários que participarão dos grupos de intervenção, outro para os usuários e familiares que participarão dos grupos focais, e outro para os gestores e residentes que participarão dos grupos focais. Todos estão adequados, apenas,

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



recomenda-se para os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: trocar a palavra “apelido” por “sobrenome”, a palavra “firmar” por “assinar”, incluir o nome do projeto no TCLE, e, no termo para usuários que participarão dos grupos de intervenção (p. 34), corrigir a numeração dos itens que ficou errada.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de abril de 2009.


Prof. Dra. Carmen Sylvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



CEP, 21/12/10.
(PARECER CEP: Nº 222/2009)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PESQUISA AVALIATIVA DE SAÚDE MENTAL: INSTRUMENTOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Teresa Onocko Campos

II - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto “A EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO DOS RESIDENTES DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NOS GRUPOS DE GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GAM): POSSÍVEIS EFEITOS NA FORMAÇÃO”, com a finalidade de mestrado da aluna Thais Mikie de Carvalho Otanari, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de dezembro de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP