



**Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia Social e Institucional  
Grupo de Pesquisa Travessias:  
Narrações da Diferença**



**Université Côte d'Azur  
École Doctorale Sociétés, Humanités,  
Arts et Lettres  
Laboratoire d'Anthropologie et de  
Psychologie Cliniques, Cognitives et  
Sociales  
Programme du 3eme Cycle en  
Psychologie**

**Tese de Doutorado**

**LÍVIA ZANCHET**

**A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no  
Brasil: uma travessia rumo ao pensamento decolonial**

**Porto Alegre**

**2019**

**LÍVIA ZANCHET**

**A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no  
Brasil: uma travessia rumo ao pensamento decolonial**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em cotutela com o Programme du Troisième Cycle en Psychologie da Université Côte d'Azur como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora

Orientadora: Prof. Dra. Analice de Lima Palombini

Co-orientador: Prof. Dr. Jean-Michel Vivès

Grupo de Pesquisa: Travessias - narrações da diferença

**Porto Alegre**

**2019**

**LÍVIA ZANCHET**

**A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no  
Brasil: uma travessia rumo ao pensamento decolonial**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em cotutela com o Programme du Troisième Cycle en Psychologie da Université Côte d'Azur como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora

**Porto Alegre, 1º de outubro de 2019**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini (Presidente – Orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

---

Prof. Dr. Jean-Michel Vivès (Co-orientador)  
Université Côte d'Azur – UCA/França

---

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos  
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

---

Profa. Dra. Maria Cristina Vicentin  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

---

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

## AGRADECIMENTOS

São muitos aqueles a quem sou grata por ter finalizado a escrita desta tese, afinal, são mais de quatro anos de trabalho, período de muitos encontros e – por que não – desencontros.

Agradeço a professora Analice Palombini, que me acompanhou neste percurso com sua escuta e olhar atentos, suas críticas precisas, seu apoio e um tanto de paciência para com minhas andanças imprevistas que me levaram ao outro lado do oceano Atlântico.

Agradeço ao Professor Jean-Michel Vivès, que me acolheu em terras francesas com sua generosidade e com sua escuta sensível, permitindo-me reinventar possíveis no meu percurso como psicóloga.

Agradeço a parceria estabelecida entre nós três, entendendo que Psicologia Social e Psicanálise podem sim fazer juntas.

Agradeço ao Pedro, meu amor e companheiro nesta empreitada que é a vida e no considerável período de tempo em que colocamos outros projetos entre parênteses para que eu pudesse dar conta desta tese.

Agradeço ao meu querido filho Francisco, que desde o início de sua existência, ainda na gestação, me acompanha pelas salas da Universidade e suporta as ausências e os excessos de uma mãe de primeira viagem e, ainda, doutoranda.

Agradeço às *Gurias da Psico* – Julia Bongiovanni, Carolina Chassot, Julia Becker, Mariana Pires, Vera Lucia Inácio, Sílvia Reis e Sara Hartmann – queridas amigas que, durante estes quatro anos, foram um porto seguro virtual para muitas de minhas inquietações.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa Travessias Narrações da Diferença que, em diversos momentos, propôs-se a trocar comigo a respeito da tese e a ela deu importantes contribuições, além da permanente motivação para seguir.

Agradeço às professoras que estiveram comigo durante a banca de Qualificação – Professoras Rosana Onocko Campos, Simone Moschen e Simone Mainieri Paulon – mulheres que tanto admiro, por todas as críticas e sugestões.

Agradeço a todo o coletivo GAM espalhado pelo Brasil – impossível nomear todos seus participantes, pois são muitos entre usuários, pesquisadores, trabalhadores e familiares. Saibam que todos vocês são também autores desta tese e companheiros nas minhas travessias da vida.

Agradeço a CAPES que, por um curto período, me concedeu uma bolsa para subsidiar a pesquisa em seu início.

Agradeço a UFRGS, Universidade Pública que vem me acolhendo desde 2003, quando iniciei a graduação em Psicologia, por tudo que aí pude aprender e construir no encontro com colegas e professores.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional por me auxiliar na desconstrução de tantas verdades cotidianas.

A todos os parceiros do campo da saúde mental – usuários, trabalhadores, familiares, pesquisadores e gestores – do Brasil e da França com quem tive a oportunidade de partilhar encontros.

Aos meus familiares que, mesmo distantes, acompanharam este percurso e acreditaram que me seria possível chegar ao término desta empreitada.

Agradeço à vida a oportunidade de tantas travessias para chegar até aqui, algumas mais perigosas que outras, mas todas transformadoras.

**A noção de experiência no contexto da Gestão Autônoma da Medicação no  
Brasil: uma travessia rumo ao pensamento decolonial**

**RESUMO**

Esta tese discute, em três capítulos, a noção de experiência presente nas publicações sobre a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação no Brasil desde sua chegada no país - em 2009 - até o ano de 2018. O trabalho constitui-se como uma análise documental de dados secundários, em que foram material prioritário de análise os quase trinta artigos publicados no período. São interlocutores destas análises Walter Benjamin, Giorgio Agamben e Jorge Larrosa, num primeiro momento. Posteriormente, buscamos a companhia de autores da literatura decolonial, no intuito de nos aproximarmos das particularidades que dizem respeito à população brasileira no que tange às questões das subalternidades, como Achille Mbembe, Gayatri Spivak, Conceição Evaristo, entre outros. No primeiro capítulo apresentamos os diferentes empregos que a noção de experiência ganha no textos, com ênfase para a diferença entre dois campos semânticos: o primeiro, onde ela vai significar aquilo que o sujeito vive ou experimenta; e o segundo, o qual entendemos mais forte e relevante para o campo da saúde mental, onde ela vai significar aquilo que resta da travessia de um perigo. Nosso mergulho nessas publicações nos permitiu afirmar que a GAM tem se constituído como uma experiência para seus participantes, sejam eles usuários, trabalhadores, pesquisadores. No segundo capítulo, abordamos as diferentes formas como a estratégia GAM acessa a experiência dos sujeitos nesse encontro entre usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores no campo da saúde mental, mostrando os efeitos de coletivização aí produzidos. No terceiro capítulo apontamos para a invisibilidade e silenciamento da abordagem das questões étnico-raciais na estratégia GAM, ao mesmo tempo em que localizamos situações que demonstram a resistência e as saídas dos usuários para enfrentar a opressão, de forma que podemos reconhecer na GAM um potencial antirracista, podendo vir a se desenvolver e fortalecer.

**PALAVRAS-CHAVE:** Experiência, Gestão Autônoma da Medicação, Relações Étnico-Raciais, Decolonialidade

## **The notion of experience in the context of Autonomous Medication Management in Brazil: a crossing towards decolonial thinking**

### **ABSTRACT**

This thesis discusses, in three chapters, the notion of experience presented in the publications on the strategy of Autonomous Medication Management in Brazil since its arrival in the country - in 2009 - until 2018. The work constitutes a documentary analysis of secondary data, in which the almost thirty articles published in the period were a priority analysis material. Interlocutors of these analyzes are Walter Benjamin, Giorgio Agamben and Jorge Larrosa, at first. Subsequently, we sought the company of authors of the decoloniality, in order to get closer to the particularities that concern the Brazilian population regarding the issues of subalternities, such as Achille Mbembe, Gayatri Spivak, Conceição Evaristo, among others. In the first chapter we present the different uses that the notion of experience gains in the texts, emphasizing the difference between two semantic fields: the first, where it will mean what the subject lives or experiences; and the second, which we understand to be stronger and more relevant to the field of mental health, where it will mean what remains of the crossing of a danger. Our dive into these publications allowed us to state that GAM has been an experience for its participants, be they users, workers, researchers. In the second chapter, we approach the different ways in which the GAM strategy accesses the experience of the subjects in this meeting between users, family members, workers and researchers in the field of mental health, showing the collectivization effects produced there. In the third chapter we point to the invisibility and silencing of the approach to ethnic-racial issues in the GAM strategy, while locating situations that demonstrate resistance and user exits to cope with oppression, so that we can recognize in GAM a potential anti-racist and may develop and strengthen.

**KEYWORDS:** Experience, Autonomous Medication Management, Ethnic-Race Relations, Decoloniality

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFLORE – Associação Florecendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários de Serviços de Saúde Mental de Campinas

AGIDD-SMQ – Associação de Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec

ARUCi – Aliança Internacional de Pesquisa Universidade-Comunidade – Saúde Mental e Cidadania

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

ERASME – Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

GI – Grupo de Intervenção

GIs – Grupos de Intervenção

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RRASMQ – Agrupamento de Recursos Alternativos em Saúde Mental do Quebec

RJ – Estado do Rio de Janeiro

RS – Estado do Rio Grande do Sul

SP – Estado de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UFAL – Universidade Federal do Alagoas

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

Univates – Universidade do Vale do Taquari



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. CAPÍTULO UM: Os diferentes empregos da palavra experiência nos artigos publicados sobre a Gestão Autônoma da Medicação no Brasil entre 2011 e 2018.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. A Gestão Autônoma da Medicação no Brasil – um histórico.....</b>	<b>17</b>
2.1.1. Primeira etapa.....	18
2.1.2. Segunda etapa.....	21
2.1.3. Finalizações e novos desdobramentos.....	22
2.2. Saúde Mental e Democracia .....	23
2.3. Publicações, o terreno da pesquisa.....	25
2.4. Ferramentas na travessia.....	27
2.4.1. <i>Experiência: vários artigos, uma palavra, muitos sentidos.</i> .....	28
2.5. Os três planos da experiência GAM: os usuários, os serviços, a pesquisa.....	38
2.5.1. Os três contextos.....	38
2.5.2. O Comitê Cidadão e a experiência do sujeito de direitos.....	41
2.5.3. A experiência de escrita e autoria.....	45
2.6. Um quarto plano colhido a partir do fora-eixo.....	48
2.7. Experiência: aquilo que o sujeito vive/sente/experimenta <i>versus</i> aquilo que resta da travessia de um perigo.....	51
<b>3. CAPÍTULO DOIS: O acesso à experiência via estratégia GAM-BR: diferentes dispositivos, diferentes sujeitos .....</b>	<b>55</b>
3.1. As particularidades da GAM no campo da pesquisa em saúde.....	55
3.2. Um princípio e seus deslocamentos.....	58
3.3. Grupos focais e entrevistas semiestruturadas – a primeira aproximação.....	58
3.4. Os grupos de intervenção como dispositivo para acessar a experiência dos usuários.....	60
3.5. As memórias como dispositivo para acessar a experiência dos pesquisadores.....	63
3.6. As rodas de conversa como dispositivo para acessar a experiência dos/nos serviços .....	68
3.7. O Guia do Moderador como dispositivo <i>de e para</i> o acesso à experiência.....	74
3.8. O Saber da Experiência ou Saber Experiencial e o Sujeito da Experiência.....	75
3.9. O Sujeito da Experiência, a Educação Terapêutica do Paciente e a Educação em Saúde.....	78
<b>4. CAPÍTULO TRÊS : Experiências (de)coloniais: quando o invisível também mostra.....</b>	<b>82</b>
4.1. Falando de invisibilidades.....	82
4.2. O que (não) se viu na GAM brasileira: sobre questões raciais e subalternidade.....	85
4.3. Novas perspectivas, outras experiências.....	99

<b>4.4. Insurgências gentis.....</b>	<b>105</b>
<b>4.4.1. E-mails.....</b>	<b>105</b>
<b>4.4.2. Reunião Multicêntrica.....</b>	<b>108</b>
<b>4.4.3. Grupo de Intervenção – Guia GAM.....</b>	<b>109</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
<b>Anexo A – Cordel sobre a GAM apresentado no Encontro Internacional da Gestão Autônoma da Medicação em dezembro/2018.....</b>	<b>124</b>
<b>Anexo B – Artigos GAM publicados entre os anos de 2011 e 2018.....</b>	<b>128</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A escrita de uma tese está sempre carregada das marcas de seu tempo, de forma que ele nunca será atemporal ou válida infinitamente. Devido a isto, gostaria de iniciar este trabalho situando brevemente o momento histórico por que passa o Brasil, permitindo ao leitor situar-se minimamente no contexto em que ela se fez gestar.

Estamos na segunda metade do ano de 2019. Em 2016, vivemos um golpe de Estado, quando a primeira presidenta do país – Dilma Roussef – foi deposta de seu cargo por meio de um impedimento (*impeachment*). Aquele que estava no cargo de vice-presidente assumiu o posto até a chegada das novas eleições presidenciais, em outubro de 2018. Neste pequeno período de tempo, mudanças na condução das políticas públicas foram iniciadas, trilhando um rumo oposto à aposta democrática até então vigente. Foi bastante caricatural o que se viu no dia da posse do presidente interino quando da posse também dos novos ministros: todos os componentes do novo governo que posavam para a foto eram homens brancos<sup>1</sup>. Era uma imagem diferente daquela do governo anterior, onde podíamos ver algumas mulheres empossadas como ministras e, entre elas, uma preta.<sup>2</sup> Em outubro de 2018, quando das novas eleições presidenciais, o candidato que saiu vencedor do escrutínio contou com o apoio dos militares e dos evangélicos pentecostais, com um discurso neoliberal, carregado pela mão da extrema direita e seu conservadorismo. Dava-se continuidade a um projeto antidemocrático e conservador que vem ganhando forças junto à grande parte da população brasileira. A defesa das minorias e dos direitos sociais experimenta um novo período, no qual os ataques são frequentes e as garantias de permanência são mínimas<sup>3</sup>. A produção de conhecimento no campo da saúde coletiva dirigida para a produção de autonomia dos usuários, em especial na saúde mental, fica ainda mais desafiadora, na mesma medida que necessária.

Nesta tese, vamos investigar a Gestão Autônoma da Medicação, ou simplesmente GAM, como costumamos chamá-la. Uma ferramenta no campo da saúde mental que tem na cogestão um de seus princípios fundamentais; ou seja, a qual

---

<sup>1</sup> Notícia de jornal do dia, mostrando a foto do presidente interino e os ministros nomeados: <https://www.jornalnh.com.br/conteudo/2016/05/noticias/pais/329578-comeca-a-cerimonia-de-posse->

<sup>2</sup> Notícia com foto da posse do governo Dilma Roussef. Acesso em 24/6/2019.

<sup>3</sup> “Democracia em Vertigem” é um documentário de Petra Costa lançado em 2019 que apresenta uma narrativa sobre este período da história brasileira.

tem como condição de existência a partilha e a composição coletiva entre usuários, trabalhadores e pesquisadores.

Aproximei-me da GAM em 2010, quando trabalhava como psicóloga em um município do interior do Rio Grande do Sul e sentia falta de discussões mais aprofundadas sobre saúde mental. No cotidiano, encontrava-me com profissionais que ainda pouco sabiam sobre a legislação do Sistema Único de Saúde e que entendiam o louco como alguém a quem temer e, por consequência, conter (mecânica ou quimicamente). Na busca por alguma solução, procurei pela professora Analice Palombini que havia orientado meu trabalho de conclusão da Residência em Saúde Mental Coletiva no ano anterior e disse-lhe que gostaria de estar mais perto da academia e suas discussões. Ela falou-me sobre o projeto de que participava já há algum tempo junto a outras universidades brasileiras: tratava-se da Gestão Autônoma da Medicação. Naquele momento, lembro que voltei para casa, após nossa conversa, pensando sobre a tal “auto-gestão da medicação” e me perguntando por que motivo eu voltaria para a universidade para pesquisar sobre medicamentos psiquiátricos se, naquele mesmo lugar, eu havia aprendido que eram estes medicamentos um dos grandes vilões na saúde mental. No entanto, sem muito saber explicar as razões, topei o desafio e comecei a participar das reuniões de pesquisa do grupo gaúcho. Na sequência fui desconstruindo muitas das minhas certezas sobre como produzir boas práticas como psicóloga. A primeira delas foi drástica e se deu no encontro com Rosana Onocko Campos que, ao trazer a GAM para o Brasil, afirmava que a medicação seria a parte não reformada da Reforma Psiquiátrica (ONOCKO CAMPOS et al, 2011; ONOCKO CAMPOS et al, 2013) e por aí justificava a importância deste trabalho. Ao me deparar com esta ideia, pude me reposicionar frente a este tema, lembrando-me das muitas vezes em que, por achar que ele não me dizia respeito, nas discussões eu simplesmente calava. Pensei em como era fácil criticar a psiquiatria e seu saber-fazer estando tão distanciada dele, ao mesmo tempo em que consegui me dar conta de que, se a medicação e todas as suas mazelas eram parte integrante do cotidiano dos usuários, ela pertencia ao que tanto costumávamos valorizar sob o nome de “contexto dos usuários”. Falar disso pode parecer um tanto óbvio agora, mas, à época, não o era.

A segunda grande virada no pensamento que pude vivenciar com a GAM foi a respeito da autonomia. Como já disse, de minha primeira conversa com Analice Palombini, reverberava a expressão “auto-gestão da medicação”, sendo que a

terminologia que ela havia empregado era Gestão Autônoma da Medicação. Mais tarde fui percebendo que era frequente falar com as pessoas sobre a GAM e, ao escutá-las falando, o que saía de suas bocas era a mesma “auto-gestão da medicação”. O que consigo entender disso é que temos, de forma geral, uma concepção de autonomia, no senso comum, que é a priori muito calcada na perspectiva do “fazer por si mesmo, de maneira individualiza”. Logo, nossos atalhos mentais nos levam a pensar em auto-gestão. A GAM vai ter na autonomia um de seus pilares; contudo, essa autonomia vai aparecer numa dimensão coletiva, a partir da proposição de Kinoshita (1996):

Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (KINOSHITA, 1996, p. 57)

Claramente, autonomia aqui é uma ideia conectada à perspectiva de construção de redes e de partilha de responsabilidades.

Houve um terceiro momento, quando participei da primeira reunião multicêntrica em Campinas e me encontrei com um grupo de trabalho em que usuários tomavam a palavra e proferiam pérolas<sup>4</sup>, uma atrás da outra, sobre o que viviam na posição de usuários. Foi forte e intenso experimentar o protagonismo de usuários que tanto me encantava quando de minhas leituras. Eu me questionava: por que isso não acontecia no cotidiano dos serviços por onde eu passava? Se é possível trabalharmos assim, por que ainda trabalhamos de outras maneiras?

Esse foi o início de meu encontro com a GAM, marcante e transformador. Mas não foram diferentes os anos que se seguiram. Em 2012 entrei no mestrado ainda envolvida com o projeto. Participei de um grupo GAM em um Caps de Porto Alegre, fiz entrevistas com profissionais, participei de novos encontros em Campinas e fui me aproximando daquele grande grupo de pessoas participantes do projeto multicêntrico, um grupo heterogêneo com a qual eu aprendia muito, deparando-me com situações inusitadas em que era possível experimentar posições menos verticalizadas entre os

---

<sup>4</sup> A palavra pérola aqui está empregada nos sentido figurado, com o significado de “algo de precioso e importante”.

segmentos presentes. Retornar para o cotidiano dos serviços depois disso era sempre uma mistura de sentimentos: de um lado, a alegria de pensar que algo daquele encontro poderia reverberar na minha prática cotidiana; de outro, a tristeza de ver o quanto estávamos distantes de práticas menos tutelares.

Depois de algum tempo de trabalho de campo e encontros da pesquisa, começamos a produzir materiais escritos. Resumos, artigos, dissertações, teses, relatórios, fotos, vídeos, blogs... os registros começaram a aparecer em seus vários formatos.

Em 2014, ano de finalização oficial do projeto multicêntrico em parceria com o Canadá, participei da seleção para o Programa de Doutorado da UFRGS com um pré-projeto que tinha a GAM como temática central. Coincidia com esse momento a formulação de um novo projeto de pesquisa GAM como desdobramento daquele primeiro. Este tinha como objetivo acompanhar os efeitos de disseminação da estratégia GAM no Rio Grande do Sul e se construiu inicialmente por meio da parceria entre três instituições de ensino superior gaúchas (UFRGS, UFSM e Univates). No serviço onde eu trabalhava como psicóloga, dávamos início, eu e outras duas colegas de equipe, a um grupo inspirado nos grupos de intervenção com o Guia GAM.

Em 2015, viajei para a França e meu projeto de doutorado passou por algumas mudanças... idas e vindas. Em discussão com minha orientadora, chegávamos à conclusão que minha distância geográfica poderia ser promissora para um trabalho de análise dos então quase dez anos de pesquisas envolvendo a GAM no Brasil. O volume de produções já se fazia grande, e poder lhe lançar um olhar crítico seria agregar um valor importante ao trabalho, em especial por meio da construção de uma tese.

Entrementes, publiquei com dois colegas brasileiros um artigo onde abordamos a questão do saber da experiência, tomando como ponto de discussão a relação entre o saber acadêmico-científico e os saberes *cotidianos, experienciais, locais* - maneiras como os denominamos no texto (CUNDA, ZANCHET e CHASSOT, 2017). Nesta escrita, afirmamos que essa relação se organiza geralmente de forma hierárquica e estática, onde os saberes acadêmicos são valorizados e os saberes locais são frequentemente questionados ou mesmo invisibilizados. Problematizamos esta organização, investigando os efeitos que se produzem quando

estes diferentes saberes, no campo da saúde mental, propõem-se ao encontro e à afetação mútua.

Foi neste período que me deparei com uma pista a respeito do que eu estaria buscando em uma leitura mais minuciosa das produções GAM. Era uma palavra que retornava a todo momento, tanto nos escritos, quanto no meu cotidiano: *experiência*. Percebi que o que me fazia questão no campo da saúde mental e neste mergulho sobre a experiência da GAM no Brasil era a própria noção de experiência. No que ela se constitui? Abordar uma situação é falar de experiência? Vivências constituem experiências? O que é esta experiência do usuário que nos propomos a valorizar no trabalho com a GAM? Viver é experienciar? Experimentar é experienciar? E a experiência dos trabalhadores? E minha experiência de estar na França? De estudar em uma universidade pública francesa depois de ter frequentado por anos uma universidade pública brasileira? De atuar em um hospital psiquiátrico francês depois de ter trabalhado por anos junto à rede de atenção psicossocial substitutiva à lógica manicomial em meu país? De fazer uma oficina de rádio com usuários franceses, dentro do hospital psiquiátrico, depois de ter participado do Programa Quartas Intenções<sup>5</sup>, junto à rádio comunitária do bairro Rubem Berta em Porto Alegre. A palavra experiência serve a tudo isto da mesma maneira?

Tal palavra é empregada inúmeras vezes nas produções GAM, porém, nem sempre faz-se menção a algo de uma mesma natureza. Ela está nos títulos e no corpo dos artigos; fala-se na experiência GAM, mas também na experiência dos usuários, trabalhadores e pesquisadores; ela designa o que se faz nos grupos e também aquilo que se gostaria de alcançar. Carrega geralmente uma conotação positiva, de algo a ser valorizado e buscado. Porém, em algumas discussões via-se que seu sentido se esvaziava, tamanha a frequência de sua utilização. Levantar a bandeira e dizer “é preciso valorizar a experiência da pessoa que faz uso de medicamentos psiquiátricos” era algo fácil, mas no momento de colocar isso de fato em ação, alguma coisa claudicava. Que experiência era essa? Resumia-se ao relato do vivido? E a

---

<sup>5</sup> O Programa Quartas Intenções é uma iniciativa dos trabalhadores e usuários do GHC (Grupo Hospitalar Conceição) de Porto Alegre/RS. Ele conta com apoio da AMORB (Associação Comunitária dos Moradores do Rubem Berta) e da comunidade. Entre 2012 e 2014 participei deste trabalho, quando atuava como psicóloga nas equipes do CAPS ad e CAPS II do GHC. A dissertação do mestrado que realizei na França em Mediações Terapêuticas pela Arte, sob orientação do professor Jean-Michel Vivès intitulada : *Le sujet entre les ondes : l'atelier radio dans le milieu psychiatrique* (ZANCHET, 2017, não-publicado) traz maiores detalhes sobre esta experiência.

experiência dos profissionais, onde deveria ficar nesta discussão? Tratam-se de experiências, as duas? No que diferem em relação às escolhas sobre o tratamento?

Eis, portanto, o quarto momento de transformação em meu encontro com a GAM, aquele em que a palavra experiência ganhou corpo e anunciou o desenvolver de uma tese. Aqui, partimos do princípio de que as palavras não são neutras e seu emprego, por consequência, traz efeitos nos indivíduos e coletivos. Podemos mesmo dizer que o uso de determinada palavra pode criar normas, ao produzir discursos que se naturalizam e ganham ou perdem força, de acordo com os contextos em que estejam inseridos.

As páginas que seguem vão tratar sobre a noção de experiência nas produções GAM, buscando debater esta noção e a forma como ela vai aparecendo em relação aos usuários, aos serviços e seus trabalhadores e à própria pesquisa e seus pesquisadores. Uma noção organizadora de reflexões sobre seu significado, seu acesso, mas também sobre o quanto ela pode (ou não) ser colonizada. Esta tese, com sua escrita iniciada no Brasil, precisou partir para a Europa, para, de lá, encontrar-se com o pensamento decolonial e só então conseguir reconhecer a força de sua brasilidade.



## **2. CAPÍTULO UM**

### **Os diferentes empregos da palavra experiência nos artigos publicados sobre a Gestão Autônoma da Medicação no Brasil entre 2011 e 2018**

#### **2.1 A Gestão Autônoma da Medicação no Brasil – um histórico**

Em 2009, teve início no Brasil um projeto de pesquisa multicêntrico que trouxe ao país mais um recurso para o campo da saúde mental: a Gestão Autônoma da Medicação, ou simplesmente a GAM, como costumamos chamá-la.

Via de regra, a GAM é uma estratégia que busca aumentar o poder de negociação dos usuários atendidos nos serviços da rede de saúde mental em relação à tomada de decisão nos tratamentos medicamentosos que lhe são propostos, de forma a ampliar o diálogo entre usuário e equipe de saúde, bem como com os demais atores envolvidos no cuidado. Ela tem como princípios a cogestão e a autonomia<sup>6</sup>, sendo um processo de aprendizado e trocas sobre o uso de medicamentos psiquiátricos e de seus efeitos em todos os aspectos da vida do usuário. A GAM é, sobretudo, uma abordagem para o reconhecimento ético do ponto de vista singular do usuário e de seus direitos enquanto cidadão.

Foi sob coordenação-geral da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), na pessoa da professora Rosana Onocko Campos, e por meio da Aliança Internacional de Pesquisa Universidade-Comunidade – Saúde Mental e Cidadania (ARUCi), do Quebec/Canadá, que se constituiu um projeto de pesquisa multicêntrico envolvendo, além da Unicamp, outras três universidades públicas brasileiras – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)<sup>7</sup>, em parceria com a Universidade de Montreal, onde a coordenação do projeto coube à professora Lourdes Rodriguez Del Barrio. Foi um trabalho desenvolvido em diferentes etapas no curso destes dez anos.

---

<sup>6</sup> No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o conceito de autonomia define-se na referência à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna (KINOSHITA, 1996), como já vimos na Introdução desta tese.

<sup>7</sup> Em cada universidade, havia um docente responsável pela coordenação local do projeto. Eram eles: UFRJ – Erotildes Leal e Octavio Serpa Jr., UFF - Eduardo Passos, UFRGS: Analice Palombini.

### 2.1.1. Primeira Etapa

A primeira etapa do trabalho de pesquisa esteve voltada à construção da versão brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação, o Guia GAM-BR<sup>8</sup>. Ela se deu por meio da tradução e adaptação do material canadense intitulado *Gestion autonome de la médication de l'âme (GAM) : Mon Guide Personnel*<sup>9</sup>. No Quebec<sup>10</sup>, este guia teve sua origem ainda na década de 90, como problematização dos movimentos sociais a respeito do uso de psicofármacos – resultando numa colaboração entre a Associação de Grupos de Intervenção em Defesa dos Direitos em Saúde Mental do Quebec (AGIDD-SMQ), o Agrupamento de Recursos Alternativos em Saúde Mental do Quebec (RRASMQ) e a Equipe de Pesquisa e Ação em Saúde Mental (ÉRASME) para sua elaboração. Também os movimentos associativos, ligados à construção do conceito de *recovery* (restabelecimento), com origem nos Estados Unidos da década de 70, contribuíram para o surgimento da GAM. O *recovery* é considerado como uma dimensão da própria experiência do adoecimento e não responde a uma ideia de cura, mas do reposicionamento do sujeito em relação a sua vida, ao mundo e ao modo de lidar com este adoecimento. O uso previsto para o Guia quebequense estava voltado a auxiliar o sujeito a se reposicionar frente às questões de seu tratamento farmacológico junto ao médico prescritor.

No Brasil<sup>11</sup>, a construção do Guia previa, desde o princípio, seu uso como dispositivo grupal nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS),<sup>12</sup> ou seja, por dentro da máquina do Estado, como costumamos dizer. Além disso, considerando a ampla diversidade cultural entre os dois países, no guia brasileiro, cuidou-se de incluir recortes de falas de usuários brasileiros, ali onde apareciam falas dos quebequenses. Outra diferença importante em relação ao material inicial diz respeito ao teor da

---

<sup>8</sup> GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>

<sup>9</sup> CANADA. Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec. Gestion autonome de la médication de l'âme: mon guide personnel. Québec: RRASMQ, 2002

<sup>10</sup> Ainda que se trate de uma parceria Brasil-Canadá, seguiremos no texto fazendo referência aos quebequenses, em respeito à origem do trabalho com a GAM e à singularização desta província francófona.

<sup>11</sup> Nos referimos aqui ao Brasil, mas cabe lembrar que o trabalho que nos propomos a analisar aconteceu em alguns estados e regiões do país, não em todo ele. Fazemos esta opção respeitando o que aparece nas publicações, que fazem referência ao contexto nacional.

<sup>12</sup> O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que deve garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

segunda parte do guia, que tinha como orientação a redução ou a interrupção do uso de psicofármacos. Ela foi integralmente modificada na versão brasileira, respeitando a indicação dos usuários participantes das primeiras reuniões da pesquisa de que, para eles, era muito mais o acesso aos medicamentos que se colocava como ponto crucial e o anseio de mais diálogo com o seu médico sobre os motivos das prescrições, do que a redução ou a interrupção do uso desses medicamentos. (ONOCKO CAMPOS et al, 2012)<sup>13</sup>. Ainda, informações referentes ao processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e aos direitos dos usuários no Brasil foram também incluídas ao texto, no intuito de melhor contextualizá-lo.

Foram cinco anos de trabalho até o lançamento<sup>14</sup> da versão brasileira impressa, atualmente disponível na internet<sup>15</sup> para uso público. Nessa primeira etapa da pesquisa, o arranjo operacional utilizado foi o Grupo de Intervenção (GI). Três GIs foram realizados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de três diferentes estados brasileiros: no Rio de Janeiro (RJ), em Campinas (SP) e em Novo Hamburgo (RS); e um quarto GI ocorreu na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp-SP). Nestes grupos fazia-se uso de uma primeira versão traduzida e adaptada do material quebequense<sup>16,17</sup>, buscando melhor adequá-lo à realidade brasileira, contando com o auxílio de usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores participantes do projeto. Os GIs constituíam-se em encontros semanais ou quinzenais com duração média de uma hora e trinta minutos, e aconteceram por um período que variou de seis a dez meses, perfazendo uma média de vinte encontros. Os pesquisadores tinham como função moderar os grupos, aliando o conhecimento em pesquisa e a experiência

---

<sup>13</sup> Mais recentemente, o grupo multicêntrico responsável pela pesquisa, em encontro realizado em Porto Alegre em 2016, pôde rever criticamente essa decisão, compreendendo que a manifestação dos usuários, naquele momento, estava relacionada muito mais à garantia de direitos (ter direito ao acesso à medicação) do que a uma posição contrária à ideia de redução da medicação de que faziam uso. Um projeto visando aprofundar esta discussão proposta pelo guia foi construído numa parceria entre diferentes grupos de pesquisa e serviços de saúde e saúde mental do país. Sua submissão em 2018 à agência de fomento teve uma avaliação excelente entre pares, porém ele não obteve financiamento.

<sup>14</sup> Link para a notícia de lançamento oficial da versão brasileira, divulgada no site da UFRGS em 15 de março de 2013 <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/ufrgs-participa-de-lancamento-de-guia-de-medicacao>. Inicial e oficialmente publicado online, o Guia GAM foi impresso no Rio Grande do Sul, sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

<sup>15</sup> [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_para\\_download\\_com\\_correcoes.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf)

<sup>16</sup> Diferentes atores participaram do trabalho de adaptação prévia desse material: pesquisadores dos quatro centros acadêmicos, além de trabalhadores vinculados à rede de Saúde Mental de Campinas e familiares e usuários integrantes da Associação Florescendo a Vida de Amigos e Familiares de Usuários de Saúde Mental de Campinas e do grupo A Voz dos Usuários do Rio de Janeiro.

<sup>17</sup> Foi ainda aqui que se decidiu por excluir a segunda parte do Guia, a qual fazia menção à redução ou mesmo à interrupção do uso de psicofármacos, como já referimos anteriormente.

clínica, pois eram grupos constituídos por pessoas em situação de grave sofrimento psíquico<sup>18</sup>. Nos GIs, cada participante recebia um Guia GAM, o qual indicava a sequência de temas a serem abordados nos encontros<sup>19</sup>. Todos os participantes-usuários eram portadores de transtorno mental grave, faziam uso de psicofármacos há mais de um ano e haviam manifestado interesse em participar do trabalho. Concomitante ao uso do Guia, fazia-se também sua apreciação crítica, de forma que sugestões de alteração no texto, na sequência ou no modo de uso do mesmo eram feitas pelos usuários e trabalhadores participantes desses GIs, além dos próprios moderadores, à medida que se percorria cada um de seus passos.

Além dos GIs, o acompanhamento da experiência se fez por meio de grupos focais com os usuários participantes e entrevistas com gestores e com os trabalhadores de cada local, antes e depois da intervenção com o Guia. O roteiro destes grupos e entrevistas abarcava os seguintes conteúdos: a valorização do contexto do usuário nas condutas clínicas; a capacidade de gestão e compartilhamento de decisões (entre usuário e equipe); os direitos do usuário, em especial no que se refere à medicação (acesso, informação, recusa); a voz do usuário no serviço e na relação médico/paciente; a experiência de uso de psicofármacos e o entendimento sobre autonomia. Também foram escritas “memórias” dos grupos realizados, como eram chamados os relatos dos encontros produzidos pelos pesquisadores em diários de campo.

Os grupos focais e as entrevistas foram audiogravados e posteriormente transcritos. As transcrições foram transformadas em narrativas por meio da extração de seus núcleos argumentais, conforme o método proposto por Onocko Campos e Furtado (2008). Durante toda esta primeira etapa, entre 2009 e 2010, o grupo de pesquisa composto pelos três campos reuniu-se em encontros multicêntricos, onde construíram-se os pactos concernentes ao funcionamento geral da pesquisa ao longo do seu primeiro ano de realização e, no segundo ano, em torno da construção da

---

<sup>18</sup> Dentre esses pesquisadores, três eram psiquiatras, com experiência de atuação em CAPS. Dois deles atuaram conjuntamente como moderadores do grupo de Novo Hamburgo, e o outro em um dos GIs de Campinas, atuando em parceria com pesquisadores de outras formações. No GI do Rio de Janeiro, não houve participação de psiquiatras como moderadores de grupo.

<sup>19</sup> O Guia está dividido em duas sessões, a primeira voltada à discussão sobre a qualidade de vida do usuário e a segunda, ao processo de mudança a ser empreendido a partir de seus interesses e em parceria com outros atores. As duas seções totalizam seis passos, cada um deles compreendendo uma temática geral. Esta é trabalhada por meio de questões a serem respondidas e discutidas pelo grupo. No próprio Guia há espaço para o preenchimento das respostas pelo próprio usuário.

versão brasileira do Guia GAM. Isso se deu com base nas sugestões colhidas em cada campo e debatidas nesses encontros multicêntricos onde, além dos pesquisadores, estiveram presentes trabalhadores, usuários e familiares participantes, referidos às três cidades envolvidas no estudo. A metodologia da pesquisa visou criar condições para que os usuários, particularmente, pudessem experimentar autonomia e reconhecimento de seus direitos, por meio de sua participação ativa durante todo o processo. Assumiu-se o desafio da proposição de uma prática cogestiva, compatibilizando o exercício da autonomia, o direito dos usuários e seu protagonismo com o funcionamento das instituições de saúde mental e a cultura organizacional desses equipamentos (ONOCKO CAMPOS et al, 2012). Alguns anos passados da realização deste trabalho, pensamos não mais ser possível dizer que o material fora traduzido e adaptado à realidade brasileira; o que de fato se deu, conforme apontam Palombini e Del Barrio (2019, no prelo), foi uma transformação do mesmo.

### **2.1.2. Segunda Etapa**

Finalizada a primeira etapa, partiu-se para a segunda, de validação do material produzido, por meio de sua aplicação crítica. Desta vez, o trabalho aconteceu entre os anos de 2011 e 2013, envolvendo as mesmas instituições acadêmicas, mas incluindo outros serviços de saúde mental. Realizou-se o acompanhamento e a avaliação da experiência de uso dos guias em CAPS e serviços da Atenção Básica de Campinas e Amparo/SP, de São Pedro da Aldeia/RJ e de Novo Hamburgo, São Leopoldo e Porto Alegre/RS. Da mesma forma que na etapa anterior, foram construídas memórias dos grupos de intervenção, narrativas a partir de grupos focais com usuários participantes e entrevistas com trabalhadores. Periodicamente, continuaram sendo realizadas reuniões multicêntricas com a participação de usuários e trabalhadores que integraram os GIs, bem como algumas reuniões virtuais por Skype, quando os encontros presenciais não se fizeram possíveis. O final desta etapa se deu com o lançamento público do Guia GAM-BR, ocorrido na UFRGS em março de 2013<sup>20</sup>. Um ano depois, o grupo lançou o Guia do Moderador, material de apoio para os interessados na moderação de grupos GAM, com orientações e diretrizes gerais para utilização do Guia GAM-BR<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/ufrgs-participa-de-lancamento-de-guia-de-medicacao>

<sup>21</sup>Disponível em :

### 2.1.3. Finalizações e novos desdobramentos

Em 2014, como previsto, o projeto multicêntrico em parceria com o Canadá chegou ao fim. No entanto, a experiência GAM teve continuidade. Os encontros aí produzidos seguiram reverberando, e o trabalho se disseminou por outros territórios. No Rio Grande do Sul<sup>22</sup>, a gestão estadual de saúde mental decidiu implantar a GAM, ainda em 2013, investindo na ferramenta como estratégia de qualificação do cuidado em saúde mental. Marília Silveira, pesquisadora do grupo que acabara de defender sua dissertação, foi contratada como consultora pela Secretaria Estadual de Saúde, e dez mil exemplares do Guia GAM foram impressos para uso nos serviços em diferentes regiões do Estado, em um trabalho que aconteceu entre 2013 e 2015<sup>23</sup>. Com a mudança da gestão estadual de saúde pós-eleições, algumas mudanças foram observadas na condução das políticas públicas, sendo que a nova gestão estadual retirou-se do acompanhamento do trabalho em curso. Um novo projeto de pesquisa, intitulado “*Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação*”, submetido a um edital do CNPq ainda em 2014, teve seu início efetivo, após aprovação e contratações, em janeiro de 2015, ao mesmo tempo em que o novo governo assumia. Desta forma, representantes da gestão ainda participaram das primeiras reuniões, no primeiro semestre de 2015, mas não se envolveram, na prática, com a realização do projeto, o qual chamaremos no decorrer de nossa escrita de GAM-RS. Ele foi finalizado em 2018, com entrega do relatório no primeiro semestre de 2019.

Em outros estados, outras pesquisas e práticas com a GAM foram e seguem sendo produzidas. Em 2017, foi lançado o “Observatório Internacional das Práticas de Gestão Autônoma da Medicação: escola colaborativa de produção de conhecimento,

---

[https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_moderador\\_-\\_versao\\_para\\_download\\_julho\\_2014.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf)

<sup>22</sup> Cito aqui o Rio Grande do Sul pois é onde fica a Universidade a que estou vinculada desde 2010 (UFRGS), quando iniciei minha participação no projeto da GAM brasileira.

<sup>23</sup> Marília Silveira publicou uma tese a respeito desta experiência de disseminação da GAM com trabalhadores de saúde mental. (SILVEIRA, 2016). Disponível em: [http://www.slab.uff.br/psm/uploads/2016\\_t\\_Mar%C3%83%C2%ADlia\\_07\\_11.pdf](http://www.slab.uff.br/psm/uploads/2016_t_Mar%C3%83%C2%ADlia_07_11.pdf). Antonio Bolis Neto também tratou do tema em sua dissertação, produzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS e finalizada em 2016, mas ainda não publicada.

apoio e fomento”,<sup>24</sup> projeto em parceria com a Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, com os seguintes objetivos:

implementar uma rede de cooperação para a capacitação, implementação e avaliação de práticas de Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) no Brasil, Canadá e Espanha; sistematizar o conhecimento produzido a partir das experiências em andamento; caracterizar a população beneficiada e os serviços que vêm desenvolvendo a GAM; estruturar e validar processos de formação visando à expansão das práticas; avaliar seus efeitos junto aos usuários participantes e à organização dos serviços, a partir da implementação da estratégia GAM; compreender as peculiaridades de seu uso entre a população adulta, infantil, ou de adolescentes com transtornos mentais e/ou com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. (SURJUS, 2017, p. 1-2 )

Em dezembro de 2018, os grupos de pesquisa participantes do projeto GAM-RS promoveram o I Encontro Internacional da Gestão Autônoma da Medicação<sup>25</sup>, evento que visou reunir a multiplicidade de experiências relativas ao uso da estratégia que vem se desenvolvendo em diversos centros universitários e municípios do país, na interlocução com a experiência originária do Quebec/Canadá, e com aquelas que tiveram início mais recentemente em Barcelona/Espanha. O encontro colocou em discussão os efeitos da disseminação da estratégia GAM, bem como outras abordagens alternativas em saúde mental em serviços de saúde, reunindo em um mesmo local pesquisadores, trabalhadores, usuários e familiares interessados.

## **2.2. Saúde Mental e Democracia**

A saúde mental é, historicamente, um campo de tensões. Desde o início da Reforma Psiquiátrica, no final da década de 70, são motor de mudanças os embates e movimentos de resistência às afrontas aos direitos humanos daqueles que se encontram em grave sofrimento psíquico. Muito se avançou na legislação a respeito, bem como na condução dos tratamentos, ampliados e voltados à manutenção da vida comunitária. No entanto, tais avanços vêm sofrendo novos ataques, conduzidos pelo conservadorismo e pelas forças contrárias ao cuidado em liberdade. O discurso segregador que estigmatiza a loucura como perigosa e merecedora de controle ganha força novamente nas ruas e junto às estruturas governamentais e jurídicas, como

---

<sup>24</sup> Site do projeto: <https://observatoriogam.org/>

<sup>25</sup> Site do evento : <https://www.even3.com.br/encontrointernacionalgam/>

mostra a aprovação da Resolução n. 32 (BRASIL, 2017) que diz estabelecer as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), propondo o incentivo a hospitais psiquiátricos especializados e comunidades terapêuticas<sup>26</sup>, entre outras definições. Mais recentemente e voltado ao campo específico de álcool e outras drogas, em maio de 2019, foi aprovado pelo Senado Federal o Projeto de Lei da Câmara 37, de 2013 que altera a política nacional sobre drogas, facilitando internações voluntárias, fortalecendo comunidades terapêuticas e estabelecendo a abstinência como meta nos tratamentos. A redução de danos, antes diretriz de trabalho neste campo, é deixada de lado. O texto gerado foi a Lei n. 13.840, de 5 de junho de 2019.

Sabemos que os contextos não são estáticos, mas dinâmicos. Pesquisa e Clínica necessitam permanentemente de aprimoramento e revisão, haja vista que, num movimento em espiral, os sujeitos e seus contextos transformam-se e produzem-se mútua e continuamente. O combate à exclusão e ao estigma das pessoas que vivem em situação de grave sofrimento psíquico e o avanço de pesquisas centradas na perspectiva destas mesmas pessoas parecem ser um caminho fundamental na construção de um mundo mais justo e mais humanamente ético.

Durante a pesquisa GAM, os cronogramas foram frequentemente prolongados, os objetivos revistos e as abordagens metodológicas redesenhadas. Isto diz respeito à complexidade que resulta do envolvimento e da participação de diferentes atores do campo da saúde mental em um mesmo projeto. Se traçamos um paralelo com a democracia, que prevê a participação do povo nas decisões que lhe dizem respeito, isto complexifica o processo e, por vezes, o dificulta; da mesma forma, a pesquisa e o trabalho clínico em saúde mental vão se tornar mais complexos com a participação ativa de usuários, familiares e trabalhadores, como observamos via GAM. Ao mesmo

---

<sup>26</sup> Dentre os serviços previstos para usuários de substâncias psicoativas, as ditas “comunidades terapêuticas” não faziam parte da rede de atenção à saúde, já que não eram consideradas serviços de saúde. Sua regulamentação para funcionar como instituição de tratamento de usuários de drogas se dá pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Resolução - RDC nº 101 (2001). Entretanto, seu conveniamento com o Sistema Único de Saúde (SUS) como serviço de atenção da rede pública acontece a partir de 2011. As comunidades terapêuticas são instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nela. Elas possuem um programa específico de tratamento, que dura de seis a doze meses, conforme a instituição, regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas por todos que ingressam na mesma. As visitas dos familiares são parcas e restritas, e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive no que diz respeito às atividades escolares e profissionais. (FOSSI & GUARESCHI, 2015)



tempo, se mais complexo, mais amplo, mais múltiplo, mais diverso, mais diferente e, possivelmente, com respostas menos óbvias.

### **2.3. Publicações, o terreno da pesquisa**

Neste período de dez anos de trabalho em torno ao tema da GAM no Brasil, entre parcerias internacionais, nacionais e regionais, inúmeras foram as publicações resultantes, entre teses, dissertações e artigos. Há, ainda, outras produções como trabalhos de conclusão de curso de graduação e especialização, apresentações de bolsistas de iniciação científica e apresentações de trabalhos em congressos e eventos de extensão, além de sites, blogs, entrevistas e vídeos.

Estas produções colocam em causa o saber-fazer em saúde mental, questionando hegemonias e propondo alternativas em direção à construção de autonomia com/para/dos usuários. Ocupam-se de discutir o próprio pesquisar, desnaturalizando as formas de investigar em que os sujeitos da pesquisa – sejam usuários, familiares, trabalhadores, gestores ou acadêmicos – deixam de ocupar a clássica posição de objetos e se tornam participantes ativos do processo.

É o conjunto destas produções, em especial o dos artigos publicados, que compõe o terreno desta pesquisa de doutorado, conduzida por uma pesquisadora (e também trabalhadora) que esteve fortemente envolvida com a GAM no Brasil a partir do ano de 2010. Esta tese constituiu-se, portanto, como uma análise documental de dados secundários. A narrativa que introduz esta tese aborda o encontro da pesquisadora com estes escritos e o que daí decanta: um questionamento a respeito do emprego frequente da palavra experiência nestas produções. Ela aparece de maneira sistemática nestas publicações, as quais nos permitem conhecer a trajetória da GAM no Brasil, desde o projeto de pesquisa-intervenção inicial até os seus mais variados desdobramentos, envolvendo o campo da infância e de álcool e outras drogas. Para além dos artigos, nos servimos de outras produções quando estas trouxeram dados complementares e relevantes às discussões que estávamos propondo.

Nas páginas que seguem, vamos mergulhar na leitura dos quase 30 artigos publicados entre 2011 e 2018, apresentando e discutindo os diferentes empregos da palavra experiência que aí aparecem, tomando-a como uma noção articuladora de nossas reflexões.

O primeiro artigo publicado a respeito da estratégia GAM no Brasil data de 2011. Depois disso, outros vão surgindo, mas é em 2013 que eles somam sua maior

quantidade: treze artigos publicados. Nesse ano, o periódico brasileiro *Ciência e Saúde Coletiva* lança um número temático intitulado "Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar mudanças e inovações nas práticas concretas de saúde"<sup>27</sup>, no qual estão contidos seis dentre esses treze artigos. Para concretização desse conjunto de publicações, todo o grupo de pessoas até então envolvidas com a GAM montou uma força-tarefa visando dar conta de apresentar os principais resultados colhidos. Os primeiros artigos falam sobre o processo de adaptação do material canadense para a realidade brasileira, com enfoque na construção do Guia GAM-BR, os efeitos dos grupos GAM para os usuários e também na formação dos trabalhadores em saúde mental, com um destaque para os psiquiatras. Ganha evidência nesse conjunto de textos a metodologia narrativa, tão cara à pesquisa de maneira geral, que é apresentada e discutida; os conceitos tomados como princípios fundamentais no trabalho como o de autonomia e cogestão são aclarados; a participação de usuários e familiares no contexto da pesquisa é também aprofundada, o "fazer com" é afirmado como ética e também tomado como metodologia. Neste último tópico, que diz respeito também a questões metodológicas, alguns artigos vão explorar esse viés a respeito da entrevista, além de apresentar um panorama geral sobre a temática da participação dos usuários no contexto da saúde mental no Brasil e em outros países. A temática dos direitos humanos também se destaca nestes e nos artigos que seguem.

Nos anos seguintes, o restante das publicações vai seguir abordando questões sobre autonomia, onde aparecem desdobramentos da pesquisa inicial como, por exemplo, a escrita coletiva de um artigo envolvendo trabalhadores, pesquisadores e usuários; intervenções utilizando a GAM no trabalho com escolas e crianças e, ainda, ampliando reflexões sobre a gestão autônoma do uso de substâncias não somente lícitas, mas também ilícitas.

Para além das regiões sul e sudeste e dos três municípios inicialmente envolvidas no projeto (Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Novo Hamburgo/RS), estes artigos vão apresentar efeitos de disseminação da GAM por outras partes do país e mesmo do exterior (em Barcelona/Espanha).

---

<sup>27</sup> Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320130010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320130010)

## 2.4. Ferramentas na travessia

Nosso mergulho se constitui como uma travessia e, para realizá-la, estivemos acompanhados de alguns autores que também em seus percursos se interessaram pelo tema da experiência. São eles: Walter Benjamin, Giorgio Agamben e Jorge Larrosa.

Ainda, com Michel Foucault (1990 [1978]), buscamos assumir uma atitude crítica frente à nossa problemática de pesquisa. Da mesma forma que a GAM se propõe a abrir espaço para uma atitude crítica dos usuários em relação aos tratamentos que lhes são propostos, objetivamos pensar nessa atitude frente ao processo de pesquisa e intervenção registrado pela via das publicações. Desta forma, pudemos enxergar algumas de suas fissuras, de suas falhas e equívocos.

Além deles, buscamos a companhia de autores que fazem parte da literatura decolonial, no intuito de nos aproximarmos das particularidades que dizem respeito à população brasileira no que tange às questões das subalternidades. Achille Mbembe, Gayatri Spivak, Conceição Evaristo, entre outros, contribuem com pistas importantes para a chegada ao fim de nossa travessia. Entendemos que a especificidade cultural do Brasil, país com uma história escravagista e de opressão de um enorme contingente populacional por outro, traz efeitos que não podem ser ignorados quando nossa busca é por ampliar a compreensão da noção de experiência. Transmissões e heranças nem sempre explicitadas produzem efeitos de subjetividade nos envolvidos e por isso é válido que sejam consideradas.

Além deles, nossos autores “locais”, os pesquisadores da GAM são também parceiros fundamentais a partir de suas análises que comparecem com frequência no texto. Estivemos munidos dos aportes teóricos da pesquisa narrativa que nos propõe Rosana Onocko Campos, pesquisadora responsável por trazer a GAM para o Brasil. É sua e de um colega a metodologia de trabalho com narrativas a partir de extração de seus núcleos argumentais. (ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008). Nossa leitura dos artigos, inspirada pela atenção flutuante, serve-se desta metodologia, onde o que importa são as ideias-chave presentes na narrativa, que vão compondo núcleos argumentativos que servem a temas maiores. Os autores apontam a importância de se estar atento à multiplicidade de vozes, em especial aquelas mais fracas e geralmente apagadas que, em nosso caso específico, seriam a dos usuários da saúde mental.

Para finalizar a apresentação das ferramentas que nos acompanharam nesta travessia, traremos a noção de experiência que desenvolvemos e que nos serviu de guia. Nossa leitura respeitou a cronologia das publicações, começando pela mais

antiga até chegar à mais recente, no intuito de traçar um acompanhamento desta produção também pela via temporal.

#### **2.4.1. Experiência – vários artigos, uma palavra, muitos sentidos**

*Experiência, expertise, experimento...* temos aí uma raiz comum mas, na sua construção, cada uma dessas palavras foi assumindo diferentes sentidos e produzindo diferentes efeitos a partir de seus usos no cotidiano e na literatura científica. Apostamos no valor de investigar com mais profundidade os empregos da palavra *experiência* nas produções GAM de forma a precisar quais são os sentidos aí implicados e seus efeitos, bem como melhor compreender que produção de conhecimento a GAM vem construindo no que diz respeito ao emprego desta noção e no que – e se – isso se diferencia do senso comum.

Quando partimos da etimologia da palavra EXPERIÊNCIA, encontramos, conforme consta no Grande Dicionário da Língua Portuguesa (HOUAISS & VILLAR, 2001) sua origem latina no verbo *periri* (tentar, provar, empreender, experimentar), do qual restou o particípio passado *peritus*, que passou diretamente para o português como *perito*, habilidoso, experimentado. Com a adição da preposição “ex” surge no latim *experientia*, que significa prova, ensaio, tentativa, e no latim imperial, experiência adquirida. Assim o termo experiência pode significar tanto uma tentativa, uma prova, num sentido mais objetivo de algo que se faz, como o que resta de aprendido a partir de várias provas no decorrer da própria vida. O mesmo radical de *periri* está na palavra *periculum* (tentativa, prova, risco, exame) e no adjetivo *periculosum* (arriscado, perigoso). No português vamos encontrar então as palavras *experiência, perigo, perigoso, perito*, todas como derivações de um mesmo radical.

O termo experiência significa na sua origem, portanto, o que foi retirado (-*ex*) de uma prova ou provação (-*perientia*), algo que foi adquirido de um contato com o mundo, mas também aquilo que aí resta, algo da ordem da travessia de uma prova, de um perigo.

Como já dissemos acima, usa-se frequentemente a palavra experiência nas produções GAM; no entanto, dada a vastidão de sentidos que esta palavra pode assumir, seu emprego pode se esvaziar de significação e importância, ou mesmo generalizar aquilo que mais deveria ser singularizado. Queremos trabalhar com a

noção de experiência levando em conta em nosso percurso uma precaução de que nos fala Jorge Larrosa (2014)

[...] a última precaução consiste em tratar de fazer da palavra experiência uma palavra afiada, precisa, uma palavra inclusive difícil de utilizar, e isso para evitar que tudo se converta em experiência, que qualquer coisa seja experiência, para evitar que a palavra experiência fique completamente neutralizada e desativada. (LARROSA, 2014. p.31)

Nossa busca por conceitualizar a noção de experiência nos levou ao encontro com Jorge Larrosa em um livro publicado em 2014, com o título “Tremores: escritos sobre experiência”. É difícil sintetizar uma definição final, mas as várias passagens que abordam tal noção vão nos ajudando a ressitua-la e a tomá-la a partir de um referencial único que contrapõe o senso comum na sua simples relação ao que foi vivido pelo ser humano. Os escritos de Larrosa vêm na esteira do pensamento de Walter Benjamin e Giorgio Agamben, os quais também dedicaram-se a abordar a noção de experiência e são referência para aqueles que trabalham com esta temática.

A seguir, apresentaremos um apanhado das passagens sobre experiência propostas por Larrosa, buscando não só revelar mas também propor um conceito com o qual operaremos nosso olhar sobre os artigos publicados em torno à Gestão Autônoma da Medicação. As palavras do autor estão endereçadas, em especial, ao campo da educação, mas entendemos serem facilmente transponíveis para as discussões de que temos nos ocupado na saúde mental coletiva.

Seus escritos colocam a experiência como aquilo que resta de uma travessia. “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, o que acontece, ou o que toca” (LARROSA, 2014 p. 11)<sup>28</sup>. A partir desta ideia, e na companhia do pensamento de Walter Benjamin e de Giorgio Agamben, Larrosa vai afirmar que a experiência está cada vez mais rara nos dias de hoje, dado o excesso de informação e de opiniões em que estamos mergulhados cotidianamente. Elas tornam-se uma barreira a que algo de fato nos aconteça, dada a rapidez dos eventos de todos os dias. Este excesso de excitação e estímulos a que estamos submetidos

---

<sup>28</sup> O mesmo artigo já havia sido publicado em 2002, sob a referência: BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação. 2002. Conferência proferida no I Seminário Internacional de Educação de Campinas, traduzida e publicada, em julho de 2001, por Leituras SME; Textos-subsídios ao trabalho pedagógico das unidades da Rede Municipal de Educação de Campinas/FUMEC.

dificultam o processo de experienciar algo. “A velocidade e o que ela provoca, a falta de silêncio e de memória, são também inimigos mortais da experiência”. (p.14).

Larrosa vai abordar a questão “Quem é o sujeito da experiência?” propondo uma torção na ideia de que o sujeito se define por sua atividade. Segundo ele, o sujeito da experiência se caracteriza por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade e sua abertura. Ele é um território de passagem, um espaço onde tem lugar os acontecimentos e nunca um sujeito de saber, de poder, do fazer, do julgar ou do querer.

O sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”. Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pormos), nem a “oposição” (nossa maneira de opormos), nem a “imposição” (nossa maneira de impormos), nem a “proposição” (nossa maneira de propormos), mas a “ex-posição”, nossa maneira de “ex-pormos”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. (LARROSA, 2014, p.16)

Ele se utiliza do que diz Heidegger em seu texto intitulado “A essência da linguagem”, no qual traz reflexões sobre o que seria fazer uma experiência com a linguagem para afirmar que o sujeito da experiência seria um sujeito alcançado, derrubado, tombado; nunca um sujeito que permanece em pé, erguido, ereto e seguro de si mesmo. Este último não abre possibilidade para a experiência. Nas palavras de Heidegger:

Fazer uma experiência com algo, seja com uma coisa, seja com um ser humano, com um deus, significa que esse algo nos atropela, nos vem ao encontro, chega até nós, nos avassala e transforma. “Fazer” não diz aqui de maneira alguma que nós mesmos produzimos e operacionalizamos a experiência. Fazer tem aqui o sentido de atravessar, sofrer, receber o que nos vem ao encontro harmonizando-nos e sintonizando-nos com ele. (HEIDEGGER, 2003, p.121)

Todas estas ideias deixam claro o caráter arrasador da experiência. Longe de ser um simples fato ocorrido, uma simples situação vivida, ela submete o sujeito, apodera-se dele e nunca o contrário. Ela tem como componente fundamental sua capacidade de formar e de transformar. Lembrando a etimologia da palavra, como já situamos acima, Larrosa retoma o radical *peri*, o mesmo presente em perigo e, portanto, a relação originária da palavra experiência como *aquilo que resta da travessia de um perigo*.

Ainda um apontamento trazido pelo autor é a conexão existente entre experiência e paixão. Ao dizer isso, ele está se referindo ao que a paixão carrega de relação ao padecimento, ao sofrimento; pois no padecer o sujeito não é de todo ativo, mas tampouco passivo. Está se referindo ao que há de heterônomo na paixão, mas não incompatível com a liberdade ou a autonomia. É uma liberdade dependente, vinculada. Algo que apaixona exatamente por estar fora de si. Na paixão há uma tensão permanente entre liberdade e escravidão. Afinal, o sujeito se sente liberto quando apaixonado, ao mesmo tempo em que está mais do que nunca preso e subjugado a um outro.

A paixão tem uma relação intrínseca com a morte, ela se desenvolve no horizonte da morte, mas de uma morte que é querida e desejada como verdadeira vida, como a única coisa que vale a pena viver, e às vezes como condição de possibilidade de todo renascimento. (LARROSA, 2014, p. 19).

Como já anunciamos, Larrosa discute a noção de experiência a partir de seu trabalho e pesquisas no campo da educação; somos nós que estamos propondo uma transposição do que encontramos em sua obra para a discussão no campo da saúde mental. Em suas proposições, o autor afirma a importância de se “reivindicar a experiência e fazer soar de outro modo a palavra experiência (p. 26); no entanto, na contramão do que aqui fazíamos até agora, ele afirma a importância de se reivindicar esta experiência como aquilo que não se pode conceituar, o que resiste a qualquer conceito que queira determiná-la. Portanto, não como aquilo que É, mas como aquilo que ACONTECE.

Pessoalmente, tentei fazer soar a palavra experiência perto da palavra vida, ou melhor, de um modo mais preciso, perto da palavra existência. A experiência seria o modo de habitar o mundo de um ser que existe, de um ser que não tem outro ser, outra essência, além da sua própria existência corporal, finita, encarnada, no tempo e no espaço, com outros. E a existência, como a vida, não pode ser conceitualizada porque sempre escapa a qualquer determinação, porque é, nela mesma, um excesso, um transbordamento, porque é nela mesma possibilidade, criação, invenção, acontecimento. Talvez por isso se trata de manter a experiência como uma palavra e não fazer dela um conceito, trata-se de nomeá-la como uma palavra e não de determiná-la como um conceito. Porque os conceitos dizem o que dizem, mas as palavras dizem o que dizem e, além disso, mais outra coisa, Porque os conceitos determinam o real e as palavras abrem o real. (LARROSA, 2014, p.29)

Aqui, voltamos à GAM e sua proposta mais originária: possibilitar e mesmo estimular um lugar de fala sobre a experiência de uso de psicofármacos. Desta proposta originária, contudo, outras se desdobram e fazem com que a palavra experiência seja empregada inúmeras vezes para se referir ao que aí acontece. Temos então a experiência dos grupos GAM, a experiência de fazer com, a experiência de ser usuário neste processo, a de ser trabalhador e mesmo pesquisador; temos a experiência de escrever juntos, as experiências nas escolas e com as crianças, as experiências com as substâncias ilícitas... enfim, temos a experiência GAM.

Todos estes empregos da palavra experiência referem-se a uma mesma coisa? Se sim, de que experiência estamos tratando? Será que é esta experiência que envolve a travessia de um perigo, que se refere ao que resta dessa travessia e é ingerenciável, de que tratam as publicações GAM? Ou o que se encontra nestas produções seria apenas a experiência como o engodo do domínio sobre o não-dominável? E, neste caso, quando estaríamos empregando experiência no sentido desejável e quando não?

Contudo, ao falarmos desse algo que resta, precisemos que é um resto passível de elaboração, conforme acompanhamos nas proposições de Walter Benjamin. Seus escritos estão situados no século XX – período de guerras, de regimes fascistas e autoritários, o qual aparece, segundo o autor, como uma espécie de século da não-experiência, em que, dadas as condições e o excesso de precariedades, o homem estava impossibilitado de elaborar suas experiências e, por consequência, de transmiti-las. Em “Experiência e Pobreza” (2011), Benjamin fala sobre este declínio da experiência na modernidade. Ele utiliza como exemplo a volta dos soldados depois da primeira grande guerra mundial, os quais retornam emudecidos, sem possibilidade de dizer algo a respeito do que viveram. Não é à toa que, após a Segunda Grande Guerra Mundial, surgem inúmeros tratados internacionais dedicados a abordar os direitos humanos e as pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Viu-se aí a radicalização da importância de se proteger os direitos humanos de forma universal.

No início do texto, Benjamin usa uma narrativa lendária sobre como nos tornamos ricos. Ela envolve pai e filhos na ideia de que a riqueza provém da experiência transmitida entre as gerações, daquilo que é passível de ser compartilhado e não do acúmulo individual de qualquer bem ou produto. Desta forma, o autor faz uso de dois vocábulos alemães – *Erfahrung* e *Erlebnis* – para diferenciar o que em nossa tradução tomamos por *Experiência* (*Erfahrung*), atualizando aquilo que fica, o



que se elabora de algo que se vive; e o que traduzimos por *Vivência (Erlebnis)*, a qual estaria mais voltada ao individual do acontecimento e a um tempo imediato, sem duração, característico do capitalismo – *vivência* seria a pura emoção do instante vivido. (GAGNEBIN, 2011).

A ideia de experiência estaria mais conectada ao coletivo que ao individual, já que se refere a algo que pode ser passado adiante, enriquecendo aquilo que se vive também para quem transmite. É no ato da transmissão que a vivência ganha o estatuto de experiência, de modo que não faz sentido, em Benjamin, a perspectiva de experiência individual. É nesta direção que vemos aparecer a experiência nas produções GAM, algo que, ao ser contado, colocado em palavras, assume um outro estatuto e intervém sobre outras narrativas. Portanto, na GAM, todos aqueles que intervêm são também intervindos pelo processo de que fazem parte. A troca faz-se um dos principais motores desse trabalho, ampliando-se o olhar e o entendimento sobre as vivências. Benjamin (1994) vai afirmar em “O narrador” que este era a figura que transmitia experiências, pois à narrativa ele atribui a faculdade de intercambiar experiências. Esta busca reavivar algo que a ciência, na intenção de construir um saber válido e verdadeiro, acabou abandonando, uma vez que os textos carregam, em sua maioria, um vazio de vida, uma impessoalidade e uma solidão que lhes é característica. A narrativa carrega nelas mesma o narrador: “*Quem escuta uma história está em companhia do narrador, mesmo quem lê partilha dessa companhia. Mas o leitor de um romance é solitário*” (BENJAMIN, 1994, p. 213). Ao se pesquisar via narrativa, estamos de início marcando a inseparabilidade entre sujeito e objeto. Aquele que narra está envolvido naquilo que narra. Aquilo que é narrado está carregado dos afetos do narrador.

Na perspectiva benjaminiana, essas narrativas se produzem a partir dos restos, dos cacos colhidos no percurso. Narram-se os detalhes invisíveis e, a priori, desnecessários.

Esse narrador sucateiro (...) não tem por alvo recolher os grandes feitos. Deve muito mais apanhar tudo aquilo que é deixado de lado como algo que não tem significação, algo que parece não ter nem importância nem sentido, algo com que a história oficial não sabe o que fazer. (GAGNEBIN, 2011, p. 54)

Estes restos produzem rastros nem sempre intencionais. Rastros de que falará Benjamin, citando o seu desaparecimento consequente. Ele utiliza como pano de

fundo de sua discussão as mudanças na dimensão arquitetônicas das cidades no século XX em relação ao século XIX. A burguesia do século XIX tinha como marca a interiorização, a intimização da casa, do quarto, com o uso frequente do veludo, um material a carregar consigo as marcas que ficam quando algo ali se passa. Nesta época, a casa era o refúgio de um mundo exterior hostil e anônimo. Anos depois o vidro veio substituir o veludo, trazendo a exposição do privado e, ao mesmo tempo, o apagamento dos rastros, uma vez que estes não poderiam mais se fixar na superfície agora lisa, transparente e não aderente.

Giorgio Agamben escreve a partir do pensamento benjaminiano, afirmando que, neste século, seguimos construindo relações e experimentando vivências que mantêm esse fluxo de apagamentos. Um exemplo atual seriam as redes sociais, que acabam funcionando como um empuxo ao não-encontro, ao excesso de opiniões, ao excesso de informações, à velocidade, à falta de brechas para que o sujeito se permita fazer uma travessia; é um ambiente onde nos deparamos com muitas certezas, discursos imperativos que afirmam verdades com pouca crítica e reflexão; há algo de autoritário que se impõe, além de toda a questão do forte apelo à imagem que aí encontramos.

A principal contribuição de Giorgio Agamben para a discussão a respeito da experiência aparece na obra “Infância e história: destruição da experiência e origem da história” (AGAMBEN, 2008 [2005]). Nela, o título pode fazer o leitor pensar equivocadamente que tratará sobre a temática da infância, quando sua discussão será a respeito da possibilidade de expropriação da experiência do homem moderno. Ainda que ele concorde com a tese benjaminiana de que a Primeira Grande Guerra Mundial teria empobrecido a experiência dos soldados, devido às suas catástrofes, ele afirma que a existência cotidiana do homem moderno em uma grande cidade já seria suficiente para a destruição da experiência.

No primeiro ensaio do livro, Agamben sugere que o projeto da ciência moderna colocou em cheque a capacidade do homem de fazer e ter experiências; afinal, a imaginação fora capturada pelo conhecimento e a experiência fora transformada em experimentos.

[...] a ciência moderna nasce de uma desconfiança sem precedentes em relação à experiência como era tradicionalmente entendida (Bacon define-a “uma selva” e “um labirinto” nos quais se propõe a colocar ordem) (AGAMBEN, 2008, p. 25)

O sujeito cartesiano, desapropriado de sua experiência, ficaria resumido ao eu penso, portanto um ser racional e emancipado. A experiência não necessariamente teria chegado ao fim, mas se daria fora do homem. O autor então propõe aí uma aproximação entre experiência e linguagem, voltando à explicação de que o homem vai se constituir como um sujeito *na e através da* linguagem, pois ele não nasce já um ser falante. Ao contrário, o sujeito precisa viver uma infância (in-fância), período onde ainda não fala, para constituir-se como sujeito falante na sua relação com o Outro. Desta forma, Agamben aproxima a experiência da infância do homem: “Como infância do homem a experiência é a simples diferença entre humano e linguístico. Que o homem não seja sempre já falante, que ele tenha sido e ainda seja in-fante, isto é a experiência”. (AGAMBEN, 2008, p. 62). Essa infância é que permite ao homem a experiência para que se aproprie da língua e entre no discurso, ela é descontinuidade entre natureza e cultura; ela não é, para Agamben uma simples etapa cronológica, mas uma potência que permite ao sujeito renunciar ao previsível e transformar o cotidiano, é onde a experiência acontece. A infância coloca o indivíduo no lugar de produtor da cultura, onde, com outros interlocutores, ele acrescenta significação ao mundo (GOMES, 2007, p.254). Essa é a qualidade que o diferencia de outros seres existentes.

A experiência como infância do homem<sup>29</sup> coloca-o (nos) diante de uma grande possibilidade e também de uma grande responsabilidade em relação ao mundo. Contudo, vale continuar esta escrita considerando mais um dos apontamentos que nos traz Larrosa, de que, da experiência, deve-se retirar todo o dogmatismo e toda a pretensão de autoridade:

Vocês sabem quantas vezes nos é dito, a partir da autoridade da experiência, o que é que deveríamos dizer, o que deveríamos pensar, o que deveríamos fazer. Mas o que a experiência faz, precisamente, é acabar com todo dogmatismo: o homem experimentado é o homem que sabe da finitude de toda a experiência, de sua relatividade, de sua contingência, o que sabe que cada um tem que fazer sua própria experiência. Portanto, trata-se de que ninguém deve aceitar dogmaticamente a experiência de outro e de que ninguém possa impor autoritariamente a própria experiência ao outro. (LARROSA, 2014, p.28)

---

<sup>29</sup> Agamben faz uso da palavra homem referindo-se aquilo que é do ser humano. Mantemos em nosso texto a escrita « homem » para fazer jus à suas colocações, mas lembramos que o uso desta palavra carrega um tom sexista para o texto, ao qual não somos favoráveis.

Nesta mesma direção e junto à psicanálise, Camille Veit (2016) discute em que medida o saber adquirido pela experiência da loucura concede ao sujeito um estatuto de expert, assinalando riscos que esta herança da antipsiquiatria poderia trazer ao apagamento da experiência singular do sujeito. Segundo ela, haveria que se prestar atenção, em especial nas situações de ajuda mútua e trabalho entre pares<sup>30</sup>, quando existiria o risco de que a experiência de um usuário se tornasse generalizante, sobrepondo-se à de outro. Ela lembra do lugar singular e, por vezes, não partilhável de um saber que provém de algo vivido na psicose, haja vista seu lugar de inscrição real e não simbólico (LACAN, 2008 [1955-56]).

L'expérience de "problèmes de santé mentale" peut entrouvrir une compréhension et une sympathie inédite à l'égard d'un pair, en tant qu'elle pose des questions centrales sur le rapport à l'autre et au langage. Mais ce n'est pas toujours le cas et surtout ce n'est pas forcément là que se situe le désir du sujet, qui peut être appelé ailleurs. Expert, oui, mais sur *son* savoir et *son* expérience. (VEIT, 2016, p. 191)<sup>31</sup>

No contexto da GAM, tal ressalva pode ser valiosa, já que seu encontro com a clínica da psicose é frequente. Ao mesmo tempo, podemos afirmar que nos grupos de intervenção realizados, a ferramenta do manejo co-gestivo, ou seja, a perspectiva de composição entre os saberes ali partilhados, assim como o saber-fazer clínico de seus manejadores foram (são) auxiliares para evitar que a experiência seja colocada nesse lugar de autoridade e que os grupos funcionem como produtores de verdades únicas e totalizantes. O objetivo dos grupos GAM não está na repetição de atitudes por parte de seus participantes, tampouco na sobreposição de saberes; sua diretriz está na partilha e na composição. Não se trata de buscar escutar dos usuários o que e como já realizaram feitos para repeti-los, mas de possibilitar um espaço de expressão do vivido, trocando e reconstruindo sentidos para isso no coletivo.

Uma hipótese elaborada a partir da leitura dos artigos e de nossas pesquisas a respeito da noção de experiência seria a de afirmar a GAM como uma experiência de

---

<sup>30</sup> As práticas de ajuda mútua (ou mútua ajuda) e trabalho entre pares são muito difundidas nos contextos anglo-saxônicos e em diversas outras partes do mundo. Grupos como os Alcolólicos Anônimos fazem parte destas organizações.

<sup>31</sup> A "experiência de problemas de saúde mental" pode entreabrir uma compreensão e uma simpatia inédita em relação a um par, na medida em que ela coloca questões centrais sobre a relação com o outro e com a linguagem. Mas não é sempre o caso e, sobretudo, não é necessariamente aí que se situa o desejo do sujeito, que pode ser chamado em outro lugar. Expert, sim, mas sobre o seu saber e a sua experiência. (Veit, 2016, p. 191, tradução nossa).

travessia que a colocaria no lugar de uma ferramenta de mediação mais aproximada de um tradutor, mas também podendo ser análoga a de uma gramática. Seu uso permitiria aos usuários, quando nos grupos de intervenção, de se apropriarem de uma língua sem a qual sua posição seria apenas a de estrangeiro. Um estrangeiro de si mesmo, pois é isso que muitas vezes se passa na relação entre o usuário e o prescritor de seus medicamentos psiquiátricos. O sujeito desconhece o que se passa com ele nesta interação, vive uma experiência da qual ele pouco participa, tudo se dá fora do sujeito. Com Agamben, quando aponta a expropriação da experiência, podemos acrescentar que o uso de medicamentos psiquiátricos pode ser mais um dos produtores de tal fenômeno na atualidade. Nos grupos GAM escutamos muitos relatos a respeito dos efeitos que os remédios produzem relacionados a deixar os sujeitos fora de si mesmos, silenciados e sem muito compreender o que lhes acomete. Com os grupos de intervenção, muitos usuários relataram voltar à possibilidade de olhar para si mesmos e para o que viviam; voltar a se interessar por si, entender-se como alguém de valor. Como consequência, os trabalhadores também passaram a olhar de forma mais atenta para estes usuários e suas histórias de vida.

Os encontros do GI proporcionaram, via de regra, uma aproximação inédita com a singularidade da história de vida de cada um dos usuários participantes, o que veio a repercutir no seu acompanhamento pela equipe do serviço: “Presta atenção, essa é a minha história, cuida bem disso que estou te contando” – era o que os olhares trocados, a cada relato, pareciam dizer, produzindo uma intensificação do vínculo dos usuários entre si e entre estes e os trabalhadores do serviço que acompanhavam o grupo. A cada novo encontro, os participantes mostravam-se menos receosos dessa aproximação, mais interessados em falar sobre o uso ou não de determinado medicamento prescrito e os efeitos produzidos no seu dia-a-dia. A assunção de uma voz própria e a intensificação das relações no grupo desdobravam-se em transformações na relação dos usuários com o serviço, que repercutiam em seus projetos terapêuticos. Víamos, então, a pesquisa mobilizando, intensificando a clínica. (PALOMBINI et al, 2013, p. 2901)

Esta posição de estrangeiro de si mesmo pode se dar quando o sujeito é habitado pelos diversos saberes que compõem o campo da saúde mental e por todas as reações bioquímicas que lhes são acionadas pelas substâncias prescritas suportadas pelo saber científico. O sujeito em questão não necessariamente se apropria de tudo isso, ao contrário, vive uma desapropriação de si mesmo, sua subjetividade passa a reagir mais além e à revelia de si mesmo. A GAM, como ferramenta que favorece o contar sobre o que se passa aí, na companhia de um coletivo, é também um convite

aos vários sujeitos envolvidos para que habitem, cada um à sua maneira, um território comum.

## **2.5. Os três planos da experiência GAM: os usuários, os serviços, a pesquisa**

De maneira geral, nossa leitura apontou para o uso da noção de experiência a partir de três grandes planos: *a experiência dos usuários*; *a experiência dos/nos serviços* (aqui consideramos também a experiência que aparece nomeada como dos trabalhadores/profissionais) e *a experiência da pesquisa* (ou do pesquisador) propriamente dita. Ainda que estejamos propondo esta separação, ela nem sempre aparece de forma evidente nos textos, afinal, podemos também afirmar que estas três experiências só existem na medida em que se constroem mutuamente, se atravessam.<sup>32</sup>

Vamos discorrer sobre estas três experiências, trazendo fragmentos dos artigos onde elas aparecem, no intuito de permitir ao leitor experimentar essa travessia de leitura e discutir os efeitos daí decorrentes para o campo da saúde mental. Utilizaremos o recurso gráfico do “**negrito**” para fazer destaques nestes fragmentos para facilitar o reconhecimento destes três planos.

### **2.5.1. Os três contextos**

Começaremos apresentando os três principais contextos em que a noção de experiência é empregada no conjunto dos artigos, propondo uma correspondência com os três planos já citados que dizem da *experiência dos usuários, dos serviços e da pesquisa*. Estes três contextos se referem ao uso e gestão de psicofármacos; aos grupos de intervenção com o uso do Guia GAM-BR e à participação na pesquisa.

a) O primeiro deles é o da experiência de uso e gestão de psicofármacos, e diz respeito especialmente ao *usuários* que participaram das intervenções. O fragmento abaixo mostra o uso da noção de experiência neste contexto:

---

<sup>32</sup> Em maio de 2019, em um dos encontros do grupo de pesquisa Travessias para a discussão desta tese, no momento em processo de construção, uma das colegas, Lígia Trevisan, recém chegada ao doutorado disse: “*Pois é, nas minhas buscas sobre a GAM eu ficava querendo encontrar algo escrito sobre a experiência dos trabalhadores, algo mais voltado ao que se deu no serviços mesmo, mas eu acabava sempre tendo que ler um pouco sobre a experiência da pesquisa, ainda que não fosse meu objetivo... Depois de ler o trabalho da Lívia eu consegui entender, pois, afinal, na GAM é impossível falar da experiência dos usuários e trabalhadores sem falar na experiência da pesquisa.*”

A pesquisa empreendida pela UFF teve como foco principal investigar como a **experiência do uso e da gestão dos psicofármacos** pode ser vivida em um dispositivo de fortalecimento e expansão da autonomia e da defesa dos direitos dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e como essa experiência pode contribuir para avaliações e transformações dos modos de existência dos usuários e dos profissionais de saúde mental. (PASSOS, CARVALHO & MAGGI, 2012 p. 270, grifo nosso)

b) O segundo refere-se à experiência dos Grupos de Intervenção (GI) com o Guia GAM e a conseqüente emergência da experiência de cogestão. Em relação a esta última, fala-se com frequência na experiência dos usuários, mas a experiência dos serviços e dos trabalhadores aí presentes também pode aparecer, assim como a experiência dos pesquisadores. Trata-se portanto de um uso da noção de experiência que deixa clara a perspectiva de encontro proporcionado pelos grupos GAM e, portanto, a do atravessamento entre os três planos estruturantes de nossa busca. Os grupos de intervenção são o dispositivo principal da estratégia para proporcionar e potencializar este encontro entre os três distintos segmentos participantes do projeto.

No presente trabalho acompanhamos a trajetória da **experiência efetivada no Grupo de Intervenção GAM, o GI GAM**. Trata-se de um dispositivo metodológico construído para ser espaço de discussão da **experiência do tratamento farmacológico**. Os GIs aconteceram no período entre novembro de 2009 e abril de 2010. A partir dos relatos produzidos no trabalho de campo e do mapeamento da dinâmica dos grupos, foi possível observar a **emergência da experiência de cogestão da medicação** e proceder à elaboração do conceito de "manejo cogestivo" do grupo. (PASSOS, CARVALHO & MAGGI, 2012 p. 270, grifo nosso)

c) o terceiro contexto refere-se à experiência de participação na pesquisa universitária (aqui, o que aparece inicialmente está mais voltado à discussão da experiência dos usuários, mas no decorrer do trabalho vão aparecendo também a experiência dos trabalhadores e dos pesquisadores. Neste contexto, a discussão se amplia e aborda a participação dos familiares, já que algumas pesquisas destinaram-se a trabalhar especificamente com este segmento e colheram daí efeitos particulares).

O artigo discute a relação entre a prática clínica e a **experiência de participação na pesquisa em saúde mental**. Os desafios colocados pela reforma psiquiátrica e, de maneira mais ampla pelo SUS impõem que alteremos não só as práticas de atenção e gestão

do trabalho na saúde, como as metodologias de pesquisa. A Pesquisa em saúde deve se sintonizar com a diretriz inclusiva e participativa do SUS, de modo a que o direito dos **usuários** ganhe importância e efetividade não só **no contexto dos serviços de saúde como também nas pesquisas em saúde mental, psicologia e saúde coletiva**. A Pesquisa participativa que realizamos para a adaptação à realidade brasileira do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) nos permitiu avaliar as vantagens do uso de dispositivos de cogestão da pesquisa. (PASSOS, PALOMBINI & ONOCKO CAMPOS, 2013 – Resumo, grifo nosso)

Estes três contextos são recorrentes nas produções – alguns artigos ocupam-se de analisar de forma mais específica um ou outro; mas, de maneira geral, eles perpassam todas as publicações. É frequente que, nestes empregos, encontremos um sentido para a palavra experiência que se volta mais ao que Benjamin nomearia como vivência, pois se trata de algo por que o sujeito passou simplesmente, sem maiores consequências; algo que ele experimentou de maneira mais instantânea. Ao mesmo tempo, podemos perceber que o interesse principal nas escritas é o de abordar a experiência de fato, tratar de algo que se passou ao sujeito, relacionado aos sentidos de travessia, de elaboração, de aprender com, de se transformar no processo.

Uma segunda possibilidade de caracterizar estes três contextos é pensá-los a partir de três tempos próprios à experiência: passado, presente e futuro. Porém, de uma forma mais complexa, tendo o presente como orientador. A primeira delas, que nos textos aparece como experiência de uso e gestão de psicofármacos, seria uma experiência referida ao que já foi ou é vivido por cada pessoa participante previamente ao estar no grupo, ao passado. Trata-se, portanto, de uma experiência mais privativa e individualizada à medida que está localizada em cada sujeito, sendo nada ou pouco compartilhada; a segunda experiência, no contexto dos Grupos de Intervenção com o Guia GAM, seria a experiência presente no aqui e agora dos grupos de intervenção, tecida grupalmente a partir dos relatos da experiência passada; e, finalmente, a experiência futura localizada no vir-a-ser de cada um e de todos, produzido a partir e para além dos grupos GAM, todos os efeitos posteriores à experiência presente que, mesmo singular, seria agora coletivizada e trataria dos efeitos de participação na pesquisa, ou seja, em todo esse processo de forma mais geral e posterior.

Santo Agostinho, já citado em um dos artigos de nosso estudo (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013), aponta para algo paradoxal acerca do tempo, que pode interessar a esta ideia que sugerimos: o tempo, no mesmo instante em que é, já foi e



não é ainda, uma vez que o presente nos escapa e o passado e o futuro não existiriam senão na continuidade daquele que observa o tempo passar. Ele afirma:

Mas o que agora parece claro e manifesto é que nem o futuro, nem o passado existem, e nem se pode dizer com propriedade, que há três tempos: o passado, o presente e o futuro. Talvez fosse mais certo dizer-se: há três tempos: o presente do passado, o presente do presente e o presente do futuro, porque essas três espécies de tempos existem em nosso espírito e não as vejo em outra parte. O presente do passado é a memória; o presente do presente é a intuição direta; o presente do futuro é a esperança. (AGOSTINHO, 2017, livro XI, cap. XX, p.217)

Temos, nas palavras de Santo Agostinho, uma leitura possível a respeito de nossos três contextos da experiência, que, como já dissemos, são também três tempos. Nesta perspectiva, é o presente que se afirma como potência, é ele o senhor do tempo. Tanto passado quanto futuro se dão em referência a ele, à tudo aquilo que é. A memória, a intuição direta e a esperança citadas por Santo Agostinho poderiam também ser aproximadas dos três contextos da experiência GAM. A primeira, a memória seria o vivido que os usuários trazem de sua relação com o uso de medicamentos; a segunda, a intuição direta estaria ligada àquilo que se passa durante os grupos GAM, na improvisação do encontro grupal; e a terceira, a esperança, esta estaria relacionada a tudo aquilo que usuários, trabalhadores e pesquisadores depositam na intervenção numa projeção em relação ao futuro, a esperança de transformar o presente e a relação com seus tratamentos que aparece a partir do encontro com a estratégia GAM e seus dispositivos.

### **2.5.2. O Comitê Cidadão e a experiência do sujeito de direitos**

Um segundo achado quando de nossa busca implica principalmente dois de nossos planos da experiência e o último dos três contextos mencionados, quais sejam: os planos da experiência do usuários e da experiência da pesquisa e o contexto de participação na pesquisa. Em relação a esta última e os processos decisórios que lhe são concernentes, criou-se um dispositivo por meio do qual se agenciou formalmente a participação dos usuários e familiares, chamado Comitê Cidadão.

O Comitê Cidadão era composto por nove membros com direito a voto, oito usuários de serviços de Saúde Mental e um familiar. Junto a este Comitê, existiam também o Comitê Científico, composto por experts do campo da saúde mental, com

função consultiva, convocado a participar de atividades específicas e pontuais, como avaliação de projetos de pesquisa; e o Comitê Gestor, composto por representantes dos diferentes segmentos (pesquisadores, usuários, familiares e profissionais), com função de orientação, planejamento e avaliação. Os membros do Comitê Gestor e do Comitê Cidadão participavam de forma ativa das Reuniões Multicêntricas e Videoconferências. As primeiras constituíam um espaço de participação aberta a todos os integrantes da ARUCI-SMC no Brasil, acontecendo a cada dois meses, em média. As segundas, de frequência bianual, eram o espaço de encontro entre *todos* os membros da ARUCI-SMC, do Brasil e do Quebec, Canadá, que encaravam o desafio de vencer a distância - que não era apenas geográfica, mas cultural e linguística - para instituir o diálogo entre os grupos dos dois países. As duas outras instâncias ainda envolvidas na gestão do trabalho eram a Direção ARUCI-SMC BR: composta por pesquisador-diretor e por usuário-diretor, e o Comitê Diretor Brasil-Canadá, reunindo a direção dos dois países. (PASSOS et al, 2013, p. 2924)

O artigo do qual se recolhem as informações que constam acima discute o Comitê Cidadão (CC) como uma estratégia cogestiva de participação na pesquisa. Nele, encontramos a ideia *de produção da experiência do sujeito de direitos*. Aqui defende-se o potencial da estratégia e se utiliza o termo experiência para designar algo com o caráter de transformação, de produção de outros possíveis com os sujeitos em questão. Contudo, há condições para que isso se efetive, não basta simplesmente uma aproximação com a GAM, mas a realização dos grupos e as demais interações sustentadas pelo princípio de cogestão. Somente desta forma a GAM pode atuar como um catalisador da produção de autonomia nos serviços de saúde mental. Ainda que não resolva a questão de forma permanente, ela é um dispositivo de mediação para a emergência da experiência enquanto produção individual que se coletiviza no processo.

O que se propõe a partir das Reformas da Saúde é a consolidação de um processo de democratização participativa, mediante dispositivos que forcem os limites deste modelo, ampliando o direito dos usuários, que ganha sentido não só legal, como também **experiential**. A questão de direito se torna de fato: **vai-se da dimensão formal do direito ao seu exercício político, do direito como lei àquele como experiência subjetiva**. Trata-se de recolocar a discussão sobre participação popular, criando uma nova cultura política que, ao democratizar as relações, ative o processo de construção do direito à saúde e à cidadania. (PASSOS et al, 2013 p. 2921, grifo nosso)

Desta forma, apontamos que o plano de gestão coletiva do cuidado pode ser experimentado a partir de duas perspectivas não excludentes: seja como **experiência vivida frente a direitos já constituídos**, seja como **experiência de criação coletiva de autonomia e de modos de existência livres e cidadãos**. Essa dupla perspectiva confere aos direitos dos usuários a dimensão desta experiência, para além da jurídico-política, o que ocorre através do engajamento dos sujeitos no plano comum em que **compartilham a experiência de ter direito** se efetivam o pertencimento a um coletivo que os reconhece. Consideremos, então, uma **“experiência de direitos” que emerge do processo a um só tempo de singularização e de coletivização que denominamos de autonomia coletiva**.

Interessa-nos, a partir da reflexão acerca da participação nesta Aliança de Pesquisa, **pensar a dinâmica coletiva que coproduz sujeitos da experiência de direitos**, sejam eles pesquisadores ou usuários. Para tal, daremos destaque ao dispositivo de cogestão do CC enquanto catalisador de processos de subjetivação. (PASSOS et al, 2013 p. 2921, grifo nosso)

Cabe dizer que a experiência só é possível de acontecer se isso envolver mais de um sujeito. Importa coletivizar vividos, partilhar vida para que se constitua experiência.

Ainda neste artigo, é possível olhar para as dimensões temporais de passado e presente anteriormente referidas, quando, ao falar da experiência, os autores situam também o *insight* dos usuários como aquilo que vem junto da primeira, ou seja, passado e presente fazem aí uma composição. O *insight* aparece como fundamental para a construção do trabalho e do conhecimento em saúde mental. Para além daquilo que o usuário carrega consigo de sua experiência prévia, passada, tem grande valor as suas produções no aqui e agora de uma relação lateralizada com o coletivo envolvido.

Neste sentido, as pesquisas participativas e colaborativas possuem a capacidade de reunir os saberes e as competências dos diferentes atores (stakeholders), contribuindo para maior coerência entre os valores da pesquisa e da comunidade e oferecendo, desta forma, possibilidades de potencialização da capacidade de ambos. No campo da SM, os saberes que emergem dos processos de parcerias podem facilitar a adoção e a incorporação de novas abordagens, avançando em relação ao hiato entre os resultados das pesquisas clínicas e as práticas implantadas nos serviços.

Para isto, é primordial a participação de usuários, **através de pesquisas baseadas nas experiências e nos insights desses atores específicos**, para que eles possam colaborar tanto com a construção de perguntas, quanto no desenho de metodologias, nas análises e na disseminação dos resultados. (PASSOS et al, 2013 p. 2921, grifo nosso)

Com esta referência ao *insight*, o destaque está no presente do presente, do que se dá como efeito do encontro, o não-controlado que irrompe no sujeito e lhe permite ressignificar marcas anteriores.

Na mesma direção da compreensão atribuída à *experiência do sujeito de direitos*, encontramos uma segunda forma de nomear algo aproximado que é a *experiência de empoderamento* (PRESOTTO et al, 2013). Ela aparece num artigo também de 2013 que compara como as tradições de empoderamento<sup>33</sup>, no contexto da saúde mental, desenvolveram-se nos países anglo-saxônicos e no Brasil e suas repercussões. Neste artigo afirma-se o quão recente são estas experiências no Brasil, cujos propulsores principais são ainda os profissionais.

O objeto deste artigo são as principais características das tradições e **experiências de empoderamento** de usuários e familiares em abordagens e serviços de saúde mental em países anglo-saxônicos e no Brasil, e suas repercussões e estratégias no campo da pesquisa avaliativa e interventiva em saúde mental. O objetivo é comparar, através de uma breve revisão bibliográfica da literatura, como as tradições de empoderamento se desenvolveram nos dois cenários, a partir de características do contexto econômico, político, social e particularmente cultural. A revisão mostrou como estes contextos geram diferentes perspectivas de valorização da autonomização e empoderamento de usuários e familiares nas políticas sociais em geral e em saúde mental, como também nas apropriações no campo da pesquisa avaliativa e interventiva em saúde mental. Nos países anglo-saxônicos, esta tradição vem se desenvolvendo fortemente há cerca de 4 décadas, e no Brasil as estratégias participacionistas enfatizam mecanismos mistos – profissionais, usuários e familiares juntos –, com a presença dominante dos profissionais, e as iniciativas mais diretamente desenhadas para os usuários e familiares são muito recentes, a partir de 2005. (VASCONCELOS, 2013, resumo, grifo nosso)

Podemos verificar aí, uma vez mais a transversalidade que encontramos entre nossos três eixos, pensando agora no quanto a experiência dos serviços influencia a experiência dos usuários. Como já dissemos acima, os autores deste artigo apontam com suas pesquisas o quanto é necessário que os profissionais dos serviços sustentem um lugar de empoderamento para os usuários, para que estes últimos possam experimentá-lo. Não há como pensar um plano da experiência sem considerar o outro e vice-versa.

---

<sup>33</sup> No contexto da saúde mental, o empoderamento (empowerment, na sua língua original). Vasconcelos propõe uma primeira aproximação ao conceito na seguinte *definição provisória*: *Aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.* (VASCONCELOS, 2013, p. 2827)

### 2.5.3 - A experiência de escrita e autoria

Ainda sobre o *plano da experiência da pesquisa* localizamos no artigo citado mais acima o emprego da palavra experiência referindo-se à *experiência de lateralização cogestiva*, bem como a derivação para *as três experiências de pesquisador: o pesquisador-universitário, o pesquisador-usuário/familiar e o pesquisador-trabalhador*:

Em um dado momento do programa, o próprio comitê refletiu e reivindicou sua condição de colaborador técnico. Propuseram contrapartida financeira para a participação de seus membros, igualando suas expertises àquelas dos acadêmicos que eram remunerados através de bolsas de estudo e salários.

Assim, entendemos a experiência no CC como promoção de cidadania, na medida em que instrumentaliza os usuários para o posicionamento político. Como espaço de formação técnico-científica, o CC favorece o contato com o fazer científico contribuindo para a **experiência distribuída** do modo investigativo da ciência, que permite um olhar crítico sobre o mundo e a criação de um espaço político de emancipação. **A experiência de lateralização cogestiva na pesquisa permitiu aparecer diferentes experiências de pesquisador: pesquisador universitário ao lado de pesquisadores usuários e pesquisadores familiares.** (PASSOS et al, 2013 p. 2925, grifo nosso)

Aqui, falar em experiência de lateralização cogestiva tem o mesmo sentido que já foi afirmado sobre a importância de utilizar a cogestão como princípio e estratégia de trabalho. E é a partir dela também que vão se tornar possíveis o desdobrar-se da experiência de pesquisador, não mais apenas restrita ao universitário, mas permitindo aos usuários, familiares e trabalhadores ocuparem também esta posição, mesmo que de forma particular. Isso vai produzir transformações no próprio saber/fazer do pesquisador acadêmico, que agora não mais realiza sua atividade principal da mesma forma que antes, pois precisa se reinventar ao partilhar de algumas tarefas e atividades com os demais pesquisadores. Novamente estamos a tratar da experiência como uma travessia, como o percorrer de um caminho desconhecido com muitas descobertas no percurso, sejam elas agradáveis ou não.

Destas três experiências de pesquisador, uma quarta vai emergir, à qual um artigo será especialmente dedicado: “A Experiência de produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia GAM brasileiro” (FLORES et al, 2015). Nesta escrita, os pesquisadores-universitários vão se colocar ao lado dos pesquisadores-usuários e dos pesquisadores-familiares para, juntos, realizar e discorrer sobre a experiência compartilhada da

pesquisa e sobre o processo mesmo de elaboração de uma escrita coletiva, da qual participaram vinte e sete pessoas. Ela se constitui como *uma experiência de escrita e autoria*, travessia inovadora para seus participantes.

Esse artigo - assim o chamamos, pois foi concebido e construído com o propósito de sê-lo - traz algumas particularidades. Está publicado na seção “Relatos de pesquisa” e seu formato se diferencia em grande medida daquele esperado para esse tipo de publicação. Seu conteúdo é rico, traz discussões relevantes e de grande valor para a comunidade científica, mas sua forma de apresentação é outra, carrega um tom vivo pouco comum neste gênero de escrita. A respeito da sua construção, os autores explicitam: “Assim, cada participante da pesquisa interessado em participar deste escrito fez um breve relato sobre o que havia sido essa experiência para si.” (FLORES et al, 2015 p. 260). Como resultado, temos algo que mais se assemelha a um *patchwork*, uma colcha de retalhos. Tudo está interligado, mas é possível visualizar as costuras, os momentos de passagem de um sujeito a outro, algo geralmente não esperado e, poderíamos acrescentar, até mesmo contraindicado nas produções acadêmicas.

Queremos divulgar a **experiência e os efeitos do encontro entre acadêmicos e usuários**. Nós – pesquisadores (no sentido que aqui entendemos) e colaboradores – queremos contar como se deu essa ajuda mútua para conseguirmos falar/traduzir a “experiência GAM”. Pensávamos que este seria um artigo escrito por usuários com ajuda dos acadêmicos: os usuários transmitiriam o saber de quem passou pela experiência de adoecer e receber tratamento, assim como as possíveis diferenças e reflexões surgidas com a participação na pesquisa; e os acadêmicos ofereceriam as ferramentas técnicas para que este texto ganhasse visibilidade no meio científico. Contudo, ao longo do processo de escrita, percebemos que era impossível separar a experiência do usuário e a do pesquisador, e que precisávamos falar de nós, sem distinção entre pesquisadores e pesquisados. (FLORES et al, 2015, p. 260, grifo nosso)

A mudança de posição experienciada é explicitada pelo grupo de autores:

No início do projeto, nós, usuários éramos participantes da pesquisa e, ao longo do processo, tornamo-nos também pesquisadores, convidados a participar das reuniões na Universidade e a nos engajarmos em outros projetos junto com os acadêmicos (FLORES et al, 2015, p. 260)

Sua leitura causa algum estranhamento, pois a linguagem empregada carrega o tom mais oralizado, com o uso de palavras mais triviais, diferentemente daquele

tom mais erudito comumente encontrado nos escritos acadêmicos. Em suas linhas encontramos preciosidades acerca dos processos de enlouquecer, de pesquisar e de vivenciar a GAM, trata-se de uma escrita encarnada.

Todo o desenrolar de envio e aceite para publicação poderia ser assunto para um segundo artigo, tendo-se em conta os inúmeros desafios encontrados para se efetivar tal intento. Em 2014, ano anterior à publicação do trabalho, um outro artigo que também abordava esta experiência foi publicado, eis seu resumo:

Este artigo narra **uma experiência inédita de pesquisa no Brasil: a escrita de um artigo que reuniu como autores pesquisadores acadêmicos, usuários e trabalhadores de saúde mental** participantes de uma pesquisa multicêntrica desenvolvida com financiamento internacional. Neste trabalho, parte integrante de uma dissertação de mestrado, narramos a trajetória deste grupo ao longo de um ano de intenso trabalho conjunto para elaboração de um texto em vias de publicação pelo Ministério da Saúde. **Utiliza o narrar como método e toma por objeto a escrita pensada como territorialização de uma experiência.** (SILVEIRA, PALOMBINI e MORAES, 2014, resumo, grifo nosso).

A experiência de escrita conjunta aparece aqui como algo inédito e, também, como uma forma de territorializar a experiência da pesquisa, dar-lhe uma sustentação, um lugar, um sentido. Ao narrar o processo de escrita, que teve como mote inicial a experiência dos usuários de pesquisar, as autoras nos colocam a par da “virada” aí produzida quando um usuário inverte o questionamento interrogando os pesquisadores “e pra vocês, como é pesquisar desse jeito com a gente?”. Essa escrita é organizadora, faz função para o grupo, ela é dispositivo. Mas, ao mesmo tempo em que é tratada como experiência, diz-se que ela “nos separa” da experiência:

A escrita, então, possibilitava-nos um movimento de saída do caos da experimentação, dava borda às nossas loucuras, mesmo que fosse apenas por aquele instante. **Separava-nos momentaneamente de nossa experiência.** (SILVEIRA, PALOMBINI e MORAES, 2014, p.13, grifo nosso)

Encontramos ainda que é no escrever que registramos a experiência, a forma de se produzir seu território visível:

**Registramos a experiência no escrever.** Escrever com o próprio corpo, a mão que segura o lápis e a que digita sobre o teclado. **Produzimos um território visível dessa experiência.** Ao modo benjaminiano, podemos dizer que **as vivências de pesquisa tornaram-se experiências**, porque puderam ser narradas, não apenas entre nós, envolvidos com a pesquisa, mas também entre os

pares, pesquisadores que acessarão este texto. Um artigo que agora tem a função de, ao ser publicado, disseminar essa experiência por nosso mundo de pesquisa, para inspirar outros pesquisadores a fazerem mais pesquisas COM e não SOBRE os outros. (SILVEIRA, PALOMBINI e MORAES, 2014, p.19, grifo nosso)

Sem dúvida, trata-se de uma travessia que vai produzir marcas em todos os seus participantes, marcas estas que podem ser lidas e percebidas mesmo nas entrelinhas do artigo. Inúmeras vezes, durante a leitura, o emprego da palavra experiência é feito no intuito de situar aquilo que o sujeito vive, sente ou experimenta, mas de maneira geral, fala-se de algo que lhe ultrapassa.

## **2.6. Um quarto plano colhido a partir do fora-eixo**

Encontramos ainda outras referências ao termo experiência que não entendemos possível relacionar diretamente aos três planos já indicados. Quatro delas encontram-se em um mesmo artigo, de 2017, intitulado “A linguagem do fora: a interface entre drogas lícitas e ilícitas na saúde mental” (RODRIGUES & PASSOS 2017). São elas as seguintes: *a experiência psicodélica, a experiência sensível/estética, a experiência do tempo subjetivo e a experiência beat*.

Neste artigo, os autores situam a dimensão da pesquisa denominada “*fora-eixo*”, a qual diz respeito aos temas surgidos com base nas Memórias dos GIs<sup>34</sup>, ainda na primeira etapa do projeto multicêntrico, no ano de 2010. Estes materiais eram analisados por meio de planilhas que continham os cinco eixos-estruturantes da pesquisa, quais sejam: formação, trabalhadores e gestão, direitos humanos, pesquisa/metodologia e fora-eixo, ficando reservado a este último aquilo que não se encaixasse nos eixos anteriores, bem como as construções de análise que se deram num plano sensível, um plano pré-reflexivo da experiência (RODRIGUES & PASSOS, 2017). Neste último, percebeu-se, por exemplo, a importância da discussão de temas como o das drogas proscritas, que não estava de antemão previsto no projeto. Estas quatro experiências compõem o *quarto plano*, o qual não se encaixa nos três outros de que já tratamos, ao mesmo tempo que mistura um pouco de cada um.

A primeira delas, *a experiência psicodélica*, abrange as três demais. Ela é a

---

<sup>34</sup> As Memórias dos GIs eram chamados os relatos dos encontros produzidos pelos pesquisadores, que visavam auxiliar o acompanhamento do processo e gerar dados para além das falas áudio-gravadas, podendo trazer informações da ordem do afeto e do gesto para compor o material colhido.



temática central do artigo, e seu sentido vai na direção daquilo que o sujeito vive e experimenta quando faz uso de substâncias psicoativas, na maioria das vezes ilícitas, podendo também significar aquilo que resta de uma travessia que o sujeito realiza estando na situação de uso dessas substâncias. Tal nomenclatura baseia-se em outros autores aí citados:

Como pensar, então, a **experiência estética** sob os efeitos dos psicotrópicos? Como falar dela? Se há um silêncio ainda vigente da experiência daqueles que fazem uso das drogas prescritas e lícitas, por outro lado – ou melhor, ao lado deles – há uma eloquência no que se refere à linguagem suscitada pelas drogas ilícitas e proscritas. Tomemos, por exemplo, a **experiência psicodélica**, tal como caracterizada por Timothy Leary, Ralph Metzner e Richard Alpert (1992), como um triplo processo de alteração: do espaço-tempo, da identidade de si e da linguagem.

A dimensão estética da **experiência psicodélica** reside na alteração das relações com o espaço e o tempo, da relação com o aqui e o agora e, enfim, de nosso coeficiente de abertura para dentro e para fora de nós mesmos, perturbando, com isso, os controles egóicos e automatismos sociais usualmente acionados como respostas a situações vividas como ameaçadoras por seu caráter de novidade. Na tentativa de dar sentido a essa experiência de perturbação de fronteiras espaço-temporais e dissolução de limites identitários, a linguagem é também levada a seu limite, falhando em narrar o vivido com suas ferramentas usuais e sendo forçada com isso a criar novos sentidos e modos de expressão. A própria arte pode nos oferecer ferramentas privilegiadas para auxiliar nessa produção de meios para alteração entre espaço e tempo, dentro e fora, buscando produzir um modo de sentir que defina modos de pensar, de agir e de falar mais saudáveis. (RODRIGUES e PASSOS, 2017, p. 65, grifo nosso)

Também podem ser tomadas neste quarto-plano a *experiência infantil*, juntamente com a *experiência escolar*, que aparecem brevemente em um único artigo publicado sobre a GAM relacionada ao campo da infância, em 2017, de autoria de Chaves e Caliman. Neste artigo, a ideia de experiência remete ao vivido e experimentado, que já tratamos acima, mas também a uma ideia de período, de algo com uma duração na vida, seja a infância, seja a escolarização. O estudo em questão aborda o uso do guia GAM em um grupo com familiares de crianças e adolescentes que frequentam um CAPSi e fazem uso de psicotrópicos. Em alguns momentos, as crianças participaram dos grupos.

Esta intervenção da GAM com o público infantil e adolescente é algo que vem a se fazer possível também com o desenrolar da presença da estratégia GAM no Brasil, como um desdobramento do trabalho que inicialmente previa exclusivamente o público adulto. O que se escuta nesse grupo é uma aproximação entre a *experiência*

*infantil e a experiência escolar* ou, pode-se dizer, uma imbricação importante entre as duas, atravessada pelo contexto de medicalização da vida.

No final de 2013, a nossa experiência com o Capsi de Vitória propôs uma nova utilização da estratégia GAM no cenário brasileiro, na medida em que acompanha a experiência do público infanto-juvenil e dos seus familiares com o uso de psicotrópicos. No CAPSi de Vitória o Grupo GAM era composto por pesquisadores, funcionários da instituição e familiares de crianças que fazem uso de psicotrópicos e, em alguns momentos, as próprias crianças usuárias (Domitrovic, 2014), para compartilhar e analisar coletivamente os efeitos das práticas de acompanhamento, uso e prescrição do metilfenidato. Nos grupos usávamos a Versão Brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-BR) buscando, através do manejo grupal, acessar a **experiência infantil** no uso de psicofármacos. (CHAVES e CALIMAN, 2017, p. 144, grifo nosso).

Através de uma direção cogestiva de trabalho, tornava-se possível criar um plano coletivo de experiência, sustentando a polifonia e as controvérsias que atravessam as questões envolvidas no acompanhamento, uso e prescrição dos medicamentos psiquiátricos, sobretudo nas questões que envolviam a **experiência escolar**. (CHAVES e CALIMAN, 2017, p. 144, grifo nosso).

Este quarto plano que situamos aqui, reunindo às menções à experiência que não tiveram lugar nos outros três, curiosamente remete a uma construção que também observamos no campo da saúde mental brasileira em relação aos serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial. Eles se apresentam em três modalidades – de tipo I, II e III de acordo com o público atendido e a seus horários de funcionamento. Mas, em relação a esse quesito do público atendido, dois serviços foram criados entendendo-se a necessidade de se contemplar suas demandas específicas – os CAPS AD, voltados à população que faz uso problemático de álcool e outras drogas, e os CAPS i, direcionados ao atendimento de crianças e adolescentes. Nossa análise aponta que a GAM acompanhou essa mesma lógica dos serviços quando de sua inserção no país. As primeiras intervenções se deram com usuários adultos com diagnósticos de transtorno mental grave. Mas, no seu desenrolar foi-se entendendo importante ampliar o alcance do trabalho, buscando-se abordar especificidades de cada uma das experiências de ser/adoecer em saúde mental, chegando-se nos serviços ad e infanto-juvenil.

Finalizamos aqui a apresentação dos empregos da palavra experiência que aparecem nos quase 30 artigos publicados sobre a GAM entre 2011 e 2018. Nossa

leitura nos levou ao encontro de três diferentes planos da experiência - *a experiência dos usuários; a experiência dos/nos serviços e a experiência da pesquisa* - , de três diferentes contextos de seu desenrolar - *o uso e a gestão de psicofármacos; os grupos de intervenção com o Guia GAM-BR e a participação na pesquisa* - , bem como de um plano, onde se encontram a *experiência com o uso de drogas proscritas e experiências ligadas à infância*. Porém, queremos ainda propor uma última discussão de encerramento, partindo dos dois principais sentidos que encontramos para a palavra experiência na literatura, sendo um deles aquele que nos interessa desenvolver e colocar em ato nas práticas e na pesquisa em saúde mental.

## **2.7. Experiência: aquilo que o sujeito vive/sente/experimenta**

*versus*

### **aquilo que resta da travessia de um perigo**

Nossa pesquisa, na companhia de autores que já situamos anteriormente, sinaliza a possibilidade de propor dois campos semânticos no que diz respeito à experiência. Ainda que diferentes, eles não se contradizem e podem até ser complementares. Um deles acaba por designar algo mais corriqueiro e simples. É onde temos uma grande parte das referências ao termo *experiência* nos artigos publicados sobre a GAM, quando a palavra surge para enunciar algo da ordem do que o sujeito vive, sente ou experimenta. É quando seu significado está mais próximo àquele do léxico comum, que aparece não só na definição do dicionário, mas também nas falas cotidianas. Seguem alguns fragmentos onde esse uso pode ser observado:

Nessa etapa, agregaram-se, também, às reuniões multicêntricas, usuários de cada um dos campos que haviam passado pela **experiência de trabalho com o GGAM nos GIs** – até então, as reuniões multicêntricas contavam apenas com a participação dos usuários representantes da AFLORE – Associação Florescendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários de Serviços de Saúde Mental de Campinas. (ONOCKO CAMPOS et. al, 2012, p. 978, grifo nosso)

Em relação ao trabalho, valorizavam não somente a perspectiva de ganho financeiro, mas **a experiência de se sentirem úteis**. (ONOCKO CAMPOS et. al, 2012, p. 979, grifo nosso)

A pesquisa empreendida pela UFF teve como foco principal investigar como a **experiência do uso e da gestão dos psicofármacos** pode ser vivida em um dispositivo de fortalecimento e expansão da autonomia e da defesa dos direitos dos usuários nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e como essa experiência pode contribuir para avaliações e transformações

dos modos de existência dos usuários e dos profissionais de saúde mental. (PASSOS, CARVALHO e MAGGI, 2012, p. 270, grifo nosso)

No presente trabalho acompanhamos a trajetória **da experiência efetivada no Grupo de Intervenção GAM**, o GI GAM. Trata-se de um dispositivo metodológico construído para ser espaço de discussão da **experiência do tratamento farmacológico**. Os GIs aconteceram no período entre novembro de 2009 e abril de 2010. A partir dos relatos produzidos no trabalho de campo e do mapeamento da dinâmica dos grupos, foi possível observar a emergência da **experiência de cogestão da medicação** e proceder à elaboração do conceito de "manejo cogestivo" do grupo. (PASSOS, CARVALHO e MAGGI 2012, p. 270, grifo nosso)

O segundo campo semântico localizado nestas produções está mais próximo da noção que construímos no início de nosso texto a partir das ideias de Benjamin, Agamben e Larrosa, quando o emprego da palavra *experiência* se refere *àquilo que resta da travessia de um perigo, a algo que transforma o sujeito e que é passível de ser compartilhado*. As duas formas de utilizar o termo por vezes se intercalam, mas também aparecem juntas, interpostas, até confundidas. Isso nos permite dizer que a noção de experiência, também para os autores da GAM – na sua maioria pesquisadores universitários, pois são os que mais comumente escrevem e publicam – pode ser nebulosa, pouco objetiva e carregada de ambiguidade. Ainda que não queiramos afirmar a obrigatoriedade de um único uso ou do emprego correto desta noção, entendemos que precisá-la pode ser uma ação potente para o campo da saúde mental, podendo facilitar a comunicação entre os diferentes atores aí envolvidos, entre usuários, trabalhadores, familiares, gestores e pesquisadores.

A seguir, apresentamos alguns fragmentos onde a palavra *experiência* aparece com este segundo sentido. Em alguns deles a palavra não está escrita, mas o texto em seu conjunto faz menção a este segundo campo semântico a partir do uso de verbos e outras expressões que levam o leitor a olhar para a potência transformadora e de superação da experiência:

Constatou-se que a participação em espaço de negociação requer um processo, ao longo do qual o usuário se sinta pertencendo ao grupo e com “coragem” para participar. Um dos usuários relatou que antes do grupo GAM era mais tímido e que nestes eventos pouco falava e mais ouvia. **Sente que agora tem mais ‘coragem para falar’ e aponta a contribuição do GAM para isso**. (PASSOS et al., 2013, p. 34, grifo nosso)

Para alguns, **a experiência com a GAM tornou possível** discernir aspectos de sua experiência que antes poderiam passar despercebidos. Em um grupo GAM, uma usuária relatou o sono

profundo que sentira às tardes, durante alguns dias. Disse que estranhara o fato e que buscou conversar com a enfermeira e com a médica para reclamar de um erro na entrega dos remédios. A enfermeira, sem descartar a possibilidade de ter havido algum erro na dispensação, alegou que seu sono poderia também estar relacionado com o fato de ela não estar bem naquele momento, ou mesmo de ela ter trocado os medicamentos do dia pelos da noite. Por fim, admitiu que houvera um erro na dispensação de medicamento para a usuária. **Esta reconheceu que a GAM lhe ajudou a perceber a sonolência em horários inabituais, levando-a a procurar as técnicas para tratar disto.** (PASSOS et al., 2013, p. 36, grifo nosso)

Se a grupalidade exercida na pesquisa constituía uma experiência de direitos, era também **uma experiência ativadora de uma vida de relações**. A possibilidade de estar em grupo era o que permitia a Davi, em contraste, não somente perceber sua solidão, mas ressentir-se dela e desejar superá-la. (PASSOS, PALOMBINI & ONOCKO CAMPOS, 2013, p.13, grifo nosso)

Por vezes, essas relações entre pesquisa, gestão e clínica embaralhavam-se, **criando situações inesperadas que precisaram ser manejadas de forma inventiva**. Então, era preciso o esforço de todos para dar contorno a cada lugar, distribuir e discernir responsabilidades, reconhecer limitações, dar crédito ao outro, sustentar a possibilidade de parceria. (PALOMBINI et al., 2013, p. 2906)

As trocas de saberes entre os diferentes atores que compuseram a cena da pesquisa, da gestão e da clínica permitiram, a cada um, **experimentar uma mudança de lugar e um exercício de construção coletiva. Essa experiência pôde sustentar-se pela aposta de que mudar de lugar muda o lugar**. Assim, um usuário pode ser pesquisador ao explorar conceitos por meio do estudo de textos, mas também ao compartilhar sua própria experiência de adoecer e receber tratamento. Pesquisadores podem ser menos distantes e abstratos ao se aproximarem do mundo da vida, abrindo-se ao encontro com a experiência. A equipe pode ser mais pesquisadora, propondo-se ao exame crítico de suas práticas. O gestor pode se propor exercer a gestão de forma lateralizada, colocando-se ao lado de trabalhadores, usuários e pesquisadores. (PALOMBINI et al., 2013, p. 2906)

Após o término dos GIs, alguns usuários e profissionais que deles participaram passaram a frequentar as reuniões acadêmicas. Além disso, em um dos CAPS houve continuidade dos encontros, com coordenação de uma das usuárias participantes e contando com outros usuários e trabalhadores do CAPS e pesquisadores. Esta usuária experimentou o espaço do CAPS desde um outro lugar, podendo passar adiante o que aprendeu nos GIs e na participação nas reuniões acadêmicas e videoconferências com a equipe do Canadá. Com o apoio das equipes do CAPS e da Universidade, ela sustentou o laço entre a pesquisa e o serviço, disseminando o conhecimento produzido entre um número maior de usuários e trabalhadores do CAPS e estendendo o desenvolvimento da pesquisa em uma nova intervenção (MARQUES et al, 2013, p. 110)

**A viagem marca uma experiência de imersão.** Um laboratório. Era a chance de nos lançarmos num terreno desconhecido com

obstáculos diversos. Estávamos longe de nossos lares, afastados das pessoas com quem convivíamos diariamente, com as quais, de alguma maneira, sabíamos como lidar. Deixávamos o Brasil nos dias que antecediam o verão, para alcançarmos o Quebec às vésperas de um inverno rigoroso., ao menos comparado com o frio que até então conhecíamos. Não falávamos nem a primeira língua do país de destino, nem a segunda. Nossos recursos financeiros eram limitados. Precisávamos manter a boa convivência entre nós. Distantes demais das pessoas queridas a quem deixávamos, próximos demais de nós mesmos. **Esta era a configuração de um laboratório de imersão, o qual precisaríamos suportar por 16 dias e 15 noites.** (ZAMBILLO e PALOMBINI, 2017, p. 81)

As narrativas, na pesquisa citada sobre a experiência do adoecimento na esquizofrenia, focam-se na descrição do vivenciado e, portanto, são apresentadas como unidade narrativa, tal como foram expressas pelos participantes da pesquisa, sendo posteriormente categorizadas e codificadas pelos pesquisadores. O objetivo é favorecer que narrativas encarnadas revelem a dimensão pré-reflexiva e experiencial do viver com esquizofrenia. Já na pesquisa informada pela teoria narrativa de Ricoeur, o conhecimento da experiência é subsídio para a análise e a avaliação dos processos de trabalho, em que a construção das narrativas por parte dos pesquisadores – com destaque de núcleos argumentais explicitando experiências, consensos e dissensos – produz efeitos de narratividade que enriquecem a espiral hermenêutica. **Por fim, na pesquisa de inspiração benjaminiana, mais do que o conhecimento da experiência através das narrativas, é o compartilhamento dessas narrativas – inacabadas, entrecortadas, fora de ordem – o que pode conferir caráter de experiência ao vivido, levando à reinvenção do presente.** (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013, p. 2855)

Como já mencionado, esta tese se ocupou de analisar os artigos publicados até o final do ano de 2018. Curiosamente, a última publicação analisada, traz a *experiência* já no título: “Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em saúde mental” (SILVEIRA & MORAES, 2018). Neste artigo, a palavra é empregada inúmeras vezes, com sentidos que passam de um campo semântico a outro permanentemente. O que mais nos interessa nesta produção é exatamente o que afirma seu título: a GAM vem sendo uma experiência em saúde mental no Brasil. Nosso mergulho nessas publicações nos permite afirmar que a GAM tem se constituído como uma experiência para seus participantes, sejam eles usuários, trabalhadores dos serviços, pesquisadores, familiares e até gestores. A intensidade desta experiência pode ser maior ou menor, mas, de maneira geral, a GAM permite aos seus participantes realizar uma travessia da qual saem transformados. E aquilo que resta desta travessia são sujeitos engajados na direção co-gestiva das práticas em saúde mental.

### **3. SEGUNDO CAPÍTULO**

#### **O acesso à experiência via estratégia GAM-BR: diferentes dispositivos, diferentes sujeitos**

A partir das discussões nos encontros do grupo de intervenção, os usuários perceberam o quão pouco compartilham uns com os outros suas experiências de sofrimento, apesar de terem uma relação de parceria anterior à participação na pesquisa. Essa constatação é índice de que os próprios usuários tomavam o diagnóstico de doentes mentais como o comum entre si. Subsumida em um diagnóstico médico, a experiência de sofrimento dos usuários era homogeneizada e aprisionada em uma identidade -doente. Não à toa, a principal frase do primeiro passo do Guia GAM (“Eu sou uma pessoa, não uma doença!”) ecoou sobremaneira nos usuários, reverberando ao longo dos encontros posteriores. (GONÇALVES & ONOCKO CAMPOS, 2017, p. 5)

Até aqui, ocupamo-nos de construir e apresentar ao leitor a noção de experiência que nos interessa discutir, a qual entendemos forte para o campo da saúde mental, seja ele o do trabalho/cuidado ou o da pesquisa/academia. Ela diz respeito à travessia, à transformação, à partilha.

Situamos os diferentes sentidos que esta noção ganha nos artigos publicados sobre a GAM no Brasil entre os anos de 2011 e 2018, assim como buscamos mostrar as diferentes maneiras como ela aparece nestes textos.

Gostaríamos de passar a um segundo aspecto da discussão que se refere ao acesso à experiência e às formas como isso pode ou não se dar.

#### **3.1. As particularidades da GAM no campo da pesquisa em saúde**

Algumas características singularizam a GAM enquanto forma de pesquisar e intervir dizendo respeito a uma ética de fazê-lo. Elas fazem resistência ao atual contexto de medicalização da vida em que estamos imersos, não somente no Brasil, mas no mundo todo. Este termo vem sendo usado para denominar um fenômeno através do qual nossa vida cotidiana é apropriada pela medicina e esta interfere na construção de conceitos, costumes e regras prescritivas de comportamentos sociais. É um fenômeno que pode ser entendido como uma espécie de filtro que se impõe às diferentes formas de se pensar e viver a vida. (CAPONI et al., 2010). A medicalização diz respeito às inúmeras maneiras como os saberes e as práticas médicas participam e compõem os nossos modos de viver, produzindo subjetividade. São diversos os elementos que a compõem, não ficando restrita à centralidade na figura do médico, mas ao poder exercido nos atos cotidianos da população, advindo



de um certo saber médico sobre a vida. As questões daí decorrentes no campo da saúde mental são muitas, haja vista o lugar de destaque que ocupam as equipes profissionais e os medicamentos psicotrópicos em seu meio (seja por sua existência ou, noutras vezes, pela sua inexistência ou dificuldade de acesso). Ivan Illich (1975) é um dos primeiros pensadores a se dedicar sobre o tema, pensando-o como um processo que traz iatrogenia à população. O autor faz uso da noção de iatrogênese - *iatros* (médico) e *genesis* (origem) - para falar de uma nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. Entre suas principais críticas tecidas à medicalização, encontram-se as que envolvem a diminuição de autonomia dos sujeitos como consequência do processo. Para o autor, a medicina moderna se apresenta propositalmente complicada, com o intuito de esconder a simplicidade dos atos cotidianos e de se tornar a grande detentora do saber sobre os processos da vida e sobre o sofrimento. Assim, ela retiraria progressivamente dos indivíduos, a capacidade de pensar e de cuidar de si (ILLICH, apud GAUDENZI e ORTEGA, 2012).

A primeira destas características que singularizam a GAM é a *abordagem avaliativa de quarta geração* (GUBA & LINCOLN, 1989), uma forma de avaliação em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como base para determinar o seguimento do processo. É uma avaliação responsiva, interativa, que envolve processos de negociação com os grupos de interesse: os próprios beneficiários do processo avaliativo, neste caso, usuários e familiares da saúde mental, mas também os agentes dos processos cotidianos, quais sejam, trabalhadores e gestores. A GAM faz parte, portanto, de uma gama de pesquisas denominadas *pesquisas participativas*.

Um segundo ponto que lhe é característico é a *abordagem narrativa*, relativamente nova no campo da pesquisa em saúde, e particularmente na saúde mental. Desde os primeiros passos do projeto, esta marca vem se afirmando, ainda que com particularidades desenvolvidas por cada um dos grupos de pesquisa que se ocuparam do trabalho no Brasil, com a produção de narrativas por meio da extração dos núcleos argumentais das falas colhidas (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2008), seja em grupos de intervenção, rodas de conversa, reuniões multicêntricas, entre outras formas de encontro e produção de palavra dentro da pesquisa. Sobre este modo de fazer pesquisa, podemos dizer que está filiado à direção da complexidade das pesquisas qualitativas em saúde. Onocko-Campos et al. (2013) escrevem a



respeito do uso de narrativas no estudo de práticas de saúde mental a partir das perspectivas de Ricouer, Benjamin e da antropologia médica, apontando que tais metodologias em saúde mental se fazem cada vez mais presentes, ainda que esses métodos comportem diferenças entre si. Na discussão, os autores associam três pesquisas às três perspectivas citadas: na primeira, abordam a pesquisa avaliativa e os aportes de Ricouer, sugerindo que a narrativa aí produziria um adensamento do material e, por consequência, um maior aprofundamento das questões em estudo. Com a perspectiva benjaminiana, os autores tratam de uma pesquisa com trabalhadores, em que o que existem são narrativas inconclusas e fragmentadas que produzem compartilhamento e reflexão, gerando efeitos de transformação na equipe; já a partir da antropologia médica, há a pesquisa sobre a experiência de adoecimento na perspectiva de psiquiatras e usuários, onde se respeitou as construções originais dos usuários no intuito de não racionalizar os ditos dando-lhes um ordenamento alheio à experiência encarnada. Tais estudos afirmam o valor das narrativas para o trabalho de investigação, ao mesmo tempo que não pretendem esgotá-las nestas três perspectivas, mas mostrá-las úteis e singulares.

Um terceiro ponto refere-se à *valorização do saber da experiência dos usuários de saúde mental*, que podemos considerar também – e por ora – inovador nesse campo de pesquisa. Estudos mostram que a participação dos usuários nas decisões relacionadas aos seus tratamentos restringem-se, muitas vezes, ao relato dos seus sintomas (ONOCKO CAMPOS et al, 2012), o que não contribui para ampliação de sua autonomia. Se a participação nos próprios tratamentos ainda é algo mais presente nos textos da lei do que nas práticas cotidianas, no campo da pesquisa esse hiato é ainda maior.

Estes três pontos se entrecruzam, compondo uma forma de investigação não-hegemônica, a qual busca transformar o campo da pesquisa em saúde a partir de paradigmas menos hierárquicos, que avancem na direção de contemplar a complexidade exigida no trabalho com pessoas e no acesso às suas experiências singulares.

### **3.2. Um princípio e seus deslocamentos<sup>35</sup>**

Desde sua chegada no Brasil, a busca por acessar a experiência dos usuários foi uma direção ética para a GAM. Entendia-se que esta seria a via privilegiada para a produção de conhecimento relevante em saúde mental. Neste sentido, pudemos acompanhar, através de nosso mergulho nas publicações, um importante movimento no que concerne aos sujeitos da experiência. Inicialmente era a experiência dos usuários na sua relação com o uso de medicamentos psiquiátricos que mais interessava à pesquisa; todavia, com o desenrolar do trabalho, a experiência dos trabalhadores que estavam no encontro com estes usuários foi também ganhando espaço, sendo vista e se fazendo ver. Da mesma forma, também a experiência dos pesquisadores que experimentavam este outro jeito de fazer pesquisa foi aparecendo e tornando-se mote de interesse.

Ainda que a implementação da estratégia com o uso do Guia GAM e os grupos de intervenção nos serviços esteja centrada numa relação de fala entre usuários, familiares, trabalhadores, pesquisadores e, em menor número, gestores, nossa compreensão é de que esta experiência não se resume à oralidade. A presença do outro, sempre buscando o estabelecimento de relações menos verticalizadas, os muitos gestos produzidos e manifestos e permanente troca de afetos lhe é consequente e também motor de efeitos.

Vamos olhar novamente para o percurso da estratégia GAM em suas diferentes etapas e mostrar os diferentes dispositivos colocados em ação para o acesso à experiência.

### **3.3. Grupos focais e entrevistas semiestruturadas – a primeira aproximação**

O início da pesquisa GAM no Brasil se deu com a realização grupos focais com usuários e de entrevistas com gestores e trabalhadores, com o objetivo de melhor conhecer o contexto e concepções dos envolvidos, conforme já falamos no capítulo um, ao explicitar as duas primeiras etapas da pesquisa que envolveram a construção da versão brasileira do Guia GAM (p.18-22). Servíamo-nos de um roteiro semiestruturado com perguntas abrangendo as seguintes temáticas: *a valorização do*

---

<sup>35</sup> São dois os sentidos que nos interessam quando empregamos aqui “princípio”: referimo-nos a um primeiro movimento de existência, mas também às bases da GAM no Brasil.

*contexto do usuário nas condutas clínicas; a capacidade de gestão e compartilhamento de decisões (entre usuário e equipe); os direitos do usuário, em especial no que se refere à medicação (acesso, informação, recusa); a voz do usuário no serviço e na relação médico/paciente; a experiência de uso de psicofármacos e o entendimento sobre autonomia.* Além de uma primeira aproximação, via-se nesses instrumentos uma forma de acompanhar os efeitos dos grupos de intervenção com estes atores, por meio do uso deste mesmo roteiro de questões num tempo anterior e noutro posterior à realização dos grupos com os mesmos envolvidos.

Os grupos focais realizados com usuários traziam uma marca diferencial: tratava-se de grupos focais hermenêuticos. Este modo de fazer, proposto por Onocko Campos (2012) constitui-se numa proposta participativa onde se faz a transcrição do material produzido nos grupos e, posteriormente, a produção de narrativas por meio da extração dos núcleos argumentais aí encontrados (Onocko Campos e Furtado, 2008). Na sequência, este material retorna para os participantes dos grupos, neste caso, usuários dos serviços de saúde mental, para uma validação final, de forma que eles possam julgar se seus relatos estão ali contemplados. Isto contribuindo também para a compreensão dos pesquisadores a respeito das discussões realizadas. Nesta experiência e seguindo o pensamento de Ricoeur (1997) e Gadamer (1997),

As equipes de pesquisa de cada campo produziram uma primeira análise do material oriundo de seu campo, organizando-o por vozes (usuários, trabalhadores, gestores, familiares e residentes). Num segundo momento, foi realizada uma meta-análise de todos os campos por voz e, posteriormente, uma comparação das contribuições dos diferentes campos, cumprindo com o preceito hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar, mas com uma compreensão diferente. (ONOCKO CAMPOS et al, 2012).

Estes grupos carregavam um elemento aditivo ao comum dos grupos focais – elemento voltado à ideia de participação, de aproximação com o usuários, ao convidá-los a retornar seu olhar e validar a produção dos pesquisadores. Temos aí uma diferença importante em relação às pesquisas clássicas, a qual se situa nesta busca pelo acesso à experiência do outro, querer saber o que ele tem a dizer e se o que ficou entendido é, de fato, aquilo que ele quis dizer. A postura mais comum de entrevistadores é tomar os dados da entrevista e analisá-las a partir de algum referencial. Aqui, este referencial precisa ser validado pelo sujeito entrevistado.

Os grupos focais e as entrevistas semiestruturadas foram a primeira ferramenta

utilizada pelo projeto de pesquisa-intervenção, ainda um teste sobre a experiência do outro. No decorrer do processo, outras foram sendo utilizadas, como veremos a seguir.

### **3.4. Os grupos de intervenção como dispositivo para acessar a experiência dos usuários**

Os grupos de intervenção (GIs), que dão continuidade à pesquisa GAM e a sua entrada nos serviços constituem a ferramenta utilizada mais diretamente para a construção da versão brasileira do Guia GAM. Agregam-se a eles as reuniões multicêntricas, dispositivo de encontro entre representantes de todos os segmentos participantes (usuários, familiares, trabalhadores e pesquisadores) e de todas as universidades envolvidas, com frequência bimestral. Os GIs têm como objetivo maior o acesso à experiência dos usuários no que diz respeito aos tratamentos que lhes são propostos pelo serviços onde são acompanhados. Seu desenrolar não está dado a priori e vai se construindo no processo mesmo da pesquisa.

Dentre as publicações, um artigo de 2013 tem como foco a temática do acesso à experiência, propondo e analisando a entrevista como ferramenta para fazê-lo. Segundo os autores:

A entrevista é, frequentemente, tomada como ferramenta metodológica privilegiada para a investigação do ponto de vista dos sujeitos e apreender a experiência do outro. (SADE et al, 2013 p. 2822)

Os autores, ao discutir o uso da entrevista em pesquisas no campos da saúde mental, entendem que a GAM constitui-se, por meio dos GIs, numa ferramenta de entrevista coletiva, a qual cria “condições para que a gestão dos medicamentos psiquiátricos possa incluir os diferentes pontos de vista em um mesmo processo de compartilhamento dos mundos que coemergem nas práticas de cuidado dos serviços” (SADE et al, 2013 p. 2822) A cogestão aparece como estratégia fundamental na abordagem das questões, na medida em que

os modos instituídos de referir-se a si, ao mundo e ao outro dão lugar a uma pluralidade de referências no grupo, ampliando a rede de vínculos com corresponsabilidade, uma nova partilha torna-se possível. E com ela, a conversão a ser sempre exercitada, re-efetuada, que transforma o paradigma da alta – a cura como direção do tratamento – no paradigma do auto – a autonomia coletiva como produção de saúde (SADE et al, 2013 p. 2822)

Nessa escrita, os autores tomam como princípio a perspectiva de que a

produção de conhecimento é inseparável da produção de realidade e que, portanto, ao pesquisar não representamos uma realidade, mas, sim, intervimos nela e a produzimos. A entrevista, entendida desta forma, é também um modo de intervenção, fazendo com que os autores abandonem a ideia de coleta de dados e passem a falar em colheita dos mesmos. Segundo eles, a GAM, ao acessar uma multiplicidade de questões dos usuários, seus familiares e mesmo dos profissionais a respeito dos tratamentos, cultivaria uma experiência compartilhada em torno aos temas propostos. Os resultados portanto, não seriam simplesmente retirados de um determinado contexto, mas produzidos pelo mesmo.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como o próprio SUS, preconizam a valorização da experiência dos usuários. Contudo, não se trata de tomar na sua literalidade a experiência individual e pessoal de cada usuário como um fim em si mesma, mas na perspectiva de coletivização da realidade onde se visa intervir: “Podemos dizer que há uma diretriz de coletivização para os serviços públicos de saúde” (SADE et al, 2013, p. 2815). Portanto, a abordagem que a GAM promove e alcança diz de seu lugar no coletivo, jamais individual.

Ainda com estes autores vem a afirmação de que a coletivização da experiência se faz a partir do que Guattari (2004) nomeou de transversalidade, quando os diferentes – em nosso caso, os diferentes segmentos, quais sejam: usuários, trabalhadores e pesquisadores – são colocados lado a lado e partilham suas vivências e representações pessoais de forma a não fechá-las ou totalizá-las em determinados sentidos. A transversalidade se coloca como uma terceira via onde não se trata da verticalidade, que hierarquiza os diferentes, tampouco da horizontalidade, que organiza corporativamente os iguais.

Nesse artigo, são os estudos da cognição, os quais têm em Francisco Varela seu principal representante, que sustentam o pensamento sobre a noção de experiência.

O pressuposto é o de que na base da experiência, sujeito e mundo são inseparáveis, apesar da “atitude natural” (Husserl) que nos faz crer que esses termos são pré-existentes e separados. A compreensão da cognição como fenômeno de criação de si e do mundo – a enação segundo Francisco Varela – nos leva a distinguir dois aspectos da experiência: a experiência de vida e a experiência pré-refletida ou ontológica. (SADE et al, 2013, p. 2816).

Nesta distinção de dois aspectos, a experiência de vida seria aquela da vivência cotidiana, próximo à teorização de Benjamin sobre vivência (*Ehrlebnis*), mas

diz também das emoções e reflexões acerca destas, isto é, inclui, de certa forma, a representação da experiência. Já a experiência pré-refletida ou ontológica seria aquela dimensão que remete à experiência de vida, mas abrange também a coemergência de si e do mundo, uma dimensão portanto processual e genética.

Afirmando a importância da experiência ontológica, os autores vão abordar, como já situamos, a entrevista como uma forma privilegiada de lhe dar acesso. Contudo, esta não é uma entrevista qualquer; mas uma entrevista que deve buscar mostrar algo que comumente passa despercebido. Em sua argumentação, evocam um tipo específico de entrevista criado por Pierre Vermersch (2000), a entrevista de explicitação. Ela se constitui numa técnica para permitir a verbalização minuciosa de uma ação, menos que o seu resultado observável. Intenciona, portanto, compreender e dar oportunidade também àquele que fala, escutar sobre a sua maneira de agir/de fazer e tornar consciente algo que geralmente não ganha esta dimensão. Parte-se da ideia de que, de forma mais habitual, ao contarmos sobre um evento realizado, resumimos o modo de fazer dando-lhe menos atenção. A experiência concreta e os gestos específicos de uma ação geralmente não são explicitados. Passamos rapidamente aos seus resultados, os quais são majorados em importância em relação a todo o processo vivido:

Essa entrevista assume que, para conhecer uma ação, não basta observar os seus resultados ou mesmo a sua execução; é preciso consultar aquele que a realiza, ouvi-lo acerca do que faz e de como experimenta o processo. (SADE et al, 2013, p. 2816).

No caso da GAM, de acordo com estes autores, poderíamos pensar que algo semelhante acontece a respeito do saber-fazer dos usuários sobre/com o uso de medicamentos psiquiátricos, e que os grupos de intervenção lhes permite explicitar e tornar conscientes o seu saber-fazer a respeito. Além disso, a transversalidade aí em questão, a qual coloca juntos usuários e trabalhadores e lateraliza suas experiências, faz com que ambos se vejam diferentemente durante e após o processo; usuários e trabalhadores se fazem emergir juntos, e muitas vezes, outros. A GAM funcionaria, portanto, como uma entrevista coletiva, que permite aos participantes um processo de coletivização da experiência, deslocando pontos de vista inicialmente dados:

Interessa menos ao grupo GAM obter as informações que responderiam corretamente a essas perguntas [perguntas presentes

no GUIA GAM] do que promover o compartilhamento e a coletivização de experiências acerca desses temas. Nesse sentido, o grupo GAM é uma entrevista coletiva, na qual os participantes dispõem de tempo para explorar as questões e novas experiências acerca do uso de psicofármacos podem emergir. O manejador do grupo, tal como um entrevistador, guia de maneira não diretiva a colocação em palavras dessas experiências, acompanhando esse processo de coletivização. Nesse sentido, o grupo GAM promove a prática cogestiva da medicação (manejo cogestivo), apostando na participação dos diferentes sujeitos com seus pontos de vista implicados no processo de produção de saúde. (SADE et al, 2013, p. 2818).

Como particularidade dos grupos GAM, ou autores citam que os manejadores estão atentos não só ao que é tema, foco da discussão, mas também ao fora-foco. Com Virgínia Kastrup (2004), definem o fora-foco como tudo aquilo que, para além do tema principal, vai emergindo da experiência coletiva e pedindo passagem, seja pela palavra, seja pelos gesto, e que vai transformando a experiência subjetiva. “O manejo com o fora-foco permite aos grupos GAM incluir falas que aparentemente indicam desvios ou incongruência em relação ao tema e colocar lado a lado pontos de vistas distintos.” (SADE et al, 2013 p. 2819). Com esta perspectiva do fora-foco, estes grupos diferenciam-se imperativamente de um grupo focal.

### **3.5. As memórias como dispositivo para acessar a experiência dos pesquisadores**

Também na primeira etapa da pesquisa e em alguns locais durante a segunda, um outro dispositivo foi colocado em ação para o acompanhamento do trabalho: foram escritas memórias dos grupos realizados, como eram chamados os relatos dos encontros produzidos pelos pesquisadores. Estes relatos visavam auxiliar o acompanhamento do processo e gerar dados para além das falas áudio-gravadas, podendo trazer informações da ordem do afeto e do gesto para compor o material colhido, algo mais próximo de um diário de campo.

Este trabalho com as memórias nos apresenta uma segunda camada no trabalho dos grupos de intervenção; afinal, ele diz da afetação dos pesquisadores em relação àquilo que se passava nos grupos, trazendo à tona a experiência destes últimos. Era a experiência – ou, no mínimo o seu processo de elaboração – que se fazia ver em diversos trechos desses escritos.

Passemos a um fragmento de artigo de 2013 que trata sobre a interface entre pesquisa e clínica na GAM e que traz alguns trechos de memórias e diários de campo

escritos pelos pesquisadores à época:

*Em um encontro do GI, a condução do grupo viu-se dificultada em função de um dos participantes se encontrar, naquele dia, particularmente ansioso: falava muito e monopolizava a palavra, apesar das intervenções dos condutores e dos demais usuários. Várias vezes emocionou-se, ao lembrar de situações difíceis na sua vida, evocadas pelas temáticas discutidas, e sobre elas discorreu sem dar chance para que outros interagissem. Após o término desse encontro, nós, coordenadores, debatemos nossa dificuldade de condução: como garantir a circulação da palavra e acolher um usuário em momento de maior fragilidade e desorganização? Indagamo-nos se, numa situação como esta, seria nossa função entrar em contato com o serviço de referência para conversar sobre nossa percepção quanto à 'piora clínica' de um integrante da pesquisa e sustentamos esse ponto como uma questão. Percebemos que poderíamos ter conversado com o usuário ao final do grupo, oferecendo-lhe uma maior acolhida, até para podermos ajudar nas articulações que se fizessem necessárias. Retornava aqui a questão sobre qual nossa função, como pesquisadores condutores de um grupo que convida ao compartilhamento de experiências: cuidamos 'instigando' ou instigamos cuidando? Nossa função seria promover autonomia e capacidade crítica frente ao serviço e, ao mesmo tempo, promover um maior vínculo com o próprio serviço. Como manejar isso no grupo? Ao potencializarmos a relação com o serviço como espaço de cuidado corresponsável a partir da experimentação no grupo, estaríamos constituindo o GI como espaço de cuidado? Se sim, qual o risco de que viéssemos a 'competir' com o cuidado produzido no serviço de referência? Quando fortalecemos a capacidade crítica do usuário perante o serviço, corremos o risco de enfraquecer o vínculo que os une [tênue limite entre o que potencializa e enfraquece]? (narrativa de campo na voz dos pesquisadores – GI 1ª etapa). (PALOMBINI et al, 2013 p. 2904)<sup>36</sup>*

Neste trecho fica evidente a perspectiva do pesquisador em meio a um processo em curso e a noção de experiência que aí empregariamos estaria referida àquilo que resta da travessia de um perigo. O perigo está em realizar algo que não se sabe exatamente no que vai resultar ou como deve ser; está em se encontrar com tantos paradoxos e ter de habitá-los, de encará-los, de experimentá-los. São muitas as questões que se fazem perceber, poucas as respostas no momento, mas elas estão em vias de elaboração, sem tempo definido para que emirjam. A única certeza que este fragmento de memória parece nos apontar é a de que os sujeitos aí envolvidos se transformam; não necessariamente em algo especial ou melhor, mas simplesmente em outros.

Em outra produção, agora uma tese finalizada em 2015, intitulada *A política*

---

<sup>36</sup> A escrita em *itálico* respeita a forma como a memória aparece no artigo original.



*de narratividade entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação*, de Jorge Melo, encontramos o seguinte registro das memórias de um grupo da segunda etapa da pesquisa, situando o terceiro encontro do grupo de intervenção:

TERCEIRO ENCONTRO. O círculo torna-se mais confortável. A presença de outros participantes, que vieram experimentar o encontro, confere-lhe um novo ar. Ela exige uma nova contratação do sentido do grupo e da pesquisa, que aliás ainda não se firmou completamente. O que se fazia ali? Alguma ideia? Os novatos maneavam as cabeças negativamente. Por um momento, a disposição grupal percorre uma linha de indefinição, traçada entre o familiar e o desconhecido. Alguém então levanta uma voz cheia de convicção, tomada de um tom de obstinada clareza. Diz que a gente está ali para “falar de remédio”, caindo em seguida em uma gargalhada banguela e descontrolada, sem chance de remediação. Aponta para um companheiro e profere palavras incompreensíveis, enquanto seu alvo espanta-se, sem entender o que se passa. O riso, não obstante a obscuridade de seu sentido, espalha-se, tem o estranho efeito de provocar um riso louco que corre toda a curvatura do círculo, contagiando e explodindo o grupo em uma mesma gargalhada desconcertante. Como uma ola, o riso circula, levantando-se e logo se desfazendo, dando uma volta completa até retornar ao seu ponto de origem, único agora a se manter na graça. Ali, naquele ponto de voz coerente e olhar delirante, isolado, o riso perde a graça e vira constrangimento alheio. O riso compartilhado deslocou-se pelo grupo para se recentrar em uma pessoa que ri sozinha. Falar de remédio faz rir como se falar desse assunto fosse uma piada, mas uma piada cuja graça logo se perde, que dá lugar à seriedade com a qual se brinca, uma piada sem graça, uma piada des-graça. Tão besta quanto o riso de uma graça não compartilhada. (MELO, 2015, p.84-85)

Nesta situação, há um emergente do sujeito que é acessado: trata-se de um riso louco experimentado não só por este sujeito, mas por todo o grupo, ainda que por alguns instantes. A gargalhada atravessa o ambiente, toma os diferentes corpos, mostrando que não é só pela via da palavra que o grupo compartilha experiência. Há outras manifestações humanas que ganham vida, espaço e visibilidade naquele coletivo. Não se trata de apreender exatamente o que o outro experimenta, mas de partilhar algo juntos, aproximar-se. Trata-se de algo anterior ao plano da narração, de formas de se expressar do sujeito que são ainda mais primitivas, mas tão ou mais importantes no que diz respeito ao acesso à experiência, já que, ao fim e ao cabo, estamos falando de constituição subjetiva.

Ricardo Rodulfo, psicanalista argentino que, em muitos de seus textos, propõe um olhar crítico à psicanálise, buscando atualizá-la no contemporâneo, ocupa-se de discutir “o musical” que o sujeito apresenta desde a mais tenra idade (RODULFO,

2008). Neste texto, Rodulfo aponta que, diferentemente da aquisição das palavras que vai permitir ao sujeito narrar, a questão da musicalidade já se encontra nele desde os tempos mais primórdios de suas constituição. A universalidade das cantigas de ninar, por exemplo, apontam para esta afetação do corpo da criança que se dá não somente pela via auditiva, mas também tátil, labiríntica, cinestésica. Haveria, portanto, uma musicalidade intrínseca ao corpo de cada um de nós e marcas importantes daí derivadas. A partir desta ideia, o autor vai nos dizer que a interpretação de um psicanalista não é um dispositivo unicamente da palavra e de sua semântica; ela deveria incluir a voz, seu tom, suas modulações:

Los psicoanalistas y otros trabajadores en ciencias humanas no suelen reflexionar mucho, por ejemplo, sobre el tono de voz con que se dirigen al niño o al paciente en general: su timbre, sus acentos, su color más vivo o más neutro, su suavidad relativa o su fuerza, la calidad de su dicción. Incluso aquellos psicoanalistas muy atentos al concepto de significante no toman en consideración estos fenómenos porque, bajo otro léxico, siguen igualmente presos de la dimensión semántica y ello porque el concepto de significante, con todo el vance que podría representar, sigue tan incluido en el interior del logocentrismo occidental como el del significado en su denotación más tradicional. Eso hace que todos aquellos fenómenos difícilmente sean objetos de reflexión o de pensamiento teórico, lo cual no quita su enorme importancia práctica. (RODULFO, 2008, p. 3)<sup>37</sup>

Em que isso está relacionado ao que abordamos sobre as memórias GAM? Nelas encontramos relatos que estão além (ou aquém, se pensarmos com Rodulfo) da oralidade. Gargalhadas, sussurros e silêncios também comparecem e são parte integrante da experiência e de seu compartilhamento. As memórias nos mostram que, na GAM, a experiência é muito mais abrangente do que sua redução à oralidade. O outro está ali com sua presença carregada de afetos; sua palavra inclui o ritmo, a voz, a modulação.

---

<sup>37</sup> Este texto está no capítulo 12, “Cantacuento” do livro *El futuro porvenir* (2008). Nossa referência é um arquivo em PDF do capítulo do livro que nos foi enviado diretamente pelo autor, por isso a paginação marcada. Em tradução feita por nós: *Os psicanalistas e outros trabalhadores das ciências humanas geralmente não refletem muito, por exemplo, sobre o tom de voz com que se dirigem à criança ou ao paciente em geral: seu timbre, seus sotaques, sua cor mais vívida ou mais neutra, sua relativa suavidade ou a sua força, a qualidade da sua dicção. Mesmo aqueles psicanalistas que estão muito atentos ao conceito de significante não levam esses fenômenos em consideração porque, sob outro léxico, eles ainda estão aprisionados na dimensão semântica e isso porque o conceito de significante, com todo o sucesso que poderia representar, permanece assim incluído no interior do logocentrismo ocidental como o significado em sua denotação mais tradicional. Isso faz com que todos esses fenômenos difícilmente sejam objetos de reflexão ou pensamento teórico, o que não tira sua enorme importância prática.* (RODULFO, 2008, p.3)

Um segundo ponto em relação às memórias que também nos interessa destacar é que elas trazem muito da experiência dos pesquisadores. São eles quem produzem estes relatos e, portanto, é a sua experiência que se faz saber, que se dá a conhecer. O que nossa pesquisa nos mostra é que este trabalho com as memórias e esse despertar para “outras experiências” – ultrapassando a intenção primeira do projeto que era a de trabalhar com a experiência dos usuários sobre seus tratamentos em saúde mental – vai produzir “um caminho sem volta”. O contato e a abertura para a experiência dos pesquisadores e, mais adiante, para a experiência dos trabalhadores vai se intensificar com o passar dos anos naturalmente.

A busca pelo acesso à experiência no percurso GAM nos remete mais uma vez à Walter Benjamin, agora quando escreve suas teses sobre o conceito de história em 1940 (BENJAMIN, 2011). Benjamin critica a maneira como se constrói a história e propõe uma alternativa: a memória. Ele sugere que esta seria uma forma mais legítima, ainda que não o enuncie diretamente. Ele deslegitima a história como tal, uma vez que esta traz apenas os fatos contados pela versão do vencedor, daquele que dominou; segundo ele, a história apaga os rastros daqueles que foram vencidos, mas que são – tanto quando os vencedores – autores e participantes do que passou e ainda passa.

Benjamin faz crítica a uma história que se proponha ciência, na medida em que se iguale a esta, fixando um único modo de ver. Ele quer construir a história a partir da memória, do passado ausente, daquilo que poderia ter sido mas não foi, ampliando perspectivas; quer catar pontos de vista, quer descobrir no negativo da fotografia as imagens que, mesmo ocultas, estão ali.

As memórias GAM poderiam ser vistas, à princípio, também como uma versão dos “vencedores”, afinal são os pesquisadores que as constroem. No entanto, elas existiram para compor com o material das entrevistas e dos grupos focais, de maneira a ampliar as narrativas e as perspectivas de análise. Além disso, não buscava qualquer noção de neutralidade, ao contrário, elas eram uma aposta nos relatos afetados, na busca por acessar “mais de perto” a experiência compartilhada. Como consequência, as memórias permitiram dar lugar a algo que, à primeira vista, não se buscava: a experiência dos pesquisadores, mesmo que, à época da escrita dos relatos, este entendimento não estivesse ainda explícito.

### **3.6. As rodas de conversa como dispositivo para acessar a experiência dos/nos serviços**

Além da experiência dos usuários e da experiência dos pesquisadores, os movimentos produzidos pela GAM foram trazendo à tona também muito da experiência vivida nos serviços e, portanto, dos trabalhadores que aí atuavam.

Quando no primeiro capítulo abordamos os diferentes empregos da palavra experiência nos artigos publicados pela pesquisa nos últimos dez anos, discutimos a experiência da escrita coletiva de um artigo (p. 45) onde usuários, familiares e pesquisadores buscaram partilhar de uma mesmo lugar de autoria (FLORES et al., 2015.) Podemos dizer que participavam aí também trabalhadores, pois muitos dos pesquisadores envolvidos eram também trabalhadores em equipes de saúde mental não vinculadas diretamente à pesquisa GAM. Foi durante esta experiência que algo irrompeu, provocando importantes transformações nos lugares ocupados por cada sujeito. Marília Silveira (2013) fez um relato da situação em sua dissertação de mestrado:

Em 2011 o grupo GAM brasileiro iniciou as escritas de muitos artigos sobre a pesquisa, com diferentes temas, dos quais docentes e estudantes de todos os grupos e estados envolvidos estavam convidados a participar. Essa era uma tarefa muito exclusiva da universidade, e levamos algum tempo para propor aos usuários se queriam também escrever sobre a experiência de pesquisar junto na universidade. Eles aceitaram. Começamos pensando que eles escreveriam, e nós, estudantes, apenas lhes ajudaríamos. Pedimos que trouxessem textos sobre como havia sido participar da pesquisa. Alguns trouxeram, outros preferiram falar. Então começamos a conversar sobre o que era um artigo científico, que normas o regiam, e quais delas precisavam ser seguidas (introdução, desenvolvimento por tópicos, conclusão). Assim, líamos os textos e víamos, em relação a esses tópicos, onde poderiam se encaixar, e o artigo começou a ganhar corpo. Porém, ao conversarmos sobre o título do artigo e interrogarmos os usuários sobre como era essa experiência de pesquisar na universidade, fomos interrogados por um dos usuários, Louco do Zan, que nos perguntou: “e pra vocês, como é pesquisar desse jeito com a gente?” (SILVEIRA, 2013, p. 36)

Na sequência, Marília Silveira afirma que foi exatamente aí, neste ponto que sua dissertação começou a nascer. Acrescentaríamos que, também para os demais envolvidos com a GAM, uma outra perspectiva começava a ficar explícita e se afirmar, qual seja, o lugar da experiência dos pesquisadores e dos trabalhadores no encontro com usuários e familiares passava a ser também uma questão relevante:

A pergunta do Louco do Zan nos desestabilizou, nos provocou, mas foi a isso que nos dispomos. PesquisarCOM é fazer junto, ao lado, aproximar-se daquele com o qual queremos trabalhar. (SILVEIRA, 2013, p. 37)

Nessa afirmação de Marília Silveira, vemos o início de uma transformação que seguiu ganhando corpo e se disseminando. Não se tratava mais apenas de pesquisar com os usuários e colher os efeitos disso em suas experiências, mas atentar também para os efeitos disso naqueles que assumiam esse risco.

Antonio Bolis, pesquisador do grupo GAM no Rio Grande do Sul apresentou sua dissertação em 2016 (não-publicada), cuja temática principal eram os direitos dos usuários. Como desdobramento de sua pesquisa, um dos pontos discutidos com maior aprofundamento foi a metodologia empregada pela GAM durante a terceira etapa da pesquisa, ou seja, após o término do período oficial dedicado à pesquisa matriz.

Nessa terceira etapa, observaram-se os efeitos e desdobramentos da disseminação da estratégia pelo Brasil e mesmo no exterior. O pesquisador define que sua dissertação é “um braço da pesquisa multicêntrica *Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação*, desenvolvida pelo grupo de pesquisa GAM-RS, que teve a participação de três regiões do estado, contando com diferentes serviços e universidades”. Ele se dedica a discutir a metodologia empregada no acompanhamento da intervenção: o dispositivo das rodas de conversa, tratando não apenas da experiência dos usuários, mas também da experiência dos/nos serviços, assim como da experiência dos pesquisadores.

No Guia do Moderador de Grupos GAM, publicação de 2014, encontramos evidências sobre este processo que transformou também trabalhadores:

Vários profissionais que participaram de Grupos GAM relatam que desenvolveram uma melhor compreensão sobre os diferentes medicamentos e, ainda, um melhor entendimento sobre o que o uso deles significa para cada usuário de psicofármacos. Esses profissionais contam que houve mudanças na forma como se relacionavam com seus usuários, a partir da escuta das experiências: ficaram mais flexíveis para negociar (dialogar, chegar a acordos) os medicamentos do tratamento e para acolher o significado do uso desses medicamentos para cada um dos usuários. Alguns profissionais que usam medicamentos relataram que também aprenderam a compartilhar suas experiências, tanto no Grupo GAM, quanto com os profissionais que os tratam.

Mas é nas etapas seguintes que estes efeitos colhidos, envolvendo os profissionais (e os próprios pesquisadores), ganham força maior, e a metodologia participativa vai se radicalizando por meio da incorporação de formas de fazer herdadas da saúde coletiva brasileira<sup>38</sup>. O que observamos tem influências dos métodos Paideia e da Pesquisa-Apoio propostos por Gastão Campos (2000, 2012).

Entre os anos de 2013 e 2014<sup>39</sup>, com o início do trabalho de disseminação da GAM no RS, a Secretaria Estadual de Saúde, realizou a contratação de uma consultora, integrante do grupo de pesquisa, para promover oficinas em diferentes regiões do Estado com o propósito de acompanhar o processo dos grupos GAM em andamento e escutar as experiências de usuários, gestores e trabalhadores. A estratégia GAM, que havia iniciado seu percurso em terras brasileiras pela via da pesquisa-universitária, agora era incorporada como uma estratégia de cuidado adotada pela política pública de saúde. Acompanhar os efeitos de disseminação interessava ao grupo de pesquisa à medida em que novas aberturas eram aí tecidas.

A pesquisa de Antonio Bolis acompanhou as oficinas, as quais orientaram, num primeiro momento, a elaboração dos roteiros de grupos focais que seriam realizados, mas que acabaram não acontecendo, sendo substituídos pelas rodas de conversa.

A análise das rodas de conversa mostrou que seu conteúdo envolvia relatos de experiência, dúvidas, expectativas e conceituações teóricas sobre a GAM e seus conceitos orientadores. Nelas havia geralmente um maior número de trabalhadores que de usuários participantes, até porque seu objetivo primeiro era acompanhar a experiência dos moderadores de grupos GAM espalhados pelo Rio Grande do Sul. Este eram, na sua grande maioria, trabalhadores dos serviços. Porém, as rodas acolheram também usuários e demais interessados na estratégia, mesmo aqueles que pouco sabiam sobre ela. As cartas-convite, enviadas pelo grupo de pesquisa GAM-UFRGS para a participação nas rodas eram dirigidas a trabalhadores e usuários

---

<sup>38</sup> “Afinal, a saúde pública transformou-se em saúde coletiva no encontro com as ciências sociais e seus métodos de pesquisar.”(ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008, p. 321)

<sup>39</sup> Em 2015, com mudança do governo estadual, houve um desinvestimento na política de saúde mental instituída, de forma que a GAM deixou de compor as ações da coordenação estadual de saúde mental. Contudo, a estratégia GAM continuou sendo utilizada ou despertando interesse em serviços de saúde de diferentes municípios do estado.

moderadores de grupos GAM, sendo portanto de forma espontânea que aí compareceram gestores e trabalhadores interessados em implementar a GAM em seus serviços, assim como usuários não-moderadores.

O método de condução das rodas de conversa acompanhou também os movimentos que o grupo de participantes da pesquisa engendrava. Eram previstas a audiogravação e a produção de narrativas que seriam posteriormente validadas pelo grupo participante, de maneira semelhante ao trabalho da primeira etapa da pesquisa. No entanto, outras situações foram aparecendo, as quais exigiam mudanças na condução do trabalho. Os participantes de uma roda de conversa não eram os mesmos na roda subsequente, o que dificultava a ideia de validação das narrativas conforme a metodologia já utilizada anteriormente, já que não se contava com as mesmas pessoas. Desta forma, decidiu-se por relatar aos participantes da roda subsequente, os temas surgidos e como foram abordados na roda precedente com o intuito de se produzir efeitos de narratividade. Isto acontecia por meio da leitura da narrativa construída pelo grupo de pesquisa GAM-UFRGS, baseada na transcrição de uma roda anterior (esta nunca foi a roda imediatamente precedente, entre outros motivos, por não haver tempo suficiente para se trabalhar e analisar o material no intervalo entre duas rodas). Conforme a definição de Onocko-Campos (2011), esta leitura poderia manter uma correlação com a noção de construção em Freud, tendo por função principal auxiliar na continuidade do processo associativo de narração. Ela permitia uma ativação da memória de encontros anteriores, funcionando como um elemento de ligação e aquecendo o grupo para a conversa atual. Nela se trazia os temas debatidos anteriormente, assim como os apontamentos, as resoluções e as propostas já verbalizadas – consideração que potencializa as rodas de conversa como espaço de compartilhamento de experiências e produção de conhecimento. (BOLIS, 2016, não publicado.)

O Método Paideia, ou Método da Roda, proposto por Campos (2012) é oriundo do campo da gestão do trabalho em saúde e busca fortalecer pessoas e instituições por meio da cogestão, de maneira a ampliar suas capacidades de atuar sobre o mundo, aumentando sua autonomia enquanto sujeito e enquanto grupo. O aumento da capacidade de compreensão e intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas traz como consequência um aumento de participação e, portanto, de democratização nos espaços de trabalho em saúde. O método articula teorias e práticas do campo da política e da gestão com saberes e experiências originários da

psicanálise, pedagogia e análise institucional; trabalha interesses, desejos, relações interpessoais e necessidades dos sujeitos e instituições.

A concepção Paideia parte da constatação da diferença constitutiva e essencial entre os distintos atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários), tanto do ponto de vista de papel social quanto de poder. Não há paridade mesmo quando se constitui espaços coletivos com vistas ao diálogo. Mas pretende-se estabelecer contratos entre os envolvidos, de modo a permitir que a abordagem das questões relativas à clínica e à gestão possa ser construída desde os diferentes saberes e interesses. (CAMPOS et al., 2014, p. 986)

Assim, ao invés das “prescrições” comumente apresentadas aos usuários, propõe-se a apresentação de ofertas aos mesmos, as quais pressupõem a reflexão crítica e dialógica do usuário com o/os profissional/is que lhe acompanha/am para uma tomada de decisão conjunta. Este momento reflexivo auxilia na compreensão de resistências a mudanças. As ofertas visam a superação de eventuais posturas cristalizadas, provenientes de pontos cegos, reiteraões ou da paralisação frente a temas considerados tabus, devendo ser incorporadas de modo crítico pelos integrantes do coletivo. (CAMPOS, 2012).

O método Paideia é proposto como ferramenta para o apoio institucional, o apoio matricial e a clínica ampliada. É, portanto, suporte para que os profissionais possam atuar diferentemente, de maneira mais democrática junto aos usuários e aos gestores, ampliando sua capacidade de lidar com informações, interpretá-las, melhor compreendendo o mundo e a si mesmos, aumentando sua capacidade para o compartilhamento na tomada de decisões.

Os debates suscitados pelo compartilhamento das experiências de trabalho com a GAM – onde os próprios participantes vão ora intervindo nos assuntos, ora respondendo às questões e dúvidas surgidas – permitiram, muitas vezes, diferentes possibilidades de resolução e construção de alternativas para os problemas apresentados nos relatos, **dialogando com o conceito de oferta**. A função do compartilhamento de experiência remete à função do apoio, onde a regularidade sistemática do encontro propicia a regularidade do diálogo e da construção de conhecimento sobre as dificuldades e questões do cotidiano dos sujeitos envolvidos. (BOLIS, 2016, p.61 não-publicada, grifo nosso)

O relatório final desta terceira etapa da pesquisa no Rio Grande do Sul traz o seguinte esquema apresentando o processo de construção e validação das narrativas



referentes às rodas de conversa realizadas:

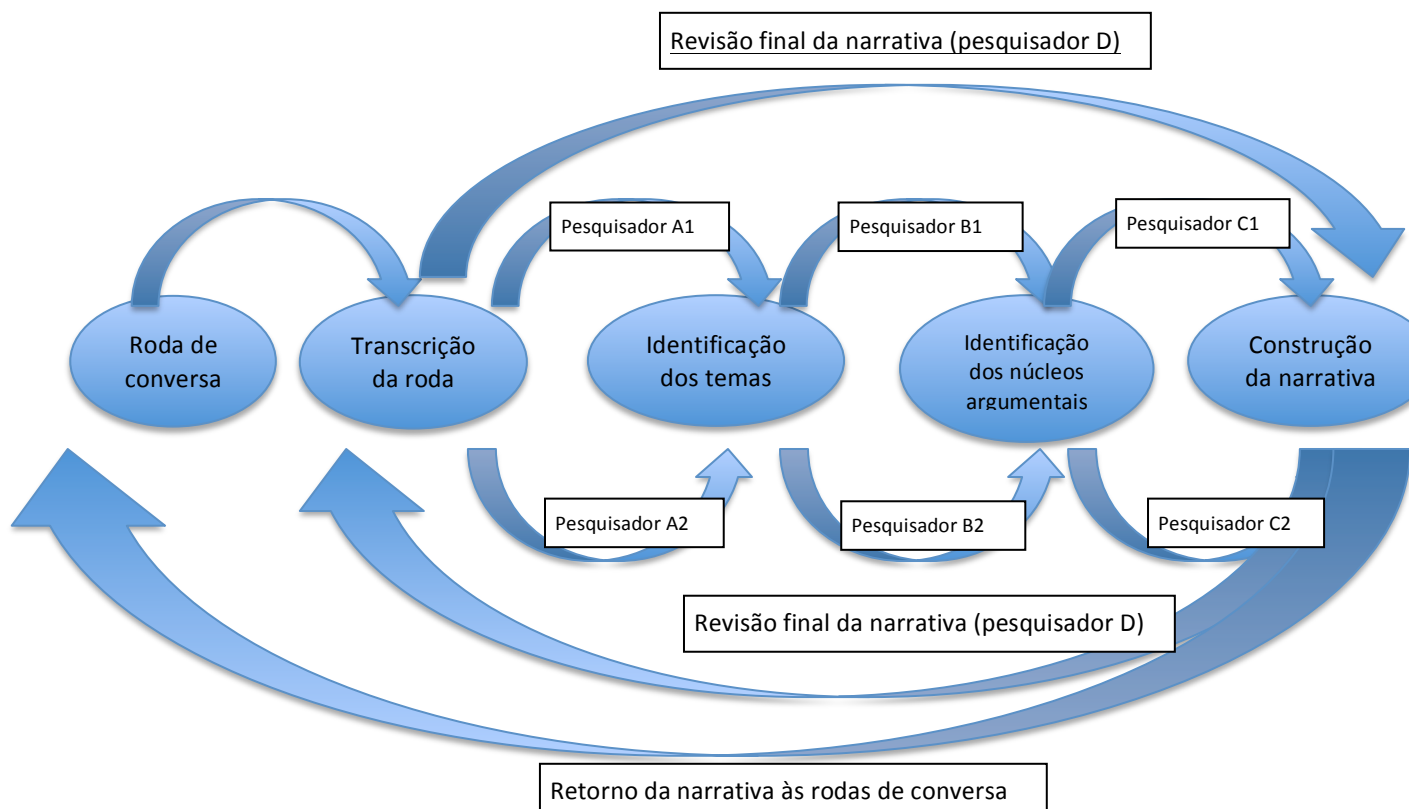


Figura 1. Processo de construção e validação das narrativas (PALOMBINI et al, 2019, p. 20)

Nesta construção, inspirados pelo método Paideia, mas também herdeiros de todo o trabalho de pesquisa com a estratégia GAM no Brasil – que, como já dissemos, tem nas pesquisas narrativas sua marca fundamental – podemos afirmar que a GAM tem se reinventado e criado um modo próprio de fazer pesquisa participativa, combinando estes dois referenciais da saúde coletiva, entre outros.

Nesta direção de reinvenção, em dezembro de 2018, no Encontro Internacional da GAM realizado em Santa Maria/RS, duas pesquisadoras referenciadas à região nordeste do país<sup>40</sup> apontaram a importância de se buscar outras formas de acesso à experiência dos usuários, sugerindo que elas poderiam extrapolar

<sup>40</sup> Ana Karenina Arraes Amorim, professora da UFRN, e Marília Silveira que iniciou sua formação acadêmica no sul do país, integrando o Grupo GAM no Rio Grande do Sul durante seu mestrado e depois seguiu para o sudeste (UFF), onde realizou seu doutorado, e hoje atua no nordeste, junto à UFAL, onde dá aulas e realiza um pós-doutorado.

os relatos. Segundo elas, vale lembrar que, no Brasil, não somos um grande e único todo, mas um território enorme, povoado de multiplicidades. E, para além das diferenças regionais, também o trabalho junto a usuários de álcool e outras drogas, e às crianças e jovens em situação de grave sofrimento psíquico requerem a busca por outras formas de acesso à experiência, que extrapolem o uso de relatos e da pura oralidade. Os relatos, ainda que sejam ferramentas importantes e que tragam muitas contribuições para o campo da pesquisa e da clínica não são, necessariamente, suficientes.

### **3.7. O Guia do Moderador como dispositivo *de e para* o acesso à experiência**

Mencionamos acima o Guia do Moderador (p. 69-70) a partir de um fragmento cujo conteúdo evoca a experiência dos trabalhadores<sup>41</sup>. Ele é também um dispositivo de compartilhamento de experiências concebido pela estratégia GAM brasileira, pois nele encontramos relatos endereçados a possíveis moderadores de grupo GAM sobre a experiência vivida por trabalhadores e pesquisadores junto aos usuários durante todo o período de construção do GUIA GAM BR. Ele configura uma tentativa de transmissão escrita (uma escrita que busca guardar o tom da oralidade para simplificar seu entendimento e facilitar o acesso àquilo que é dito) que objetiva tanto auxiliar futuros moderadores na condução de grupos GAM, quanto contar daquilo que já se viveu até o momento. Sua fundamentação está no desejo de que os princípios de autonomia e cogestão sejam garantidos nos processos de disseminação da estratégia.

O Guia do Moderador é uma produção, portanto, *de* acesso à experiência passada durante as etapas do projeto original, durante a construção da versão brasileira do Guia GAM, mas sua existência visa a ser também dispositivo *para* que o acesso à experiência continue se fazendo possível nos grupos de intervenção, sendo o

---

<sup>41</sup> Vários profissionais que participaram de Grupos GAM relatam que desenvolveram uma melhor compreensão sobre os diferentes medicamentos e, ainda, um melhor entendimento sobre o que o uso deles significa para cada usuário de psicofármacos. Esses profissionais contam que houve mudanças na forma como se relacionavam com seus usuários, a partir da escuta das experiências: ficaram mais flexíveis para negociar (dialogar, chegar a acordos) os medicamentos do tratamento e para acolher o significado do uso desses medicamentos para cada um dos usuários. Alguns profissionais que usam medicamentos relataram que também aprenderam a compartilhar suas experiências, tanto no Grupo GAM, quanto com os profissionais que os tratam. (ONOCKO-CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI, 2014, p. 9)

moderador inicialmente aquele que deve facilitar este processo. Seu conteúdo visa estimular um modo de fazer cogestivo construído entre vários, garantindo que seu uso não ganhe contornos prescritivos e esvaziados de sentido para aqueles que se arvorarem a participar de grupos de intervenção. O risco de que o Guia GAM BR, disponível e acessível via internet, possa ser usado de forma a não respeitar os princípios fundamentais de autonomia e cogestão existe, e o Guia do Moderador intenciona reduzir tal possibilidade.

A discussão a respeito do acesso à experiência e das formas como ela se dá (deu) via estratégia GAM no Brasil permite-nos afirmar que:

- o acesso à experiência requer o encontro, seja ele entre duas ou mais pessoas;
- o acesso à experiência, quando experimentado no campo da saúde mental por seus atores, tende a ser “um caminho sem volta”. Usuários, trabalhadores e pesquisadores, uma vez reposicionados, como que num movimento inercial, tendem a seguir neste movimento e reconhecer criticamente a problemática da objetualização dos sujeitos, a qual se faz tão comum no cotidiano das pesquisas e dos serviços;
- o acesso à experiência vai permitir sua transmissão e, por consequência, a produção de um saber/poder. No campo da saúde mental ele vem sendo denominado Saber da Experiência ou Saber Experiencial e sua existência ainda é razão para inúmeras questões e tensionamentos.

### **3.8. O Saber da Experiência ou Saber Experiencial e o Sujeito da Experiência**

Este saber que se funda, que se faz ver e/ou ouvir através do compartilhamento de experiências é aquele que, na literatura, ganhou o nome *de Saber da Experiência* ou *Saber Experiencial*. Na bibliografia especializada, as referências internacionais sobre a valorização do saber da experiência dos usuários aparecem, mais fortemente, a partir dos últimos 20 anos, em especial no Reino Unido, Canadá, Estados Unidos e Austrália. No Brasil, é a partir da segunda metade da década dos anos 2000 que, com base em uma ampliação de trocas e contatos internacionais com países anglo-saxões, ativistas, gestores, pesquisadores e profissionais do campo da saúde mental começaram a intercambiar processos

conhecidos como de valorização da perspectiva do empoderamento (*empowerment*) (PRESOTTO et al., 2013). Contudo,

não se estabeleceu até o momento uma agenda sistemática na política pública que inclua o compartilhamento dos saberes e o protagonismo de usuários como autores do conhecimento produzido na atenção psicossocial. Entretanto, algumas experiências, tanto de pesquisas avaliativas como de intervenção, têm demonstrado as potencialidades da participação efetiva de usuários e familiares como pesquisadores. (PRESOTTO et al., 2013, p. 2844)

Nos artigos GAM encontramos menções a este saber, sem que ele apareça assim nomeado; sua valorização aparece referida ao contexto de participação e de cogestão de que já nos ocupamos de contar nas páginas anteriores. De toda forma, o valor e o lugar do saber experiencial no campo da saúde mental brasileira é ainda pouco difundido e requer um processo de investimento contínuo.

Retomemos a definição de sujeito da experiência trazida por Larrosa no primeiro capítulo da tese (p.30), ao propor uma torção na ideia de que o sujeito se define por sua atividade. Segundo ele, o que caracterizaria o sujeito da experiência seria sua passividade, sua receptividade, sua disponibilidade e sua abertura. Ele seria um território de passagem, um espaço onde têm lugar os acontecimentos e nunca um sujeito de saber, de poder, do fazer, do julgar ou do querer. Ele afirma que o sujeito da experiência é o sujeito EX-POSTO, com tudo que isto pode carregar de vulnerabilidade e risco.

[...] Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se “ex-põe”. (LARROSA, 2014, p.16)

Esta definição nos interessa à medida que, ao lançarmos um olhar para o percurso transcorrido da GAM, podemos ver esta exposição dos sujeitos, em especial dos trabalhadores e pesquisadores que, com o seguir dos anos e experimentando a lateralização e a cogestão, foram se despidendo de seus saberes apriorísticos, assim como de seus pré-julgamentos, deixando-se levar pelo mergulho no desconhecido e pela necessidade de ter de aprender a *fazer com* os usuários. Foram desnaturalizando seus lugares *experts*.

Concordamos com esta perspectiva e vamos agora mostrar alguns trechos dos artigos GAM onde estas nuances aparecem. Encontramos menções à experiência

individual, grupal, singular, coletiva, pessoal. A palavra vai sendo usada e se diferenciando de acordo com o alcance que tem, se relacionada a um indivíduo ou a um grupo/coletivo. O sujeito da experiência pode ser individual inicialmente, mas o trabalho da GAM tende a proporcionar efeitos que coletivizam tudo aquilo que aparece como sendo da ordem do pessoal, mantendo a sua singularidade, mas ampliando seu alcance.

As **experiências grupais** oportunizadas pela pesquisa GAM – grupos de intervenção, reuniões multicêntricas, videoconferências, mas também viagens compartilhadas, visitas a serviços, passeios, almoços e jantas coletivos – **possibilitavam a acadêmicos, usuários e trabalhadores estar lado a lado**, não somente nos processos de trabalho da pesquisa, na assunção de seu protagonismo político, mas também lado a lado num convívio próprio às relações amigáveis, desfrutando o prazer de boas companhias. **Eram momentos marcantes para todos, mas talvez, para os usuários, ganhassem uma dimensão que não somos capazes de mensurar, de tal forma o adoecimento e seu estigma os lançavam a uma vida em solidão.** (PASSOS, PALOMBINI e ONOCKO CAMPOS, 2013, p. 13, grifo nosso)

Nesse recorte, é primordial a ideia do compartilhamento, ainda que nem sempre tudo seja compartilhável, conforme a frase de finalização, remetendo à dimensão daquilo que somos incapazes de mensurar porque não nos afeta de forma tão direta.

Seguindo nos fragmentos que afirmam a potência de coletivização da experiência:

A **experiência pessoal**, no entanto, não pode ser tomada como um fim em si mesma, pois as políticas públicas em saúde a partir do SUS tomam o objeto de suas intervenções como uma realidade coletiva e não estritamente pessoal. Podemos, então, dizer que há uma diretriz de coletivização para os serviços públicos de saúde. (SADE et al, 2013, p. 2814, grifo nosso)

Para abordar o jeito como essa coletivização vai se dar na GAM, os autores se utilizam do conceito de transversalidade, tal como proposto por Felix Guattari (2004).

A **coletivização da experiência** se faz a partir do processo que F. Guattari designou de transversalidade. Transversalidade se distingue tanto da horizontalidade, que organiza corporativamente os iguais, quanto da verticalidade, que hierarquiza os diferentes. Transversalizar é colocar lado a lado os diferentes, criando uma dinâmica de diferenciação que permite que as vivências e

representações pessoais ganhem caráter processual, transformando-se sem se anularem nem se fecharem em perspectivas totalizantes. A transversalidade dos grupos atesta o seu grau de autonomia. É tão mais autônomo o grupo quanto maior for a sua abertura para a diferença intra e intergrupos. Nesse sentido, a autonomia das ações de gestão e cuidado no campo da saúde mental, contrariamente ao que se poderia pensar como individualização, corresponde justamente a uma transversalização dessas práticas pelo coletivo. (SADE et al, 2013, p. 2814, grifo nosso)

É pensando neste processo e no sujeito da experiência GAM que gostaríamos de avançar nesta discussão e apresentar uma questão enfrentada durante a pesquisa, quando nossas buscas nos levaram ao encontro de uma prática bastante difundida na Europa, a *Educação Terapêutica do Paciente*. O fato de estar vivendo em terras europeias – na França, mais precisamente - levou a pesquisadora a ser questionada sobre ser a GAM uma proposta de tal prática, haja vista que é onde se situam muitos dos estudos e proposições sobre o saber experiencial neste país.

### **3.9. O Sujeito da Experiência, a Educação Terapêutica do Paciente e a Educação em Saúde**

Na França, o histórico das produções sobre o saber expert remonta à *Education Thérapeutique du Patient - ETP* (Educação Terapêutica do Paciente, em tradução nossa). É esta noção que prevalece, relacionada às doenças crônicas, definida como o processo que compreende um conjunto de fenômenos ativos e organizados num determinado tempo, que permite ao paciente apropriar-se de competências terapêuticas com o objetivo de aplicá-las sobre si mesmo. (JOUET; FLORA; LAS VERGNAS, 2010). Desta forma, considera-se que tomar em consideração a experiência dos pacientes é uma evolução no campo da saúde, pois as instituições de cuidado passam a ser reconhecidas também como espaços de educação e o sistema de saúde faz valer a ideia de democracia sanitária<sup>42</sup>. Há uma relação de ensino-aprendizagem que passa a fazer parte do campo da saúde. A melhora da qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas é também um ponto indubitável a partir desta abordagem.

Como consequência, de uma lado temos profissionais de saúde desenvolvendo

---

<sup>42</sup> Este termo se refere à implicação dos cidadãos nos dispositivos de participação das decisões públicas do campo da saúde e está incluído na Lei francesa de 4 de março de 2002 (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

estratégias de educação que visam fornecer aos pacientes uma melhor capacidade de reconhecer seus sintomas e melhorar suas condutas; de outro, multiplicam-se os movimentos de pacientes e familiares buscando a ajuda mútua e o reconhecimento de suas especificidades a partir da experiência do adoecimento. Em paralelo, desenvolvem-se, na educação, temáticas de autoformação e de formação pela experiência.

Segundo Brun et Lascoumes (2002, apud JOUET, FLORA, LAS VERGNAS, 2010), foi em 1934, com o movimento dos Alcoólicos Anônimos, que as pedras angulares de um novo tipo de troca, fundado sobre práticas não-formais em saúde, foram colocadas. A partir daí, esse modelo de organização de grupos de anônimos se expandiu para pessoas com outras questões (uso de substâncias psicoativas ilícitas, comportamentos compulsivos com jogos, distúrbios alimentares, entre outras) e também com pessoas portadoras do vírus HIV a partir da década de 1980. Neste período, o número de pessoas acometidas por este último foi muito grande, caracterizando, para alguns autores, uma pandemia. É aí que surge a figura de um paciente-ator, que vai fundar e participar de associações de pacientes e familiares voltadas à informação e ao cuidado de pessoas portadoras de infecções devidas ao HIV. A busca é por difundir conhecimento a respeito da doença, na direção também da prevenção dos sujeitos ainda não afetados, dado o aumento do risco para toda a população.

Estes eventos acabaram por produzir mudanças no paradigma biomédico, o qual reitera a importância e o saber do médico na condução dos tratamentos. Daí em diante, outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão foram tomadas por esta via da educação terapêutica, e a saúde pública passou a investir na prevenção e nos tratamentos a partir da ideia de fornecer informações ao paciente para que este pudesse melhor gerir sua condição.

A educação terapêutica, portanto, trabalha na perspectiva de o sujeito apropriar-se de um saber que lhe é exterior, mas já reconhecido como tendo valor no campo do cuidado. Trata-se de aprender e apreender algo do outro para, focado em si, colocar em ação. A passagem ao lugar de expert se dá por meio de uma aquisição de algo que lhe é externo.

Diferentemente, o que o trabalho com a GAM propõe e coloca em questão nessa relação ao saber experiencial é a valorização de algo que já pertence ao sujeito; é a sua experiência vivida que se colocada em evidência, que é levada em

consideração e elevada a um estatuto de valor. São os profissionais que precisam se apropriar de uma outra forma de olhar/escutar/cuidar a partir do que lhes é colocado pelo usuário/paciente. A GAM e a educação terapêutica parecem traçar percursos inversos, pois na GAM não há um saber a priori, ele se constrói a partir da troca de experiências. Ao mesmo tempo, há uma aposta a priori: o que o sujeito tem a dizer sobre seu vivido, vale. É como se o usuário ocupasse um lugar no púlpito: ainda que não se saiba o que será dito por ele, já lhe é outorgado um primeiro reconhecimento. E, à medida que vai dizendo e trocando com outros dizeres, isso vai se ratificando.

Se fizermos uma transposição desta discussão para os termos brasileiros, podemos dizer que o que a GAM propõe e coloca em ato aproxima-se do que, na Saúde Coletiva, nomeia-se *Educação em Saúde*. O Ministério da Saúde a define como um

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006, apud FALKENBERG et al, 2014, p. 2)

A prática da educação em saúde se dá na interação entre os três principais segmentos que compõem o setor: trabalhadores, gestores e usuários. Contudo, na cotidiano, teoria e prática ainda se encontram distantes. O termo vem sendo usado desde o início do século XIX, quando eram realizadas práticas de medicina preventiva, a qual apresentava estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. O indivíduo era colocado como o responsável pela sua saúde. Algo que nos remete à noção de Educação Terapêutica de que falávamos logo acima. (FALKENBERG et al., 2014)

Na década de 60, contudo, momento em que a ditadura ameaçava a população, movimentos sociais como o Movimento da Educação Popular conduzido por Paulo Freire, começaram a influenciar o campo da educação em saúde incorporando a participação e o saber popular à área, dando origem a processos educativos mais democráticos. Começou a falar-se então em educação popular em saúde. Ainda que



não digamos que a GAM seja *ipsis litteris* uma corrente deste movimento, ela é também por ele inspirada e se aproxima muito em termos da maneira como é conduzida.

Vale lembrar que, em muitos serviços, a expectativa em torno à GAM que encontramos em alguns serviços, ao apresentá-la como proposta a gestores e trabalhadores em saúde, era a da produção de algo muito aproximado à essa perspectiva de Educação Terapêutica: a ideia de que a GAM faria os usuários seguirem “à risca” o tratamento medicamentoso, motivando a tão repetida expressão “adesão ao tratamento”. Se assim o fosse (e por vezes, dependendo da condução dos grupos, isso pode acontecer), não estaríamos respeitando o princípio de autonomia tão caro à GAM, mas impondo ao sujeito uma maneira de conduzir sua vida. A Educação Terapêutica é, portanto, um risco/um viés do trabalho com a GAM, mas não sua proposta primeira. O sujeito da experiência, nesse caso, passaria longe de ser o preconizado sujeito *ex-posto* de que falávamos acima.

Sobre este tema, em artigo publicado por Silveira e Moraes (2018), as autoras relatam um interessante aprendizado possível a partir do encontro com o professor e pesquisador Emerson Mehry que parece trazer em poucas e certas palavras, muito do que abordamos até aqui:

Numa palestra que organizamos na UFRJ em 2015, com o prof. Emerson Merhy, perguntei-lhe sobre o que ele pensava que era preciso mudar na formação acadêmica desses que seriam/serão possíveis trabalhadores da saúde mental. Ele respondeu que é preciso acabar com a formação tal como ela ainda acontece hoje, essa que nos enche de conteúdos que pensamos ser toda a nossa fortaleza. “É preciso formar profissionais fracos”, ele disse, no sentido de que, ao se encontrarem com os usuários, não tomem os saberes aprendidos como certezas tão grandes que os impeçam de entrar em relação com o usuário”. (SILVEIRA e MORAES, 2018, p. 149)

## 4. CAPÍTULO TRÊS

### Experiências (de)coloniais: quando o invisível também mostra

#### 4.1. Falando de invisibilidades

Chegamos ao terceiro e último capítulo desta tese. Tomamos os quase trinta artigos publicados entre 2011 e 2018 sobre a estratégia GAM no Brasil como nosso campo de leitura e investigação, utilizando a experiência como noção articuladora de nossas reflexões. Ocupamo-nos de mostrar onde e como ela aparece, bem como de ampliar a discussão sobre como se dá seu acesso e quem é seu sujeito. Compreendemos que a GAM permite diferentes formas de acesso à experiência do sujeito com ela envolvido, dependendo do segmento a que pertence; ao mesmo tempo em que todas elas, ao fim e ao cabo, estão imbricadas e produzem-se mutuamente.

Ao finalizar estas análises, contudo, convoca-nos ao pensamento a constatação de que há algo aí que pouco apareceu, mas em cuja invisibilidade imaginamos haver muito a enxergar. Há algo dessa experiência que se dá no encontro entre usuários/as, trabalhadores/as e acadêmicos/as do campo da saúde mental que ainda não ganhou espaço entre as publicações em questão.

Esta tese é uma contribuição bastante específica às pesquisas relacionadas ao tema da *GAM no Brasil* e, até aqui, nossa busca colocou em evidência e analisou dados já explícitos num conjunto de publicações. Nosso papel esteve em agregar nosso olhar crítico e singular com vistas à noção de experiência e o que daí tínhamos a discutir. Em nossa escrita, demos a devida ênfase à *GAM*, mas, para torná-la completa, entendemos fundamental tratar ainda de algumas particularidades sobre *o Brasil*.

Grande parte das pessoas que frequentam os serviços públicos de saúde mental no Brasil apresentam baixo nível de escolaridade, sendo esta uma das consequências de um país onde a desigualdade social é um traço fundamental. Isso acarreta um hiato importante de entendimento nos diálogos entre trabalhador e usuário. O primeiro pode supor não valer a pena fornecer explicações mais aprofundadas a respeito da medicação prescrita e demais procedimentos do tratamento; enquanto o segundo pode nem se interessar por compreender algo que se distancia tanto de suas temáticas

cotidianas. Para o/a profissional, em especial se prescritor/a<sup>43</sup>, o interesse está em que o/a paciente siga à risca o que lhe foi prescrito. Para o segundo, interessa aliviar seus sintomas, não importando conhecer detalhes sobre os meios pelos quais o faz. Contudo, não só a escolaridade se destaca como diferença a ser considerada neste trabalho de transposição de uma ferramenta quebequense para o contexto brasileiro, mas questões econômicas, culturais, raciais e de gênero precisariam ser consideradas se nos propomos a trabalhar sobre a noção de experiência. Haveria uma experiência genuinamente brasileira, tratando-se, afinal, de um país tão peculiar e ao mesmo tempo tão múltiplo?

Os registros da história da saúde mental no Brasil mostram que os hospícios eram (por vezes continuam sendo, já que nem todos foram extintos até o momento) espaços com lugares bem definidos para pacientes e profissionais, e que a cor estava do lado das pessoas internadas. Encontramos no livro de Daniela Arbex (2013), intitulado *O Holocausto Brasileiro*, um relato forte e dolorido sobre a forma desumana com que eram tratadas estas pessoas no hospício de Barbacena, no estado de Minas Gerais. As imagens que aparecem no livro - fotos documentais do período - evidenciam tanto as condições de precariedade a que ficavam submetidas, quanto a presença massiva de pretos/as e pardos/as<sup>44</sup> ali confinados.

Há algum tempo, e ganhando espaço de forma lenta e gradual no meio acadêmico brasileiro, está a discussão sobre o racismo e seus efeitos na produção de subjetividade de nossa população. Júlia Dutra de Carvalho (2018), colega participante de nosso grupo de pesquisa na UFRGS, aponta em sua tese recentemente defendida a ainda incipiente inserção da literatura decolonial na psicologia, seja no campo das pesquisas, seja na própria formação dos psicólogos desde a graduação. Dentre as diferentes categorias profissionais que compõem o campo da saúde mental, a psicologia é a única a ter uma resolução (nº18 de 2002) e referências técnicas de atuação publicadas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013), as quais têm como objetivo orientar o profissional sobre como proceder em questões ligadas às

---

<sup>43</sup> Nossa afirmação merece algumas ressalvas. Sabemos que o lugar do prescritor se diferencia dos demais profissionais exatamente em função da sua possibilidade resguardada de poder prescrever. No entanto, esta vontade de ver o usuário seguindo à risca as prescrições, sejam elas de medicamentos ou mesmo de atividades a serem realizadas nos serviços - como oficinas, por exemplo, pode muito bem ser estendida aos demais membros da equipe.

<sup>44</sup> Esta caracterização se baseia nos critérios do IBGE que definem a população negra como composta por pessoas pretas e pardas.

relações étnico-raciais. Ainda assim, muitos/as profissionais continuam desconhecendo os efeitos nefastos do racismo estrutural, aceitando sem críticas o mito brasileiro da democracia racial.

Fazemos uma aposta ética de que precisamos colocar esta temática na pauta e considerá-la ao realizarmos pesquisa no campo da saúde mental. Nós nos utilizaremos deste último capítulo para fazer jus a esta proposição, não restrita à psicologia, mas ampliada ao campo da saúde coletiva, onde está inserida a GAM em nosso país<sup>45</sup>.

Nossa pesquisa analisa produções acadêmicas realizadas nos serviços públicos de saúde no Brasil, país onde mais de 54% da população é negra<sup>46</sup> e onde é esta maioria quem mais acessa tais serviços. Os dados mais recentes<sup>47</sup> (SEPPPIR, 2011) mostram que em torno de 70% da população que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) se autodeclara de cor preta ou parda, classificados, portanto, como população negra. É, no mínimo, incoerente que a experiência deste público encontre um lugar tão restrito em meio às políticas públicas.

Mesmo que insuficientes, são vários os avanços alcançados a este respeito no campo da Política Pública de Saúde, em especial na construção de legislação e de materiais escritos. Um marco importante é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, a qual tem por finalidade a desconstrução do racismo institucional no SUS, além da inclusão de práticas de cura de matriz afro-brasileira junto aos seus serviços. Lançada em 2009, pela Portaria nº 992:

A Política nacional de Saúde integral da População negra (PnSiPn) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. (Brasil, 2013, p. 5)

Os estudos e o trabalho clínico têm mostrado que as marcas do racismo, ainda que silenciosas, silenciadas e por vezes dissimuladas, estão presentes e são

---

<sup>45</sup> Ao longo de nossas leituras e pesquisas a respeito das relações étnico-raciais no Brasil, foi muito mais no campo da Sociologia que encontramos bibliografia sobre o tema, se comparado ao campo da Psicologia.

<sup>46</sup> Dados do IBGE referentes ao ano de 2016. Disponível em : <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acesso em 16 de junho de 2019.

<sup>47</sup> Estes dados estão no curso de ensino a distância sobre saúde da população negra promovido pelo Ministério da Saúde e Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), disponível em <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45294>, acesso em junho de 2019.

significativas na maneira como brasileiras e brasileiros se relacionam entre si (CARONE & BENTO, 2014; KON, SILVA, ABUD, 2017). Se estamos abordando os quase dez anos de trabalho que se realizou por meio do encontro da saúde pública brasileira com universidades também públicas, reiteramos ser uma função ética colocar na pauta esta discussão.

Durante a apresentação desta tese para a Banca de Qualificação, em agosto de 2018, a proposta de agregar o pensamento decolonial na discussão foi vista com surpresa e interesse pelas professoras que compunham a banca. Ao mesmo tempo, entendeu-se ser algo pouco viável, dado o tempo de trabalho ainda previsto para a pesquisa e a apresentação da tese, a qual deveria ser defendida no prazo de um ano. A banca cogitou a necessidade de um novo trabalho de campo para a produção de dados, uma vez que, no trabalho realizado com a GAM até o momento, não se havia dado tal enfoque. Mesmo concordando com estes apontamentos, optamos por sustentar a abordagem decolonial, entendendo que teríamos elementos suficientes e que mesmo a falta deles poderia ser tomada como componente da tese e elemento de análise. Acreditamos que abrir esta discussão inadiável é também uma forma de nos posicionarmos e reagirmos frente a este (in)cômodo silenciamento.

Fomos buscar subsídios teóricos que consideram e problematizam a herança histórica brasileira de uma cultura escravagista de subalternidade da população negra na sua relação com os brancos. Queríamos exercitar outras formas de escrever e de analisar nossos dados, colocando em evidência autores/as ainda pouco conhecidos/as, se comparados à literatura eurocêntrica que vem nos acompanhando junto à psicologia, desde a entrada na graduação, no ano de 2003, mas também na construção desta tese que, até o momento, teve a companhia dos europeus para orientar as ideias e produzir reflexões.

#### **4.2. O que (não) se viu na GAM brasileira - sobre relações raciais e subalternidade**

Durante os dez anos de intervenção da estratégia GAM no Brasil, pudemos observar algumas divisões que se repetiram: os acadêmicos/as/pesquisadores/as e trabalhadores/as participantes da pesquisa, salvo exceções, eram (são) na sua maioria, brancos/as. Já entre usuários/as e familiares participantes, sempre houve uma maior mistura de cores, com um número significativo de negras e negros presente. Esta não é uma exclusividade do que se passou com a estratégia GAM no país, mas sim o

cenário comum no campo da saúde coletiva: brancos e brancas com nível superior se ocupando do cuidado de negros e negras pouco escolarizados. O hiato experiencial entre esses dois grupos é, de partida, enorme.

O debate sobre a política de cotas para a entrada de negros e negras no sistema de ensino superior é relativamente recente, sendo apenas depois dos anos 2000 que legislações sobre as políticas afirmativas começaram a ser escritas e aprovadas. E, mesmo depois de quase dez anos da aprovação da lei federal garantidora das cotas – *Lei 12.711 de 2012, que dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências*, o debate volta à tona com posições contrárias manifestadas, inclusive, pelo governo federal recentemente eleito. Dois anos antes fora publicada a *Lei 12.288 de 2010, que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial*, destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica.

Como consequência, de alguns anos pra cá, o cenário nas universidades brasileiras se transformou. Jovens provenientes de classes sociais menos abastadas, negros/as e indígenas adentraram as portas das instituições de ensino superior, e, decorrentes de sua presença, novos tensionamentos vêm se fazendo visíveis, assim como novas ideias e problematizações. Nesta direção, modificações apareceram na literatura científica a ser consultada, começando a ganhar espaço o pensamento decolonial, o qual

objetiva problematizar a manutenção das condições colonizadas da epistemologia, buscando a emancipação absoluta de todos os tipos de opressão e dominação, ao articular interdisciplinarmente cultura, política e economia de maneira a construir um campo totalmente inovador de pensamento que privilegie os elementos epistêmicos locais em detrimento dos legados impostos pela situação colonial. (REIS e ANDRADE, 2018, p.3)

Estas referências inovam e ao mesmo tempo questionam nossa maneira de pensar o campo das relações que até então privilegiavam o pensamento de autores europeus, mantendo a hegemonia destas referências e destes mesmos lugares de fala. Mesmo esta tese tem seus dois primeiros capítulos sustentados nesses saberes. As produções sobre a GAM deste período estão também neles amparadas.

Não queremos invalidar tal produção, mas ampliar perspectivas e produzir

questões a partir de outros referenciais que entendemos indispensáveis, haja vista o que apresentamos até aqui.

Desta forma, defendemos este terceiro e último capítulo não como um corte ou ruptura, mas como uma continuação a partir de um percurso que se fez/faz necessário para a pesquisadora<sup>48</sup> e para a pesquisa. Este capítulo, assim como as medidas afirmativas, não dá conta de garantir o lugar primordial que esta discussão merece, mas é uma tentativa de amenizar seus efeitos nocivos de silenciamento. Manter discussões mais explícitas sobre as questões raciais e as desigualdades sociais no Brasil pode favorecer a transformação do lugar de brancos/as e negros/as, simultaneamente. Em relação aos primeiros, de forma a favorecer um olhar crítico à (nossa) posição privilegiada que ocupam(os) na sociedade; em relação aos segundos, fortalecendo sua atuação emancipatória na conquista de direitos.

Nos artigos produzidos até 2018 pela GAM brasileira não há menção direta à discussão decolonial ou a seus autores e autoras. Não são abordadas questões étnico-raciais e seus efeitos na experiência dos sujeitos no campo da saúde mental. No entanto, podemos encontrar nuances deste tema no debate sobre as adaptações necessárias do material canadense para sua transformação no Guia GAM brasileiro. Durante os encontros realizados entre os dois países, em especial durante as videoconferências e mesmo na viagem realizada por um grupo de brasileiros e brasileiras ao Canadá no ano de 2015, houve relatos da estranheza que o material brasileiro produzira entre os/as quebequenses, os/as quais tinham dificuldades em reconhecê-lo como uma ramificação de seu trabalho.

O processo de adaptação do instrumento fez aparecer diferenças nas concepções de autonomia e de gestão nos diferentes países, forçando uma inflexão estratégica adequada ao contexto brasileiro. O sistema de saúde do Canadá, em sua tentativa de garantir o acesso dos usuários, optou, não por construir uma rede de serviços públicos, mas por credenciar médicos privados como forma de compor com a categoria médica (Campos, 2007). Já no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde é concebida como um direito a ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas. Também os modos de organização da saúde mental em cada país são distintos. A reforma psiquiátrica brasileira (RPB),

---

<sup>48</sup> A experiência de mudar de país e se tornar pela primeira vez “uma estrangeira”, desterritorializou a pesquisadora. Nesta travessia, ela experimentou, pela primeira vez situações de preconceito, estando do lado daquele que o sofria. Ser brasileira, na França pode estar longe de significar o mesmo que ser negra no Brasil; mas foi suficiente para fazê-la repensar o lugar que as discussões sobre racismo e preconceito merecem ocupar no seio da sociedade.

pautada na ideia de cidadania do usuários e de um cuidado em liberdade nos territórios, configura uma política voltada à criação e manutenção, pelo Estado, de serviços substitutivos ao modelo asilar. No Quebec/Canadá, o modelo asilar é combatido por movimentos exteriores à máquina estatal, os quais passam a fomentar a criação de serviços alternativos àqueles oferecidos pelo Estado. Assim, à diferença do Quebec, onde a estratégia GAM foi desenvolvida a partir de movimentos sociais, a experiência brasileira realizou-se na relação entre Universidade e serviços da rede pública de saúde mental. (PASSOS et al., 2013, p. 25)

Nos artigos, e em todas as demais produções GAM conhecidas até o momento, nomeamos - sem titubeio - *a experiência GAM brasileira*, mesmo sabendo, desde o início da empreitada, que estávamos trabalhando com um território tão vasto quanto múltiplo em termos populacionais e culturais e que o estudo não daria conta de abranger uma “totalidade brasileira”.

A GAM chegou ao Brasil pelas regiões Sudeste e Sul do país. Esta última, em especial, em quase nada pode ser comparada às regiões Norte e Nordeste, quando se fala de indicadores sociodemográficos e da própria cultura local. Se começarmos pela composição da população, considerando o indicador raça/cor, o percentual de brancos/as na Região Sul era de 76,8% em 2016, enquanto na região Norte o percentual de negros/as (preto/as e pardos/as) era de 79,3%<sup>49</sup>. Em termos climáticos, temos no Norte e Nordeste muito do famoso “Brasil tropical”, com temperaturas mais estáveis, quente e úmido durante todo o ano; já no sul, as variações são maiores, chega-se a falar na “estética do frio”<sup>50</sup>, e as formas de vestir ganham outras nuances. A culinária também é muito diferenciada entre as regiões, caracterizando-se no Norte e Nordeste por pratos mais apimentados ou “quentes”, como costumam ser chamados por seus conterrâneos, ainda que o feijão preto apareça de norte a sul. Os ritmos, a poesia, a dança, a própria língua portuguesa... A multiplicidade é grande no vasto território brasileiro. A GAM estava atenta a isto quando deu início aos trabalhos, como podemos ver no parágrafo de um dos primeiros artigos publicados:

Por se tratar de um estudo qualitativo, identificamos alguns limitadores: a ausência de experiências semelhantes a este estudo multicêntrico, no Brasil, e a impossibilidade de incluir um campo

<sup>49</sup> Dados do IBGE, disponíveis em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>

<sup>50</sup> O autor e compositor gaúcho Vítor Ramil escreve sobre particularidades do território do sul do Brasil em suas músicas, mas também em uma conferência com esse título, que realiza em terras europeias. Disponível em: [http://www.vitorramil.com.br/textos/Vitor\\_Ramil\\_-\\_A\\_Estetica\\_do\\_Frio.pdf](http://www.vitorramil.com.br/textos/Vitor_Ramil_-_A_Estetica_do_Frio.pdf)



na região norte/nordeste, para abranger as diferenças locorregionais, políticas e culturais que compõem a pluralidade do território brasileiro. (ONOCKO CAMPOS et al., 2012, p. 983)

Contudo, até o momento, não houve quem se dedicasse a aprofundar estas questões. Há uma experiência relatada em artigo também de 2012, ocorrida no Ceará, estado da região Nordeste do Brasil (JORGE et al., 2012). Ainda assim, neste texto não se faz referência a especificidades regionais nos resultados e conclusões apresentados.

Outros quatro artigos publicados entre 2013 e 2018 vão fazer menção a particularidades do território, da história e da população brasileira. O primeiro, que conta o processo de produção do Guia GAM-BR, vai apontar, por exemplo (lembrando que o paralelo em questão é com a GAM do Quebec):

[...] A adaptação buscou contemplar o contexto brasileiro da saúde mental (referido ao movimento da Reforma Psiquiátrica e ao Sistema Único de Saúde) e, em especial, os direitos dos usuários dos serviços de saúde e saúde mental no Brasil. Também cuidou de incluir recortes de falas de usuários brasileiros a respeito da experiência com a medicação (Onocko Campos, 2012), no lugar dos depoimentos de usuários canadenses. E, finalmente, tratou de modificar integralmente o teor da segunda parte do Guia canadense, o qual orientava a reduzir ou interromper o uso do medicamento. **Entre outras razões, percebeu-se que essa temática não fazia questão para os usuários brasileiros. Pelo contrário, usuários participantes dessa etapa da pesquisa salientavam que o acesso aos medicamentos era o que se lhes apresentava como crucial, e manifestavam o anseio de mais diálogo com seus médicos e maior esclarecimento sobre o porquê da medicação. Assim, a versão brasileira preliminar do Guia (GGAM) deslocou o foco da retirada ou redução do remédio, para o da negociação, e a segunda parte do Guia foi reescrita, visando o incremento da participação do usuário na gestão do seu tratamento.** (ONOCKO CAMPOS et al., 2013, p. 978 grifo nosso)

Em relação ao que se experienciava no Canadá, as demandas dos usuários e usuárias do Brasil remontavam a algo anterior, a um processo que antecede uma discussão crítica sobre o uso (ou o não-uso) de medicamentos. O acesso a eles – algo da ordem da garantia básica do direito à saúde e à dignidade humana – no Brasil coloca-se como incerto, o que por si só pode funcionar como motor de angústia para pessoas em grave situação de sofrimento psíquico.

É de 2009 a publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>51</sup>, mais uma ferramenta que vem a público para reafirmar o lugar que todo/a cidadão/a brasileiro/a deveria ter garantido como sujeito de direitos, como aparece na Constituição de 1988:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2011, p.3-4)

Todos os cidadãos brasileiros, homens e mulheres, têm direito ao acesso à saúde, e isto é um avanço civilizatório em um país que começa a sua “história oficial” como colônia de exploração europeia no século XVI. Contudo, ao evocarmos os seis princípios presentes na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – tão óbvios à primeira vista – lembramos que estamos em um campo complexo, e que não basta a publicação de uma lei para que ela se torne ação. Há sempre muito trabalho e muita resistência.

Aprendemos com Annemarie Moll (2008; PALOMBINI et al., 2019, no prelo) que garantir autonomia para os usuários e usuárias pode ser bem mais complexo do que se imagina, em função de todo o contexto já construído e, por vezes, bastante sólido. Segundo a autora, para permitir ao sujeito escolher, é necessário que ele/ela tenha opções, efetivamente. Ela escreve sobre as duas diferentes lógicas presentes nas práticas de cuidado, tomando como pano de fundo da discussão o trabalho com pessoas que vivem com diabetes. A primeira lógica estaria pautada na escolha, e a segunda, no cuidado. Na primeira, podemos tomar como exemplo esta ideia de que o usuário pode decidir de fato, como uma escolha pessoal, se ele quer ou não fazer uso

---

<sup>51</sup> Disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf), acesso em 23 de junho de 2019

de um medicamento quando este lhe é oferecido. Contudo, esse tipo de escolha pode levar o sujeito a ficar sozinho, sem o acompanhamento do serviço, já que “escolheu” não seguir as orientações da equipe. Há um engodo nessa perspectiva de liberdade individual, com a possibilidade de produção de uma ameaça velada ao cidadão/ã.

Já a lógica do cuidado estaria em realmente garantir aos usuários e usuárias a opção por um acompanhamento que lhe conviesse, considerando todas as possibilidades e riscos implicados, estando a equipe sempre junto, dando suporte a tal escolha com tudo que lhe fosse consequente. Nesta lógica, a equipe se afastaria da possibilidade de produzir uma ameaça velada ao cidadão/ã, estando seus limites, assim como os dos usuários e usuárias, implicados na equação.

Ainda que a autora parta da conjuntura da diabetes e de pesquisas realizadas no hemisfério norte, esta concepção das duas lógicas se mostra fértil para refletirmos também sobre o campo da saúde mental brasileira. Com a GAM, pudemos constatar que a participação e a possibilidade dos usuários e usuárias de negociarem seus tratamentos junto aos profissionais que lhes acompanham nos serviços é algo ainda em processo de construção.

Há ainda outras pistas que apontam para a distância abissal existente entre os contextos brasileiro e canadense e a necessidade, portanto, de transformação das ferramentas para o uso da estratégia GAM no Brasil:

De modo geral, a versão final [do Guia GAM-BR] acolheu sugestões de acréscimos e alterações, **simplificação de frases e palavras e formulação de perguntas abertas** - a fim de permitir que os usuários viessem a expressar o saber próprio à sua experiência e que, com o aporte das informações pertinentes, se estabelecessem trocas e reflexões entre os participantes de um grupo de intervenção com uso do guia. (ONOCKO CAMPOS et al., 2013, p. 979 grifo nosso)

A versão final do GGAM-BR também requereu uma **importante adaptação da estrutura escrita, valorizando-se frases curtas e simples, de fácil compreensão**. Esse aspecto ressalta a **distância entre usuários canadenses e brasileiros no que toca ao perfil educacional**. (ONOCKO CAMPOS et al., 2013, p. 979 grifo nosso)

Estes fragmentos trazem mais indícios de nossa herança colonial, mostrando a realidade de um país onde grande parte da população carece de educação e cujos usuários e usuárias da saúde mental se encontram em condição de maior precariedade se comparados a nações do hemisfério norte. O reconhecimento por parte dos usuários

e usuárias brasileiros de seu lugar de cidadão e sujeito de direitos se mostrou uma questão um tanto mais nevrálgica do que se fazia para os usuários do Quebec:

Chamou atenção a necessidade de **adaptação cultural, em especial com respeito a três aspectos: os direitos cidadãos, o impacto da medicação nas relações amorosas e sexuais, e o acesso ao trabalho e à geração de renda.** Em relação ao primeiro aspecto, o **não-reconhecimento de si como sujeito de direitos exigiu maior detalhamento, para os usuários brasileiros, daquilo que se configurava como seu direito no contexto do tratamento, desde, por exemplo, o direito de acesso à bula do medicamento que lhe era ministrado até o direito de recusa do tratamento proposto.** Quanto ao segundo e terceiro aspectos, os usuários brasileiros insistiram na importância desses temas (relacionamento amoroso e/ou sexual e trabalho ou geração de renda) e de sua inclusão de forma destacada no Guia, na medida mesma em que o adoecimento e a medicação lhes privavam da possibilidade de exercício pleno desses aspectos da vida. Em relação ao trabalho, valorizavam não somente a perspectiva de ganho financeiro, mas a experiência de se sentirem úteis. Com respeito aos relacionamentos, levavam em conta tanto a sua dimensão afetiva e duradoura quanto as condições para um desempenho sexual satisfatório. (ONOCKO CAMPOS et al., 2013, p. 979 grifo nosso)

Relações amorosas, vida sexual, trabalho e geração de renda aparecem como temas caros ao usuário/a brasileiro/a se comparados aos usuários/as canadenses. Os dois primeiros falam de algo relacional, mas também íntimo. Quanto ao trabalho, também se trata de algo que acontece na relação com os outros, afinal sentir-se útil normalmente envolve alguém mais além de si mesmo. Todas as temáticas se mostraram importantes de serem discutidas numa abordagem em relação a uma falta ou privação. Numa sociedade desigual, faltam oportunidades para todos, mas elas se agudizam e são ainda menores para aqueles que, de alguma maneira, “estão fora dos padrões desejáveis”.

Também publicado em 2013, um artigo discute a relação entre a prática clínica e a experiência de participação na pesquisa em saúde mental, tomando a GAM como campo. Afirma-se que a pesquisa em saúde deve se sintonizar com a diretriz inclusiva e participativa do SUS, de modo que o/a usuário/a seja cidadão/ã de direitos também no contexto das pesquisas. (PASSOS, PALOMBINI e ONOCKO CAMPOS, 2013). Uma narrativa que aí aparece nos chama a atenção:

Na primeira viagem que levou usuários do estado do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul para o Seminário Internacional ARUCI, em Campinas, um desses usuários, que nunca havia entrado em um

avião, falou-nos de sua expectativa de que, quando o avião decolasse, as vozes que invariavelmente o acompanhavam permanecessem no solo enquanto ele voava. Seria sua chance de ver-se livre delas, que remédio algum havia feito cessar. Não se passou muito tempo, porém, para constatar, desolado, que elas permaneciam com ele, em pleno voo. Dividiu sua desolação com a psicóloga que participava dos grupos de intervenção GAM e que ia junto nessa viagem. **“Você acha que as vozes iam perder a oportunidade de viajar de avião?”**, brincou a psicóloga. Ele teve que se confrontar com o fato de que as vozes não eram destacáveis da sua existência, o que não era sem consequências para a clínica. (PASSOS, PALOMBINI e ONOCKO CAMPOS, 2013, p. 11 grifo nosso)

O interesse deste parágrafo no artigo é abordar a clínica que implicava todos/as os/as participantes da GAM nos mais diversos momentos de trabalho durante todo o desenrolar da pesquisa; contudo, o nosso grifo quer apontar para o contexto social em que a pesquisa se insere e para o qual ela também dá visibilidade. Mesmo que indiretamente, a conversa narrada toca na temática dos privilégios. Nela, uma intervenção clínica é realizada por meio de uma brincadeira - ou de um chiste, como proporia Freud (2017[1905]). Tal ato compreende a graça de delatar o quanto uma camada da população em nosso país tem acesso a viagens de avião, enquanto outras estão muito distantes de poder fazê-lo, dado o seu alto custo. Os usuários e usuárias participantes do Comitê Cidadão obtiveram, graças à sua conexão com a pesquisa, acesso a inúmeros recursos que, normalmente, não lhes seria dado ter. Mais além – ou possivelmente mais aquém – da possibilidade de mudanças quanto à sua posição subjetiva nos seus tratamentos, os usuários e as usuárias experimentaram situações incomuns para uma grande parcela da população brasileira composta pelos menos abastados e, dentre estes, como já dissemos, a população negra.

Outra situação que nos leva a abordar estas marcas da desigualdade experimentadas via GAM está na dificuldade que se encontrou para a publicação de um artigo escrito a vinte e sete mãos, que incluiu usuários/as, acadêmicos/as e trabalhadores/as num processo complexo de autoria e cogestão. Referimo-nos a esse artigo no primeiro capítulo da tese (p.45) e aqui retornamos a ele para discutir o lugar da experiência da escrita com a contribuição das ideias de Conceição Evaristo – professora e escritora negra nascida em Minas Gerais, que construiu sua carreira profissional no Rio de Janeiro e cuja produção vai abordar, principalmente, a força da escrita, da cultura afro-brasileira e da mulher negra.

Em maio de 2015<sup>52</sup>, em depoimento gravado durante o evento Escritora-Leitora, no Itaú Cultural, em São Paulo/SP, Conceição Evaristo fala sobre o reconhecimento (ou não) dos escritores negros brasileiros, homens e mulheres, lembrando heranças da colonização, onde a colônia precisa da validação estrangeira:

[...]A coisa funciona mais ou menos como um círculo vicioso e cruel até, porque é quase que é preciso... por exemplo, os escritores negros brasileiros ficaram conhecidos primeiramente muito mais fora do que aqui. Por exemplo: a minha ida em Paris me deu uma visibilidade não só em Paris, mas dentro do próprio território brasileiro. Então parece que é preciso que o de fora valorize, pra os de casa reconhecerem. (EVARISTO, 2015, min 12-13)

Quando nos reportamos à publicação do artigo GAM escrito em parceria entre usuários e acadêmicos (alguns destes também trabalhadores), podemos traçar um paralelo com o que fala Evaristo ao tratar do reconhecimento do lugar de autoria para aqueles que, a priori ou oficialmente, estão destituídos de um lugar de saber (os usuários). Na GAM, após um complexo trabalho de escrita conjunta, a submissão do artigo acontece, mas a efetivação de sua publicação torna-se algo complicado, dadas as várias características singulares do texto, a começar pelo grande número de autores e autoras. É uma escrita sensível, que vai elucidar todo um processo de construção de uma pesquisa que se fez em parceria e que vai contar como tudo aconteceu, numa versão que é também dos usuários e usuárias – aí está o ineditismo. Uma escrita em primeira pessoa<sup>53</sup>, encarnada. Há já na abertura do texto uma menção à diversidade brasileira, quando os autores contam sobre os primeiros passos da parceria com o Canadá e da aprovação de uma proposta a ser financiada que buscava a participação efetiva de usuários e usuárias no seu conjunto:

Com a aprovação [da proposta à agência canadense], outros usuários (Beth, Júlio, Sandra e Larry) de outras regiões do País (Sudeste e Sul) somaram-se às nossas reuniões multicêntricas, enriquecendo nossa diversidade: de gênero e cultura. (FLORES et al., 2015, p. 259)

Na sequência, uma afirmação sobre o ineditismo de tal proposta:

---

<sup>52</sup> Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=dHAaZQPIF8I>

<sup>53</sup> Trata-se da primeira pessoa do plural (nós), o que se considera uma conquista, dado que muito do tempo de trabalho da escrita do artigo foi investido em chegar a essa elaboração de uma (ou múltiplas) primeira pessoa do plural.

Esse processo foi fundamental e fundador de uma experiência rara no Brasil, que nos abriu para uma prática científico-política por nós até então desconhecida: a de definir perguntas de investigação juntos, usuários e pesquisadores. Perceba, leitor, que isso pouco ocorre: quem define as perguntas quase sempre são os pesquisadores, ou, às vezes, a influência dos financiadores que predefinem algumas temáticas de Editais de Pesquisa. (FLORES et al., 2015, p. 259)

O que segue é um texto que vai contar essa experiência com a marca da oralidade em sua construção, permitindo ao leitor um mergulho num processo que envolve subjetividade, que fala do encontro com o outro e das transformações subjetivas que aí podem acontecer, uma real experiência de escrita grupal.

Encontramos neste artigo um paralelo com o que Conceição Evaristo vai nomear *Escrevivências*, sua forma particular de escrita e resistência. Buscando evitar qualquer sobreposição de conceitos ou ideias, vamos passo-a-passo trazer nossa explicação.

Primeiramente, sabemos que a escrita de Evaristo é singular, diz respeito ao lugar de fala da mulher e, mais particularmente, da mulher afro-brasileira. Entendemos que sua forma de escrever é única e intransponível; queremos é propor algumas convergências entre suas *escrevivências* e aquilo que encontramos na produção escrita GAM, ao entender que esta noção traz contiguidades com a noção de experiência que trabalhamos nesta tese.

É especialmente em relação ao usuário e à usuária da saúde mental que encontramos aproximações possíveis com o que propõe Evaristo, ainda que este nem sempre seja negro ou negra (mas, como já mostramos, a grande maioria da população que frequenta os serviços do SUS se autodeclara preta ou parda). A posição de subalternidade, a qual Evaristo denuncia e faz frente, é frequentemente ocupada pelos usuários e usuárias da saúde mental no Brasil. Quando se trata de um usuário da saúde mental negro, esta condição pode se intensificar, tornar-se “ao quadrado”. Mais ainda, se ele for uma mulher e/ou pertencer à comunidade LGBTTTQI e/ou pertencer a uma classe popular. A cada um desses “qualitativos”, há uma agudização dos efeitos de subalternidade; eles constituem desafios adicionais de acesso aos direitos, como nos propõe a interseccionalidade<sup>54, 55</sup>.

---

<sup>54</sup> A interseccionalidade (ou teoria interseccional) é o estudo sobre a sobreposição ou intersecção de identidades sociais e sistemas relacionados de opressão, dominação ou discriminação. A teoria sugere e procura examinar como diferentes categorias biológicas, sociais e culturais, tais como gênero, raça, classe, capacidade, orientação sexual, religião, casta, idade e outros eixos de identidade interagem em

Um dos artigos traz duas passagens onde esta posição de subalternidade ocupada pelos usuários e usuárias aparece. Nelas fica evidente o quanto reconhecer-se enquanto sujeito de direitos está longe de ser algo simples para usuários e usuárias e que intervir em relações de privilégio pode ser extremamente difícil:

As narrativas expressaram o desejo de conhecer melhor e participar mais ativamente do tratamento proposto ao seu familiar. Os familiares ressentiam-se da ausência de espaços de escuta e de compartilhamento de decisões. **Consideraram que a proximidade entre equipe, usuários e família inibia eventuais reclamações por parte dos familiares quanto aos cuidados despendidos, pois esse cuidado era visto como um favor, não como um direito, o que se pode reportar a um tipo de vínculo, de caráter paternalista, comum na sociedade brasileira.** (ONOCKO CAMPOS et al., 2012 p. 981 grifo nosso)

Houve consenso sobre a importância de **a tomada de decisões do serviço ser construída com a participação dos membros da equipe, embora sem referência a uma participação efetiva dos usuários e de seus familiares.** Nesse sentido, **reconheceram-se tão somente aqueles direitos dos usuários que não geram grandes confrontos com a equipe: o acesso aos serviços é um direito; a recusa à medicação, nem sempre.** (ONOCKO CAMPOS et al., 2012 p. 981 grifo nosso)

Uma autora que contribui com as discussões a respeito da condição de subalternidade é Gayatri Spivak, pensadora indiana que escreveu “Pode o subalterno falar?” (2010). Spivak faz parte do grupo de autoras feministas decoloniais. Nesta obra, ela questiona o uso pouco crítico da noção de subalterno, a qual costuma ser aplicada a todo e qualquer público marginalizado. Segundo Spivak, subalterno seria

---

níveis múltiplos e muitas vezes simultâneos. Carla Akotirene (2018) aponta que “a interseccionalidade pode ajudar a enxergarmos as opressões, combatê-las, reconhecendo que algumas opressões são mais dolorosas. Às vezes oprimimos, mas às vezes somos opressores” (p. 61).

<sup>55</sup> Danièle Kergoat e Helena Hirata, pesquisadoras no campo dos estudos sobre trabalho e gênero, tecem algumas críticas ao conceito de interseccionalidade: 1) a multiplicidade de pontos de entrada (casta, religião, região, etnia, nação etc., e não apenas raça, gênero, classe) leva a um perigo de fragmentação das práticas sociais e à dissolução da violência das relações sociais, com o risco de contribuir à sua reprodução; 2) não é certo que todos esses pontos remetem a relações sociais e talvez não seja o caso de colocá-los todos num mesmo plano; 3) os teóricos da interseccionalidade continuam a raciocinar em termos de categorias e não de relações sociais, privilegiando uma ou outra categoria, como por exemplo a nação, a classe, a religião, o sexo, a casta etc., sem historicizá-las e por vezes não levando em conta as dimensões materiais da dominação (KERGOAT, 2012, p. 21-22 apud HIRATA, 2014). Hirata (2014, p.65-66) acrescenta que, o ponto essencial da crítica de Kergoat ao conceito é que tal categoria não parte das relações sociais fundamentais (sexo, classe, raça) em toda sua complexidade e dinâmica. E que haveria outra crítica, nem sempre explícita: a de que a análise interseccional coloca em jogo, em geral, mais o par gênero-raça, deixando a dimensão classe social em um plano menos visível.



aquele sujeito que não tem direito à voz, ou melhor, cuja voz não pode ser ouvida, fazendo valer a referência à relação que aí está colocada entre um ou mais sujeitos, não sendo suficiente apenas o “poder falar”, mas o encontro com um interlocutor interessado. O subalterno, portanto, diz de uma posição na sociedade. Para defender sua ideia, Spivak se baseia no pensamento de Marx, fazendo referência ao proletariado. A autora se contrapõe à ideia de unicidade de versão da história, defendendo que esta é geralmente a versão dos vencedores e que estes acabam produzindo uma violência epistêmica. Spivak nega, assim, todo essencialismo em relação à história e ao sujeito, afirmando que somos múltiplos e diferentes, sem uma referência única. Ela critica as proposições de Michel Foucault e Gilles Deleuze que aparecem no diálogo travado entre eles e publicado sob o título “Os intelectuais e o poder” (FOUCAULT, 2014), pois ali haveria uma condição eurocentrada da discussão que termina por desconsiderar todos os demais contextos, mesmo que indiretamente.

Neste sentido, portanto, do sujeito que não tem direito a voz, podemos dizer que os usuários da saúde mental são colocados/vistos/tomados com frequência nesta posição de subalternidade. Temos o processo de publicação do artigo a que nos referíamos logo acima como uma importante ilustração do que estamos propondo. Tal processo não está registado em nenhuma das publicações GAM, mas na memória de todas as pessoas que, à época, estavam com ele implicadas. O fato de ter sido escrito a tantas mãos já era, por si só, um empecilho à publicação, e a justificativa era de que a quantidade de autores para um único artigo em uma revista acadêmica prejudicaria o conceito científico da revista. A sugestão da editora da primeira revista a que se buscou submissão foi a de que se mantivesse como autores apenas os pesquisadores responsáveis, e que se colocasse em nota de rodapé, no texto do artigo, um agradecimento a todos os demais autores. No entanto, esta não era uma solução condizente com os propósitos da GAM e do trabalho que vinha sendo desenvolvido. A partir desta primeira recusa, buscamos uma revista alternativa. Conseguimos a aprovação de sua publicação em um caderno temático do Ministério da Saúde, organizado pelo Núcleo Técnico de Humanização, que tinha nesta edição o propósito de sistematizar experiências e debates sobre Reforma Psiquiátrica (RP) à época em curso no País. Ainda assim, enfrentamos dificuldades com as demandas burocráticas da publicação: todos os autores precisavam assinar a autorização para publicação, com reconhecimento de firma em cartório. Era uma condição impraticável dado o

grande número de usuários que compunham o grupo de autores e as particularidades que enfrentavam naquele momento, como por exemplo interações, tutelas e mesmo delírios persecutórios disparados por tal demanda. O tempo que se tinha não era suficiente para resolver a burocracia. Por conta das justificativas, os editores da revista modificaram a demanda, solicitando a autorização reconhecida em cartório apenas dos pesquisadores responsáveis. Nesta situação, restringir era ampliar.

Um segundo ponto que não entrou em consideração durante a submissão, mas que também poderia ser considerado minimamente uma questão na equação, em se tratando de publicações científicas, era o tom oralizado da escrita, que caracterizava um relato de experiência. Como já afirmado pela autora desta tese na companhia de outros dois colegas, em artigo aqui já mencionado “[ ]no campo contemporâneo das publicações científicas ainda se reproduz uma gradação de valor diferenciada para as pesquisas “propriamente ditas” e os “relatos de experiência” (CUNDA, ZANCHET, CHASSOT, 2017, p. 157). Estes últimos, seja em termos do peso atribuído na valorização de currículos, ou através da forma como são apresentados nas normas de publicação de periódicos, são relegados a uma posição de valor inferior.

O artigo que, para nós, integrantes da GAM, tinha um valor colossal - porque co-construído entre usuários e pesquisadores, e trazendo à tona, portanto, suas vozes - enfrentou alguns entraves para se fazer visível pela comunidade acadêmica. Indícios do quão pouco evidente é ainda proporcionar aos usuários espaços onde sejam escutados.

Após estas pequenas mas necessária digressões, voltemos à proposta de aproximar o que lemos neste artigo e a forma de escrita própria a Conceição Evaristo, a escrevivência. Começamos por defini-la, contando também com as contribuições de estudiosos da autora: "A nossa escrevivência não pode ser lida como histórias para 'ninar os da casa grande' e sim para incomodá-los em seus sonos injustos" (EVARISTO, 2007, p. 21). Nesta afirmativa, Evaristo mostra que sua forma de escrever traz um propósito, e ele é transformador; sua escrita é uma forma de resistência daqueles que foram colocados nessa posição de subalternidade. Suas narrativas trazem a experiência do negro brasileiro<sup>56</sup>, na grande maioria das vezes,

---

<sup>56</sup> Em trecho de entrevista dado ao jornal eletrônico Brasil de Fato, edição de 20 de novembro de 2018, Evaristo diz: “Tudo que escrevo, tanto do ponto de vista literário, quanto [meus] ensaios e pesquisas, são profundamente marcados pela minha condição de mulher negra na sociedade brasileira. Então eu procuro trazer no meu texto personagens, homens, mulheres, crianças, ambientes, posturas de vida,

mulheres. Com elas, busca combater o estereótipo da mulher negra com atributos negativos, muitos deles relacionados, por exemplo, à sexualidade: “*ah, a mulata brasileira...*”. Evaristo narra histórias de protagonistas negras onde evidencia sua força e resistência, fazendo frente a uma sociedade onde a branquitude<sup>57</sup> produz efeitos e reforça preconceitos continuamente.

A escrevivência é uma forma de narrativa que se utiliza da experiência do autor para viabilizar outras narrativas que dizem respeito à experiência coletiva de mulheres (SOARES e MACHADO, 2017). É neste sentido que a produção escrita da GAM, em especial na maneira como aparece neste artigo que estamos abordando, aproxima-se à escrevivência. Nele não se considera exclusivamente a experiência de mulheres, mas de sujeitos também subalternos que, desde sua experiência pessoal, escrevem e falam de uma experiência coletiva. A partir disso, transformam essa experiência, a produzem uma outra por meio da escrita. É o efeito das escrevivências que se aproxima do que foi a escrita coletiva nesse encontro entre usuários, acadêmicos e trabalhadores. Todos autores, todos pesquisadores, como podemos “escutar” de suas colocações:

Alguns de nós, usuários dos três estados envolvidos, colaboramos ativamente nas adaptações do guia canadense e na construção do guia brasileiro. Nos encontros da pesquisa, ocorria compartilhamento de saberes entre pesquisadores e usuários, onde todos nós experimentamos uma mudança de lugar e um exercício de coconstrução. No início do projeto, nós, usuários, éramos participantes da pesquisa e, ao longo do processo, tornamo-nos também pesquisadores, convidados a participar das reuniões na Universidade e a nos engajarmos em outros projetos com os acadêmicos. Hoje, no momento em que escrevemos, identificamos três modos de participação: os pesquisadores usuários, os colaboradores (usuários e profissionais) e os pesquisadores acadêmicos. (FLORES et al., 2015, p. 260)

### **4.3. Novas perspectivas, outras experiências**

No final de 2018, realizou-se o I Encontro Internacional da Gestão Autônoma

---

acontecimentos praticamente relacionados com a minha experiência enquanto mulher negra, nesse ambiente de corpos africanos escravizados no Brasil. Há toda uma herança histórica do povo negro presente no meu texto como memória, retomando alguns fatos, ou como acontecimentos do cotidiano.” Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/11/20/conceicao-evaristo-nao-leiam-so-minha-biografia-leiam-meus-textos/> Acesso em 19 de agosto de 2019.

<sup>57</sup> A branquitude é aqui entendida como um lugar estrutural de onde o sujeito branco vê os outros e a si mesmo; uma posição de poder confortável.

da Medicação<sup>58</sup>, evento que visou reunir a multiplicidade de experiências relativas ao uso da estratégia GAM que vem se desenvolvendo em diversos centros universitários e municípios do país. Nesse evento, as falas de algumas palestrantes voltaram-se também à discussão sobre a grande diversidade que encontramos no território brasileiro. Duas pesquisadoras/professoras que estão desenvolvendo suas atividades no nordeste brasileiro deram destaque a esta temática: Marília Silveira e Ana Karenina Arraes Amorim. Elas enfatizaram o quanto as particularidades do território onde se encontram trazem diferenças que questionam as primeiras pistas encontradas com a estratégia GAM nas pesquisas iniciais.

Na fala da primeira, temos o relato do encontro com um panorama onde a intervenção não poderia ainda ter lugar, dadas as tantas discussões que antecederiam a possibilidade de um trabalho em cogestão e que ainda não estavam em andamento. A própria Reforma Psiquiátrica se via ainda mais claudicante neste território em determinados aspectos. Portanto, uma entrada da GAM precisou se fazer de forma mais lenta e gradual que o previsto. Além disso, assim como um processo primeiro de tradução da versão canadense se fez necessário para a chegada do material nos serviços na primeira etapa da pesquisa, Marília Silveira percebeu a necessidade de “re-traduzir” as falas da GAM para o acesso de um público de outra região do país, a fim de que a GAM pudesse ser compreendida e reverberar. Ela fala em desconstrução e abertura para o novo encontro; fala portanto, de possibilidades de experiência, de travessias, do desconhecido.

Na fala de Ana Karenina Amorim, que refere estar ainda iniciando o trabalho com a GAM em terras potiguares, um dos primeiros apontamentos colocados foi o de que, após os primeiros encontros da pesquisa-intervenção iniciada no Rio Grande do Norte, o que emergiu foi a pergunta: “*Qual seria o nosso GAM*”?, referindo-se ao Guia GAM BR, de forma que se buscou construir uma nova ferramenta em formato fanzine. Entendeu-se importante o uso de ferramentas a partir da Educação Popular (rodas, tendas do conto, etc.), bem como o trabalho com a literatura de cordel<sup>59</sup>, tão

---

<sup>58</sup> As falas citadas podem ser assistidas nos links <https://farol.ufsm.br/transmissao/encontro-internacional-da-gestao-autonoma-da-medicacao-06122018-08h> e <https://farol.ufsm.br/transmissao/encontro-internacional-da-gestao-autonoma-da-medicacao-07122018-08h>

<sup>59</sup> Literatura de cordel também conhecida no Brasil como folheto, literatura popular em verso, ou simplesmente cordel é um gênero literário popular escrito frequentemente na forma rimada, originado

tradicional no Nordeste brasileiro. Na mesma direção do que trouxe Silveira, Amorim aponta que, a partir do que se pôde experienciar com a GAM até o momento, para os usuários potiguares, o guia é “muito letrado”<sup>60</sup>, chegando ao ponto de precisar ser abandonado pelo grupo em diversos momentos. Por vezes, ele se torna um instrumento apenas para os trabalhadores da equipe e para os acadêmicos. Sua linguagem não se faz acessível e a própria escolha dos verbos utilizados não ecoa da mesma maneira nos usuários em questão. Ela questiona: Como fazer um Guia culturalmente sensível, que agregue elementos nordestinos?

Na ocasião da realização desse encontro, a coordenadora do grupo de pesquisa gaúcho e orientadora desta tese, Analice Palombini, encontrava-se em Montreal, no Canadá, onde permaneceu como pesquisadora visitante por um período de nove meses, quando um primeiro artigo foi escrito aprofundando a discussão sobre estas diferenças e particularidades do Brasil como país com uma herança escravagista que se atualiza na naturalização da desigualdade e no racismo estrutural (PALOMBINI & DEL BARRIO, 2019 no prelo). Seu distanciamento geográfico do país se soma à experiência como docente de uma universidade que ganhou mais cores nos últimos anos, como referíamos nas primeiras páginas deste capítulo. É neste artigo que aparece, pela primeira vez, a afirmação de que, dada a radicalidade do processo, não caberia mais nomeá-lo adaptação; mas de transformação do Guia originário do Quebec em um instrumento brasileiro.

As autoras se dedicam a expor os diferentes elementos de transformação no processo, a começar pelo texto que, na versão canadense, utilizava o pronome pessoal “eu” e que na versão brasileira passou a ser o “você”, passando da posição auto-reflexiva à dialógica. Isso aconteceu porque o trabalho brasileiro previa, desde o princípio, intervenções grupais com o material. A parte que trata sobre os direitos dos usuários foi também ampliada na versão brasileira, o que aponta para as questões de subalternidade de que vimos tratando, mais especificamente no campo da saúde mental, onde os usuários são, de antemão, destituídos da possibilidade de falar e de ser escutados e convivem com o estigma da loucura que aí se soma. À diferença do Quebec, afirmam elas, a GAM terminava por trazer aos usuários a possibilidade de

---

em relatos orais e depois impresso em folhetos. Em anexo, trazemos um cordel construído por um usuário participante da GAM em Natal, que foi apresentado durante o evento.

<sup>60</sup> Amorim refere que o Rio Grande do Norte é o terceiro estado brasileiro com o pior índice educacional do país, com muitos analfabetos.

ocuparem um lugar de humanos e cidadãos, algo de certa forma óbvio, mas nem tanto para o nosso contexto:

Através da GAM, esses usuários conquistavam uma experiência inédita de cidadania, que ganhava um sentido de dignificação da vida, como uma mudança de estatuto: do inumano ao humano, de objeto a sujeito. Isso não tem paralelo com a experiência GAM do Quebec, cuja democracia adquiriu suficiente alcance e estabilidade, garantindo direitos básicos a todos. Certamente o adoecimento psíquico e a medicamentação da vida geram estigma e perda de direitos, mas cidadania e respeito à pessoa são experiências acessadas anteriormente ao adoecimento e tratamento, as quais, impressas na memória, trata-se de resgatar. No Brasil, de democracia desigual e interrompida, cidadania é uma experiência a ser inventada. Para usuários da saúde mental, a participação em um grupo GAM pode ser um lampejo dessa invenção, que ganha força de transformação - sendo o grupo, nesse caso, por seu manejo cogestivo, lateralização das relações e compartilhamento de experiências, um componente da estratégia brasileira, catalisador de sua força transformadora. (PALOMBINI E DEL BARRIO, 2019, no prelo)

Em maio de 2019, ao colocar em discussão esta tese com o grupo de pesquisa Travessias – Narrações da Diferença, uma pista nos foi apontada quando uma colega<sup>61</sup> lembrou a fala do pesquisador Emiliano de Camargo David em Porto Alegre, num evento sobre saúde mental ocorrido em 2018. Nela, David teria sugerido que a GAM poderia ser uma estratégia antirracista na medida em que tensiona os lugares de saber e poder cristalizados na relação entre usuário e psiquiatra, quando possibilita e incentiva que o primeiro participe e questione seu tratamento medicamentoso. Considerando que o usuário é, muitas vezes, negro e o psiquiatra, branco haveria uma relação de subalternidade racista em jogo. Fomos à dissertação do pesquisador (DAVID, 2018) buscar subsídios para seguir esta pista. Nesta escrita, encontramos uma discussão que acompanha a direção de nossa investigação. David traz uma pesquisa realizada em um CAPS infanto-juvenil e parte do pressuposto de que o racismo, enquanto relação de poder e sustentação de privilégios, produz subjetividades, podendo gerar sofrimento psíquico, afetando crianças e adolescentes negros e seus territórios. Acompanhando o cotidiano do serviço onde já havia trabalhado como psicólogo, David conclui que as intervenções e os projetos terapêuticos em andamento neste CAPS sugerem que a dimensão ético-política da luta

---

<sup>61</sup> A colega é Ana Carolina Brondani, que havia participado do referido evento e assistido à fala do pesquisador Emiliano de Camargo David.

antimanicomial já acolhe os efeitos do racismo na medida dos seus compromissos com as práticas de liberdade e da recusa dos processos de exclusão e de violência. No entanto, sugere também que a tomada dos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial pode ampliar a potência de um agir em saúde que contribua para a promoção da equidade racial e para a desinstitucionalização do racismo. A isto ele nomeou aquilombação dos CAPS.

Ainda que sua dissertação esteja voltada à particularidade do trabalho no campo da infância e da juventude, David resume em um parágrafo as mazelas que acometem a população negra no campo da saúde mental:

[...]o manicômio historicamente foi uma das estratégias políticas de poder e de controle que afastou o negro não só da sociedade, mas também da possibilidade de se identificar racialmente de maneira positiva. As paredes das grandes prisões manicomiais têm sido derrubadas na contemporaneidade; contudo, para a população negra novas tecnologias manicomiais têm sido estrategicamente reinventadas: o sistema judiciário, que interna na maioria negros compulsoriamente; as instituições de segurança pública, ainda militarizadas, que promovem o genocídio da população preta, sendo em sua maior parte jovens, homens e pobres; a medicina psiquiátrica com contemporâneos diagnósticos que rotulam crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em sua maior parte, negros periféricos. Diagnósticos de transtornos de conduta, hiperatividade e transtorno desafiador-opositor, por exemplo, fazem de crianças e adolescentes negros cobaias experimentais de psicotrópicos e das instituições farmacológicas. Há, ainda, as comunidades terapêuticas, que imperativamente aplicam preceitos religiosos (na sua maioria neopentecostais e católicos) como pseudotratamentos, atingindo diretamente a cultura afro-brasileira e reconhecendo manifestações espirituais características das religiões de matriz africanas ou afro-brasileiras como demanda de “tratamento”. (DAVID, 2018, p. 136)

Ainda que a Reforma Psiquiátrica possa ser entendida como um processo civilizatório à medida que provoca a sociedade a transformar sua relação com a diferença (YASUI, 2012), reconhecer a branquitude que nos constitui e que atravessa os processos sociais em nosso país é fundamental se quisermos transformar também seus efeitos nefastos. O racismo que, como já vimos, perpassa o conjunto das instituições afetando do macro ao micro as relações, carece de uma revolução. Achille Mbembe nos fala no ensaio sobre a Necropolítica (2016) - onde vai abordar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte -, que há políticas de morte para o controle das populações, as quais são submetidas a condições que lhes conferem o status de “mortas-vivas”. Nelas, o racismo de Estado

determinaria as condições de aceitabilidade para quem vive e para quem morre. Mbembe sugere que, sob o necropoder, as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, martírio e liberdade desaparecem.

É por isso que nossa pesquisa nos leva a fazer uma crítica ao processo de “abrasileiramento” da estratégia GAM no que concerne ao fato de que a temática do racismo e de seus efeitos não foram diretamente abordados no dispositivo do Guia GAM-BR, no Guia de Apoio ao Moderador ou nas publicações finalizadas entre os anos de 2011 e 2018. Abordar a temática da experiência nos serviços públicos de saúde mental no Brasil sem tratar de racismo é silenciar algo primordial.

Ao mesmo tempo, é compreensível, uma vez que as discussões a respeito deste tema foram se fazendo mais presentes no campo da saúde no período que coincide com o da chegada e disseminação da GAM no país. Cabe lembrar, contudo, a Carta de Bauru<sup>62</sup> que, em 1987, já trazia uma menção interseccional à luta antimanicomial.

Sabemos que fazer a crítica costuma ser tarefa fácil e, portanto, indigna para uma tese. O que nos interessa é transpô-la e apontar saídas possíveis, as quais parecem estar na própria GAM, precisando apenas de um pouco mais de visibilidade. Primeiramente porque, se considerarmos a forma como se desenvolveu a parceria entre os dois países, não diríamos que ela seguiu uma lógica colonial, ao contrário. O processo cogestivo conduzido no Brasil teve como consequência uma transformação, como já nos apontaram Palombini e Del Barrio (2019, no prelo). Na interlocução estabelecida entre o nosso grupo de pesquisa e o grupo do Quebec após a leitura e conhecimento do Guia GAM brasileiro, houve surpresa, estranhamento e muitas perguntas. Os comentários tecidos pelos parceiros quebequenses apontaram as diferenças, mas também o reconhecimento do trabalho realizado, juntamente com muitas questões que buscavam entender como se deu o processo brasileiro e qual era o seu contexto, já que distinto. Ao que parece, conseguimos desenvolver um trabalho autoral, mesmo que tenhamos incorrido no lapso de esquecimento a respeito das questões étnico-raciais. Este esquecimento/silenciamento também marca um determinado período na história de nosso país que parece estar sendo deixado para

---

<sup>62</sup> A carta de Bauru, manifesto assinado em dezembro de 1987 por 350 trabalhadores do campo da saúde, é um marco fundamental na luta pelos direitos dos cidadãos acometidos por questões ligadas ao sofrimento psíquico. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>



trás. Assim, o que se passou com a GAM se deu desta forma provavelmente porque se tratava de um trabalho iniciado ainda na primeira década dos anos 2000. Agora, finalizando a segunda década deste período, o processo já seria (e está sendo) outro, se considerarmos que as pesquisas com a GAM seguem, assim como as intervenções, ganhando novos contornos onde a perspectiva decolonial vem a agregar-se como mais uma ferramenta.

De toda forma, queremos finalizar esta tese mostrando a força e a potência de resistência dos usuários e usuárias, os quais muitas vezes, mesmo submetidos a inúmeras formas de opressão, das mais leves às mais intensas, das mais invisíveis às mais evidentes, das mais inconscientes às mais sabidas, reagem. Localizamos nos artigos cinco fragmentos que dizem dessas saídas e denunciam o colonialismo e a branquitude que nos habita. Com elas, acreditamos estar mostrando uma produção subjetiva que extrapola a queixa, a repetição ou a paralisia.

#### **4.4. Insurgências gentis – experiências decoloniais**

Usuários, familiares, trabalhadores e acadêmicos, homens e mulheres, envolveram-se na GAM de uma maneira um tanto inovadora para os padrões vigentes no campo da saúde mental. Na busca por estarem lado-a-lado (ou lateralizados, como costumamos dizer) num projeto de pesquisa-intervenção, muito se experimentou, muito se tropeçou, muito se aprendeu, muito se colheu, muito se experienciou. Por vezes, situações de grande tensionamento se colocaram para o grupo, e algumas delas aparecem no material publicado entre os anos de 2011 e 2018.

##### **4.4.1. E-mails**

A primeira situação data do ano de 2012 e a encontramos em meio às narrativas trazidas por Marília Silveira (2013, p.118) em sua dissertação de mestrado:

from: Elizabeth Sabino  
to: gambr@yahoogrupos.com.br  
date: Mon, Nov 12, 2012 at 8:26 AM  
subject: Re: [gambr] Programação geral 21 e 22/11

Queridas

OK! Com certeza teremos uma ótima reunião. Aproveitaremos bastante esses dois dias. Vale a pena o empenho de vocês ou nosso empenho conforme vocês gostam que nós usuários falemos.

Um beijo no coração.

Beth Sabino.

Trata-se de um e-mail escrito por Elisabeth Sabino, a Beth como gosta de ser chamada, usuária negra participante do projeto que, no intuito de reconhecer o trabalho e o esforço dos pesquisadores e trabalhadores envolvidos, delata – não saberíamos afirmar se com ou sem a intenção consciente de fazê-lo – as distâncias e diferenças de lugar em que estão posicionados os diferentes segmentos, quando escreve “o *nosso* empenho conforme *vocês* gostam que nós usuários falemos”. Beth, sem jamais ter lido Spivak, denuncia com esta pequena frase a posição de subalternidade que ocupa, na qual, mesmo quando chamada a participar, segue sem voz. O “*nosso*” que aí aparece, – elemento aparentemente emancipatório se considerássemos o contexto mais geral de participação e composição entre usuários e acadêmicos – é justamente o que os acadêmicos, em posição de autoridade, fazem-na dizer.

Este e-mail diz também da apropriação de um lugar de escrita, quando uma usuária “se autoriza” a responder e-mails que circulam na lista de todos aqueles que participam do projeto, mas onde a maioria daqueles que escrevem pertencem ao segmento dos acadêmicos. A internet como ferramenta, o próprio computador como, tal, não eram ainda tão familiares para os usuários, salvo algumas exceções. Na referida dissertação, a autora afirma que as respostas aos e-mails escritas também pelos usuários se intensificaram após o trabalho de escrita conjunta do artigo sobre o qual já contamos nas páginas anteriores. Tal escrita, como mostramos, foi disparada – ou provocada – quando Nilson, também usuário negro participante, desacomoda os

acadêmicos com sua pergunta: “e pra vocês, como é pesquisar desse jeito com a gente?”.

A voz de Beth ganha escuta e interlocutores quando esta se coloca a falar “pelo computador”. Ganha, inclusive, as páginas de uma dissertação e, agora, a de uma tese. Ousaríamos dizer, uma vez mais, que a escrita na GAM pôde, em diferentes momentos, produzir efeitos semelhantes aos das escritas de Conceição Evaristo.

Há um segundo e-mail que localizamos também em uma dissertação de mestrado, agora de Marciana Zambillo (2015). Nesta escrita, Zambillo discute o conceito de autonomia tomando como campo uma viagem ao Canadá realizada em 2013 por um grupo de participantes da GAM, o qual estava composto, na sua maioria, por usuários e usuárias, mas também por acadêmicas da pós-graduação. Tal viagem é chamada por ela de *laboratório in vita*. Como material produzido para a pesquisa, o grupo construiu narrativas coletivas a respeito da viagem e, em dado momento, já de volta ao Brasil e em vias de finalizar sua dissertação, Zambillo envia um e-mail ao grupo com uma versão atualizada de determinada narrativa e recebe a seguinte resposta de uma usuária:

*Querida Marciana*

*Olá! Como vai? Foi maravilhoso para mim ler **sua narrativa** [grifo nosso] é voltar ao passado com muitas saudades de tudo que vivi no Canadá. Realmente foi uma viagem inesquecível, diante de tudo que vivemos durante os quinze dias. Pode colocar o meu nome na narrativa. A **sua ideia** [grifo nosso] de colocar o vídeo no blog também é muito legal. Acho também que poderia colocar mais algumas fotos do comitê cidadão junto com vocês e o pessoal do Canadá, não muitas é claro. Eu gostaria de incluir no relato da narrativa o seguinte (...). **Sua narrativa** [grifo nosso] está ótima. Eu te desejo sucessos no seu mestrado. (ZAMBILLO, 2015, p.135)<sup>63</sup>*

Zambillo afirma, na sequência:

A aposta na escrita compartilhada, que tem como foco desestabilizar as forças no processo de pesquisa, parece, pelo que consta no e-mail, não ter tido muito sucesso. Por que não há apropriação da escrita pelos seus autores? Ainda que se jogue o jogo “eu gostaria de incluir”, aponta-se à dona do campinho “sua narrativa”. Estaria a dona do campinho vigilante como um árbitro? **Não tenho resposta em relação ao que se passou para que a**

---

<sup>63</sup> *Itálico e negrito* ficam mantidos, respeitando a forma como o e-mail aparece na dissertação

**narrativa, mesmo em janeiro, após meses de trabalho, fosse considerada *minha*.** Mas certamente essa *acusação* não pode passar despercebida, sob o risco de que a presença requisitada dos pesquisadores-usuários seja vista como meramente formal, e não como um direito de falar por si naquilo que os implica. (ZAMBILLO, 2015, p.135-136, grifo nosso)

O que vemos acontecer aqui assemelha-se ao que Beth nos delatava com sua mensagem. Ousaríamos dizer para Zambillo que nós temos uma resposta para o que se passou e que esta resposta diz respeito à posição de subalternidade que, no mais das vezes, ocupam os usuários e usuárias do campo da saúde mental.

Vale notar que a usuária que escreve o e-mail tem algo a acrescentar e se autoriza a fazê-lo: “*Eu gostaria de incluir no relato da narrativa o seguinte (...)*”. Concordamos com Zambillo quando afirma que, neste processo de trabalho, estamos situados permanentemente sobre um fio de navalha entre o empoderamento e a captura.

#### **4.4.2. Reunião Multicêntrica**

A terceira situação está num artigo de 2013, uma narrativa que denuncia o hiato relativo às condições socioeconômicas entre usuários e pesquisadores, mas que vai também além disso, se levamos em conta tudo o que já discutimos até aqui sobre as particularidades do nosso Brasil.

Uma reunião multicêntrica em que se apresentavam as contas do Programa, visualizando quanto, até então, havia sido gasto e quanto havia por gastar, foi o estopim para um movimento reivindicatório do Comitê Cidadão. **Acusavam o fato de que, enquanto os pesquisadores docentes recebiam seus salários e mestrandos e doutorandos suas bolsas de pós-graduação, eles, usuários, dedicavam seu tempo à pesquisa sem receber remuneração por isso (apenas passagens e alimentação). Reivindicavam sua condição de colaborador técnico, requisitando contrapartida financeira para a participação de seus membros, igualando suas expertises àquelas dos acadêmicos remunerados.** Tal demanda, que trataram de apresentar coletivamente à docente coordenadora geral da pesquisa, foi levada ao espaço da reunião multicêntrica, sendo acordado o pagamento de diárias a cada usuário, por participação nos encontros multicêntricos da pesquisa. Nesse caso, a perspectiva cogestiva da pesquisa, abrangendo o compartilhamento de informações acerca da movimentação financeira implicada no projeto, foi disparadora do exercício de cidadania por parte do **Comitê Cidadão, que assumia seu protagonismo na luta por direitos, no interior da própria pesquisa.** (PASSOS; PALOMBINI e ONOCKO CAMPOS, 2013, p. 12-13 grifo nosso)

O movimento realizado pelo Comitê Cidadão aponta para a potência da GAM

como disparadora de movimentos reivindicatórios micro-políticos, mas também e, principalmente, aponta para a força dos usuários em fazê-los, colocando em cheque uma organização dada a priori, que não ocasionava qualquer questão para pesquisadores e trabalhadores. Ela não traz soluções permanentes – também não o são as medidas afirmativas, já o dissemos – mas se constitui como uma tentativa de reduzir condições de subalternidade dadas de antemão. A moeda de troca pelo trabalho é a agora a mesma entre os diferentes grupos, ainda que em diferentes proporções. Os usuários e usuárias – eles mesmos – obrigam o projeto a se reinventar e a lhes fazerem escutados.

#### 4.4.3. Grupo de intervenção – Guia GAM

Chegamos a uma tese de doutorado publicada em 2015. Nela, o pesquisador Jorge Melo traz a narrativa de uma cena vivenciada durante o primeiro encontro de um grupo GAM que fazia parte já da segunda etapa da pesquisa. Esse grupo acontecia em um Caps. Ainda hoje a diferença nas cores da pele entre trabalhadores e usuários é muito facilmente evidenciada nos serviços de saúde, não seria diferente com os Caps: entre os trabalhadores e trabalhadoras temos uma predominância de brancos e brancas, enquanto entre usuários e usuárias podemos encontrar muitos negros e negras.

PRIMEIRO ENCONTRO. Aquela gente de fora continua a falar arrastado, com jeito de sabichão, pergunta se a gente sabe o que tá fazendo ali. A gente sabe que tá ali para falar de remédio, que é um estudo, uma pesquisa, mas continua a sentir certa indefinição do que fazer ali e de que forma. **Dizem os doutores que tem um guia para ajudar não só os usuários, como a equipe do CAPS também.** Ali ao lado, uma companheira começa a esboçar um rosto de espanto. Ela se levanta de repente, tomada de certo nervosismo, querendo saber que negócio era esse de guia. Num é coisa de **macumba**? Ih, não vai dar pra ficar ali não, ela não serve pra isso, pra negócio de macumba. Quase sem pausa, a companheira corre para o centro do círculo e começa a dançar como se estivesse em um **terreiro**, os braços cadenciando semicírculos alternados para frente e para trás, as pernas cruzando-se nos passos igualmente alternados, sob o corpo curvado. Arrastada por tambores inaudíveis, a gente explode em risadas por toda a **roda**. Em uma breve situação, o grupo demonstra sua proximidade com aquilo que o círculo subjaz, isto é, com **a roda, que ali se transmuta imediatamente em terreiro. Sem qualquer constrangimento, a companheira põe-se à frente e desposa temporariamente o centro de uma zona de influência com a qual ela parece não ter problemas em manejar.** Diverte-se com isso, enquanto diverte aos demais. Limpando as lágrimas de riso, alguns procuram se recompor. **Começam então a pedir respeito às crenças, pois com isso não se brinca, é coisa pra se tomar**

**cuidado!** Um tanto perdidos no campo de um jogo que se faz por outras vias, os pesquisadores limitam-se a sorrir e a tranquilizar o grupo de que não se tratava de macumba, mas apenas de um caderno com informações e perguntas para ajudar a pensar o tema da medicação. (MELO, 2015, p. 68-69, grifos nossos)

Macumba, terreiro, roda, crenças.... Palavras que vêm numa cadeia e que sucedem uma primeira: guia. Elas, em seu conjunto, remetem à ancestralidade negra. Não por acaso, surgem no grupo impulsionadas pelo corpo de uma usuária, e são os pesquisadores aqueles que, ainda que se utilizem da narrativa para dar-lhes lugar, terminam por retornar ao “caderno”, dando assim destino à situação sem abrir maiores espaços para algo tão distante daquilo que esperavam viver no primeiro grupo GAM. A proposta que chega “da universidade, junto daqueles que tem jeito de sabichão e querem falar de saúde mental,” deriva. De um significante em outros, o desencontro cultural (ou seria um encontro?) acontece, misturando formas distintas de se ocupar um mesmo espaço e compartilhar experiências. Ganha visibilidade um outro saber, que emerge de forma espontânea, uma experiência aparentemente individual que permite a troca de afetos coletivos, por uma via muito mais performatizada que recitada.

Na mesma tese, agora referindo-se ao terceiro encontro do grupo, um último fragmento que gostaríamos de trazer para a discussão:

TERCEIRO ENCONTRO. O estranho círculo que junta lado a lado doutores e gente comum ri e se constrange. Nele, os afetos circulam entre lados extremos de uma vida cômica e trágica. O que se fazia ali? Vindos de fora, de uma realidade longínqua, portadores de uma linguagem estranha, diferente, complicada, aqueles doutores, com suas cabeleiras suspensas no ar, com seus laptops e gravadores, aqueles cientistas malucos, eles queriam algo eles sabiam algo. Surge um novo olhar, uma outra voz, para quem a roda não familiar ganha novos contornos. O que salta aos olhos agora é o signo da pesquisa científica, motivada por seu afã tecnológico. Talvez a ciência, o conhecimento, a tecnologia e o poder de desvendar mistérios estivessem ali para descobrir aquilo que ninguém sabe, ou que não se comunica, aquilo que insiste como objeto de profundo mistério: o diagnóstico. Poderiam cientistas forasteiros aplicar sua tecnologia de ponta para desvendar tamanho enigma, poderiam eles responder enfim esta pergunta repetida mil vezes, poderiam certificar se afinal haveria cura para o transtorno mental? Ou então, quem sabe poderiam ao menos confirmar – **perguntava agora uma terceira voz – se ao menos poderiam refutar ou confirmar este pressentimento, esta falta de paz, mesmo que a resposta seja terrível, poderiam eles afirmar de uma vez por todas se é verdade que não há saída e se a única alternativa será passar o resto da vida tomando remédio...** (MELO, 2015, p. 86, grifo nosso)

Este fragmento dá sequência a um outro que já apresentamos no segundo capítulo da tese (p.65), o qual se referia a um riso-louco que ecoou no grupo quando conversavam sobre o que ali faziam juntos, e a resposta foi a de que ali estavam para falar de remédios. Aqui vemos novamente a linha invisível que separa usuários e acadêmicos e as expectativas que ambos guardam, usuários em relação a acadêmicos e acadêmicos em relação a usuários e usuárias que vêm buscar nessa aproximação respostas a suas questões de pesquisa. Entre colonizadores e colonizados, temos um a priori que se desfaz quando ambos estão colocados na mesma condição de subordinação ao capitalismo neoliberal e a alguns fenômenos que nele se fortalecem como o da medicalização, da medicamentação<sup>64</sup> e da proliferação de diagnósticos psiquiátricos que silenciam sintomas e sujeitos de todas as cores e partes do mundo. Palombini e Rodriguez del Barrio (2019, no prelo) falam desta indistinção em relação aos contextos de Brasil e Canadá, mostrando que, não importa o hemisfério, esta realidade pertence tanto aos do norte quanto aos do sul.

Ainda que de formas gentis, utilizando-se da palavra para tecer perguntas ou de gestos para tecer danças, os usuários trouxeram a público momentos insurgentes durante o trabalho com a GAM, mas também graças a esse trabalho. Na medida em que a GAM abre espaço de fala para que seus participantes abordem livremente suas vivências com o uso de medicamentos psiquiátricos, manifestando tudo aquilo que aí está implicado, entendemos poder afirmá-la, sim, como uma ferramenta antirracista. A liberdade de expressão e a possibilidade de elaboração de experiências no coletivo são primordiais ao bom funcionamento da estratégia GAM, mas também condição para suportar nossa afirmação. O potencial existe, e, possivelmente, ao se agregar questões ao Guia GAM que toquem diretamente na temática étnico-racial e nos efeitos do racismo, a discussão poderia se fortalecer e se ampliar, assim como a brasilidade da GAM. Além disso, a ferramenta do Guia de Apoio ao Moderador poderia contar também com informações e orientações nesta mesma direção, no

---

<sup>64</sup> Na página 55 desta tese abordamos o conceito de medicalização e seu significado. Aqui acrescentamos a medicamentação, a qual diz respeito ao uso de medicamentos/psicofármacos como primeira escolha para se lidar com o sofrimento psíquico. Encontramos em publicação do Ministério da Saúde que “[ ] o termo medicamentação se refere ao uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existia um tratamento farmacológico para tal. Portanto, a medicamentação pode ser considerada uma das conseqüências da medicalização” (BRASIL, 2019, p. 13).

intuito de garantir que os moderadores possam se apropriar de tal temática e levá-la adiante, sustentando-a durante os grupos de intervenção. Numa perspectiva mais radical, considerando a realidade que estamos experimentando de Brasil, especialmente após as últimas eleições presidenciais – período difícil no que diz respeito às diretrizes democráticas e à garantia de direitos sociais para a população –, talvez abandonar a via estatal para a produção de um comum seria uma solução necessária para os próximos anos... Este, contudo, seria um outro trabalho de pesquisa.

Buscamos na literatura decolonial uma noção de experiência que pudesse nos servir de orientador para este capítulo final. Não a encontramos como imaginávamos, mas nos encontramos com Achille Mbembe e algumas ideias que nos pareceram valiosas. Na introdução de sua obra “Crítica da razão negra” (2014), a qual traz o título “O devir-negro no mundo”, ele escreve:

Quisemos escrever este livro à semelhança de um rio com múltiplos afluentes, neste preciso momento em que a história e as coisas se voltam para nós, e em que a Europa deixou de ser o centro de gravidade do mundo. Efectivamente<sup>65</sup>, este é o grande acontecimento ou, melhor diríamos, **a experiência fundamental da nossa época**. Reconheçamos porém que a vontade de medir as implicações e as consequências desta reviravolta dá ainda os primeiros passos. De resto, tal revelação pode ser-nos dada alegremente, pode suscitar perplexidade ou fazer-nos mergulhar num tormento ainda maior. De uma coisa temos a certeza: esta desclassificação, também ela carregada de perigos, abre possibilidades para o pensamento crítico. (MBEMBE, 2014, p.9, grifo nosso)

Mbembe está a nos dizer que é a decolonialidade em si mesma a experiência de nossa época. Temos de gerenciar nossas travessias em um mundo onde a Europa deixou de ser o centro, aí está o perigo, pois trata-se de um desconhecido, mesmo que por tantos desejado. Um mundo onde as opressões não aconteçam mais da mesma maneira, onde o racismo não seja mais o fantasma silencioso a atravessar nossas relações, onde a branquitude deixe de ser condutora de nossos cotidianos.

Viver em um mundo antirracista... será que sabemos como fazer? Na saúde mental, será que somos capazes de aprender com a experiência do racismo, combatendo-a mas sem incorrerem em uma apropriação de toda a sua potência? Será

---

<sup>65</sup> Optamos por manter a grafia original da tradução que é feita em português de Portugal.



que, conscientes da branquitude que nos habita, conseguimos ocupar um lugar que faça frente ao racismo indo além da pura denúncia? Será que estamos prontos e daremos conta de contar a história sem nos colocarmos no lugar de vencedores que superaram o racismo? Será que estamos dando lugar para que algo diferente possa se construir na academia e nos serviços de saúde? Quem precisa dar o tom não somos nós... será que vamos permitir? Será que conseguiremos fazer a noção de raça desaparecer? Ou será que precisamos dela para seguir?

Publicado em 1979, o poema de Ele Semog, escritor negro nascido em Nova Iguaçu, no estado do Rio de Janeiro, fala desta atualidade com o devido assinalamento de que devemos estar atentos nesta travessia:

A treze de maio  
Fica decretado  
Luto oficial na  
Comunidade negra.  
E serão vistos  
Com maus olhos  
Aqueles que comemorarem,  
Festivamente,  
Esse treze inútil.  
E fica o lembrete:  
Liberdade se toma  
Não se recebe  
Dignidade se adquire  
Não se concebe<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> SEMOG, Ele in Atabaques, Produção Independente de Ele Semog e José Carlos Limeira, 1979, p.110

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2013 fui convidada para apresentar a estratégia GAM para trabalhadores em uma unidade básica de saúde da zona norte de Porto Alegre, pois à época eu compunha a equipe de um Caps ad da mesma região. Terminada a primeira explanação, uma participante pergunta: *Lívia, se eu entendi bem, vocês se propõem a fazer grupos com os usuários para que eles tenham mais autonomia, vocês os ensinam a ser mais autônomos, vocês dão autonomia pra eles. Isso não seria um tanto contraditório? Pois quando penso em autonomia, penso em algo que o sujeito tem, se alguém lhe dá, é um indicativo de falta de autonomia.*

Num primeiro instante, com certa hesitação, pensei: *Ih, ela não entendeu nada do que eu disse!* Na sequência, voltei a refletir sobre como eu estaria apresentando a estratégia GAM; afinal, se eu produzia aquele entendimento de que “ensinaríamos o outro a ser mais autônomo”, algo aí falhava. Ocorreu-me que, entre aqueles envolvidos com a GAM, a ideia de autonomia como produção de relações estivesse tão dada que nem percebêssemos mais a importância de melhor situá-la quando das conversas a respeito. Mesmo assim, desde lá tive a companhia de um questionamento um tanto nebuloso, que eu ainda não localizava bem onde situar... O que me parecia possível afirmar, contudo, é que caberia olhar para as ressonâncias do que estávamos produzindo.

Iniciei esta tese contando do percurso que me trouxe até ela, mas agora percebo que este acontecimento de 2013 também lhe pertence e que finalizo aqui um ciclo, fazendo eu também a travessia de um perigo onde tive a oportunidade de trazer algumas respostas à pergunta daquela trabalhadora que à época me questionou. Não guardei seu nome, mas o afeto de um incômodo crítico que me permitiu voltar às produções da GAM e nelas fazer descobertas.

É também de 2013 um artigo da GAM onde encontramos o posicionamento dos autores afirmando o valor de a psicologia poder questionar a inserção social de suas próprias produções:

A psicologia não pode se furtar, portanto, ao tema da inserção social da sua produção. Devemos avaliar nossa produção não só a partir de quanto produzimos mas também a partir do que produzimos e para quem produzimos. Por essa questão, devemos entender não só os indicadores de produtividade que computam produtos acadêmicos relevantes, mas também a produção subjetiva

e social da realidade. Produzimos artigos, livros, teses, relatórios, patentes, mas também estamos inseridos em um processo mais amplo de produção de mundo e de produção de sentidos de si. O tema da produção ganha, assim, grande amplitude e complexidade. (PASSOS, PALOMBINI e ONOCKO CAMPOS, 2013, p. 5)

Nosso objetivo nesta tese era investigar com um olhar crítico a noção de experiência nestas produções. Nesta travessia pudemos concluir que a estratégia GAM é um dispositivo que permite, aos sujeitos que com ela se encontram, experiência. No primeiro capítulo tratamos desse ponto e dos diversos empregos que a noção de experiência ganha no decorrer de todos estes anos.

Abordamos também as formas como a estratégia GAM acessa a experiência dos sujeitos nesse encontro entre usuários, familiares, trabalhadores e acadêmicos - homens e mulheres - no campo da saúde mental, mostrando que não se trata de separar cada uma delas, mas de permitir a cada uma dessas pessoas a produção de sentidos por meio da coletivização.

Descobrimos também que a GAM é um dispositivo vivo, poroso e com muita capacidade de reinvenção. Que foram inúmeras as transformações desde sua chegada do Canadá, passando por várias partes do Brasil. Também porque foram muitas as transformações por que passou o próprio Brasil. Um dos pontos principais que localizamos está na questão do racismo, por muito tempo silenciada no país e, por consequência, também na estrutura da GAM. Mesmo assim, pudemos reconhecer na GAM uma importante potência antirracista que pode vir a se desenvolver e fortalecer. Em contrapartida, independentemente disso, localizamos a força e a resistência de usuárias e usuários aí participantes, os quais, mesmo que não convocada(o)s diretamente a tratar desta temática, deram-lhe lugar e consequências.

Contamos sobre um evento que aconteceu em 2018, para tratar sobre os efeitos de disseminação da GAM pelo Brasil e mesmo no exterior, quando muitas perguntas foram colocadas a respeito da sequência do trabalho no sentido de seguir transformando esta ferramenta, seguir produzindo experiência.

Termino esta tese no mês de agosto de 2019, quando a democracia no Brasil está sendo devastada, a cada dia, um pouco mais. Acreditar na retomada da caminhada civilizatória parece difícil, a cada dia, um pouco mais. Ao mesmo tempo, nossa sociedade não é mais a mesma de dez anos atrás, tampouco de vinte ou trinta. O pensamento decolonial já entrou em nossas universidades, juntamente com muitos negros e negras, e os efeitos disso estão a se disseminar. A proposição de Angela

Davis, de que “*em uma sociedade racista, não basta não ser racista, é necessário ser antirracista*”, já foi escutada e incorporada por muitos e muitas; arrancá-la destes está longe de ser tarefa simples. Honrar a força e a determinação da mulher negra que há séculos luta por justiça, reconhecimento e dignidade parece ser uma pista para seguirmos vivos nesta experiência de ser brasileiro e atuar no campo da saúde mental, seja como usuário/a, trabalhador/a, ou acadêmico/a.

## REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Editora Letramento, 2018

AGAMBEN, Giorgio. Infância e História: ensaio sobre a destruição da experiência. In: AGAMBEN, Giorgio. **Infância e História: destruição da experiência e origem da história.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

AGOSTINHO, Santo. **As confissões.** Edição eletrônica: Le livros. Disponível em: <https://asdfiles.com/26gx9>. Acesso em 21 de agosto de 2019

BENJAMIN, Walter. Teses sobre o conceito de história, 1940. In: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** Tradução de Sergio Paulo Rouanet. São Paulo: Editora Brasiliense, 2011

BENJAMIN, Walter. Experiência e Pobreza. In: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** Tradução de Sergio Paulo Rouanet. São Paulo: Editora Brasiliense, 2011

BENJAMIN, Walter. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.** Tradução de Sergio Paulo Rouanet. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

BOLIS, Antonio. **Saúde Mental entre Direitos e Cuidados: Conversações.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre. 2016. Não-publicada.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde integral da população negra : uma política do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em

[http://www.lex.com.br/legis\\_27593248\\_RESOLUCAO\\_N\\_32\\_DE\\_14\\_DE\\_DEZEMBRO\\_DE\\_2017.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde 2019.

CAMPOS, Gastão. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2012. p. 41-80.

CANADA. Regroupement des Ressources Alternatives en Sante Mentale du Québec. **Gestion autonome de la médication de l'âme: mon guide personnel.** Québec: RRASMQ, 2002

CAPONI, Sandra et al (org.). **Medicalização da vida – ética, saúde pública e indústria farmacêutica.** Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

CARONI, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva. **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil.** Petrópolis, Vozes, 2014.

CARVALHO, Julia Dutra de. **Cadernos negros: tramas entre políticas públicas, juventudes, relações étnico-raciais e formações em psicologia.** Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre. 2018

CHAVES, Felipe Alan Mendes; CALIMAN, Luciana. Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação. **Rev. Polis e Psique**, 7(3):136-160, 2017

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n. 18 de 2002.** Estabelece normas de atuação para psicólogos em relação ao preconceito e à discriminação racial. Brasília: CFP, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relações Raciais: referências técnicas para a prática da(o) psicóloga(o).** Brasília: CFP, 2013.

CUNDA, Mateus; ZANCHET, Livia; CHASSOT, Carolina. Os saberes menores e a profanação acadêmica: os sentidos da experiência. **Rev. Polis e Psique** 7(2): 153 – 175, 2017

DAVID, Emiliano de Camargo. **Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)– Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018

EVARISTO, Conceição. Da grafia-desenho de minha mãe, um dos lugares de nascimento de minha escrita. In: Alexandre, Marcos A. (org.) **Representações performáticas brasileiras: teorias, práticas e suas interfaces**. Belo Horizonte: Mazza Edições, p. 16-21, 2007

FALKENBERG, Mirian Benites, et al. 2014. Educação em Saúde e Educação na Saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciencia e Saúde Coletiva** , 19 vol 3 (847-852).

FLORES, Adriana. et al. ; A experiência da produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro. **Cadernos HumanizaSUS do Ministério da Saúde**, v. 5, p. 257-275, 2015

FOUCAULT, Michel. Qu'est-ce que la critique? In: Foucault, M. Conférence du 27 mai 1978. **Bulletin de la Société Française de Philosophie 2**, avril-juin. Armand Colin : 1990. Tradução de Gabriela Lafetá Borges e revisão de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <http://portalgens.com.br/portal/images/stories/pdf/critica.pdf>

FOUCAULT, Michel. Os intelectuais e o poder. IN: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015.

FREUD, Sigmund. O chiste e sua relação com o inconsciente (1905). IN: FREUD, S. **Obras completas v. VII**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **História e Narração em Walter Benjamin**. São Paulo: Perspectiva, 2011.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Botucatu , v. 16, n. 40, Mar. 2012

GOMES, Luciana Ogg. A infância do homem. **Pro-Posições**, v. 18, n. 3 (54) - set./dez. 2007

GONÇALVES, Laura Lamas Martins ; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Narrativas de usuários em experiência de Gestão Autônoma da Medicação. **Cad. Saúde Pública**; 33(11); 2017

GUATTARI Felix. A transversalidade. In: Guattari F. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida: Ideias e Letras; 2004. p. 75-84.

GUBA Egon & LINCOLN, Yvonna. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA: Sage, 1989

HEIDEGGER, Martin. A essência da linguagem. In: HEIDEGGER, Martin. **A caminho da linguagem**. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2003.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**. V. 26 n.21, junho 2014.

HOUAISS, Antonio & VILLAR, Mauro de Sales. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 22(4), 1543-1561, 2012

JOUET, Emmanuelle; FLORA, Luigi, LAS VERGNAS, Olivier. Construction et reconnaissance des saviors expérientiels des patients: Note de synthèse. **Pratiques de Formation - Analyses**, 2010, 2010 (58-59), pp.olivier\_iv. <hal-00645113>

KASTRUP, Virginia. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. **Psicologia e Sociedade**, 16 (3): 7-16, 2004.

KON, Noemi Moritz; ABUD, Cristiane Curi; SILVA, Maria Lucia da. **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. São Paulo: Perspectiva, 2017

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. Em Pitta A (Ed.), **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996

LACAN, Jacques. **O seminário, Livro 3: As Psicoses (1955-1956)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

LARROSA, Jorge. **Tremores: escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2014

MARQUES, Cecília de Castro et al. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. **Mnemosine** Vol.9, nº1, p. 106-126, 2013

MBEMBE, Achille. O devir-negro no mundo. In: MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. Lisboa: Antígona Editores Refractários, 2014

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte e Ensaios (UFRJ)**. n.32 pp. 123-151. dezembro 2016



MELO, Jorge José Maciel. **A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação.** Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia-Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ, 2015

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. 2011

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em Saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. ; FURTADO, J. P. ; PASSOS, E. ; BENEVIDES, R.. (Org.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade.** 1 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008, v. 1, p. 321-334.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa et al. Mental health in primary care: an evaluative study in a large Brazilian city. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa et al. Adaptação multicêntrica do Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. Interface. **Comunic., Saude, Educ.**, v. 17, n°43, p. 967-80, out/dez 2012

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al . Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2847-2857, Oct. 2013

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2889-2898, Oct. 2013

PALOMBINI, Analice et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. **Ciênc. Saúde coletiva** \_(18) 10, pp. 2899-2908, 2013

PALOMBINI, Analice et al. **Relatório final da pesquisa “Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação”.** CNPq, 2019.

PALOMBINI, Analice et al. Autonomia e exercício de direitos na experiência da Gestão Autônoma da Medicação. **Psicologia Ciência e Profissão.** (no prelo). Aprovado em 19 de março de 2019.

PALOMBINI, Analice; DEL BARRIO, Lourdes. Gestão Autônoma da Medicação, do Quebec ao Brasil: Uma travessia (manuscrito não-publicado), 2019

PASSOS, Eduardo; CARVALHO, Silvia Vasconcelos; MAGGI, Paula Milward de Andrade. Experiência de Autonomia Compartilhada na Saúde Mental: o "manejo

cogestivo" na gestão autônoma da medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012

PASSOS, Eduardo; PALOMBINI, Analice de Lima; ONOCKO CAMPOS, Rosana. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, p. 4-17, 2013.

PASSOS, Eduardo et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação. **Aletheia (ULBRA)**, v. 41, p. 24-38, 2013.

PRESOTTO, Rodrigo Fernando et al. . Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2837-2845, Oct. 2013 .

PRESOTTO Rodrigo Fernando. **Participação de Usuários de Serviços de Saúde Mental em Pesquisas: Um Olhar a partir dos conceitos de Empowerment e Recovery**. Dissertação de mestrado. Campinas (SP): FCM, Unicamp; 2013

REIS, Maurício de Novais; ANDRADE, Marcilea Freitas Ferraz. O pensamento decolonial: análise, desafios e perspectivas. **Revista Espaço Acadêmico**, n 202, março/2008

RODRIGUES, Sandro; PASSOS, Eduardo. A linguagem do fora: a interface entre drogas lícitas e ilícitas em saúde mental. **Estudos da Língua(gem)**, [S.l.], v. 15, n. 1, dez. 2016.

RODULFO, Ricardo. Cantacuento. In: RODULFO, Ricardo. **El futuro porvenir**. Buenos Aires: Noveduc, 2008

SADE, Christian et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**,18(10), 2813-2824; 2013

SEPPIR . Site. **Seppir e MS firmam acordo de cooperação com foco na Saúde da População Negra**. 2011. Disponível em: <[http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas\\_noticias/2011/10/seppir-e-ms-firmam-acordo-de-cooperacao-com-foco-na-saude-da-populacao-negra](http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2011/10/seppir-e-ms-firmam-acordo-de-cooperacao-com-foco-na-saude-da-populacao-negra)>

SILVEIRA, Marília. **Vozes no corpo, territórios na mão: loucura, corpo e escrita no PerquisarCOM**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional: Porto Alegre, 2013

SILVEIRA, Marília, PALOMBINI. Analice, e MORAES, Marcia. EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa. **Revista Mnemonise (UERJ)**. v. 10, n. 1, 2014

SILVEIRA, Marília. **A formação na Gestão Autônoma da Medicação: políticas e práticas de cuidado em saúde mental**. Tese de doutorado. Universidade Federal

Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. Niterói: UFF, 2016

SILVEIRA, Marilia; MORAES, Marcia. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em saúde mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 8, n.1; 138-152, 2018

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010

SOARES, Lissandra Vieira; MACHADO Paula Sandrine. “Escrevivências” como ferramenta metodológica na produção de conhecimento em Psicologia Social. **Rev. psicol. polít. [online]**, vol.17, n.39, pp. 203-219, 2017

SURJUS, Luciana Togni.. **Observatório Internacional de práticas de Gestão de Autônoma da Medicação: rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento**. UNIFESP, Submetido à Chamada Conjunta FAPESP-GACD. 2017 Disponível em <https://observatoriogam.files.wordpress.com/2017/11/projeto-em-portuguc3aas.pdf>. Acesso em 1 de julho de 2018

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, Oct. 2013.

VEIT, Camille. Dans quelle mesure le savoir acquis par l’expérience de la folie concède-t-il au sujet un statut d’expert ? In : DEMAILLY, L. et al. **Aller mieux. Approches sociologiques**. Villeneuve d’Ascq : Presses universitaires du Septentrion ; 2016. P 185-193.

VERMERSCH, Pierre. **L’entretien d’explicitation**. Issy-les-moulineaux: ESF, 2000

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros – desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010

ZAMBILLO, Marciana. **Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre. 2015

ZAMBILLO, Marciana; PALOMBINI, Analice de Lima. Autonomia errantes: processos de autonomização em saúde mental. **Estudos de Psicologia** (Natal) Online, 2017

ZANCHET, Livia. **Le sujet entre les ondes: l’atelier radio dans le milieu psychiatrique**. Mémoire de recherche – Master 2 en Psychologie Clinique et Mediations Thérapeutiques par l’Art. Sous la direction de Jean-Michel VIVÈS. Nice: Université Côte d’Azur, 2017.

## ANEXOS

### **Anexo A – Cordel sobre a GAM apresentado no Encontro Internacional da Gestão Autônoma da Medicação em dezembro/2018**

#### **CORDEL SOBRE A MINHA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE GAM GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAÇÃO NO CAPS AD LESTE III EM NATAL**

Adebal Ferreira Silva

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

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

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

Às seis da manhã eu tomava  
Um Losartana para a pressão  
Um Glicamin para o diabetes  
Escitalopram para depressão  
Omezaprol contra a acidez  
Carbolítio pela primeira vez  
Para o humor sem alteração

À tarde logo após o almoço  
Um Andilopino para pressão  
Um Carbolítio mais uma vez  
Para o humor sem alteração  
Um glicamim e um Tiamina

Mais Ácido fólico era a sina  
Para mim muita medicação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hoje só quatro comprimidos

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

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

Será bom se eu Apresentar  
Neste Fórum internacional  
Na universidade de St<sup>a</sup> Maria  
No campo da saúde mental  
E dizer ser nenhum aperreio  
Que este doido galego feio  
É um doido-poeta bem legal

F I M

Disponível em:  
<https://www.even3.com.br/anais/encontrointernacionalgam/>

## Anexo B – Artigos GAM publicados entre os anos de 2011 e 2018

ANO	TÍTULO	LINK	REFERÊNCIA
2011	Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000400004&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000400004&amp;script=sci_arttext</a>	Otanari, Tmc; Leal, Em; Onocko Campos, Rt; Palombini, Al; Passos, E. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. Revista brasileira de educação médica 2011. - RBEM - ISSN - 0100-5502.
2012	Adaptação Multicêntrica Do Guia Para A Gestão Autônoma Da Medicação.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop4412.pdf">http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop4412.pdf</a>	Campos, Rosana Teresa Onocko; Palombini, Analice De Lima; Silva, André Do Eirado; Passos, Eduardo; Leal, Erotildes Maria; Serpa Júnior, Octávio Domont; Marques, Cecília De Castro; Gonçalves, Laura Lamas Martins; Santos, Deivisson Vianna Dantas; Surjus, Luciana Togni De Lima E Silva; Arantes, Ricardo Lugon; Emerich, Bruno Ferrari; Otanari, Thais Mikie De Carvalho; Stefanello, Sabrina. Adaptação Multicêntrica Do Guia Para A Gestão Autônoma Da Medicação. Interface (Botucatu. Impresso), v. 16, p. 967-980, 2012.
2012	Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312012000400015&amp;lng=en&amp;tlng=pt.%2010.1590/S0103-73312012000400015">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312012000400015&amp;lng=en&amp;tlng=pt.%2010.1590/S0103-73312012000400015</a> .	Jorge, Maria Salete Bessa, Campos, Rosana Onocko, Pinto, Antonio Germane Alves, & Vasconcelos, Mardênia Gomes Ferreira. (2012). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 22(4), 1543-1561.
2012	Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação.	<a href="http://intranet.ufsj.edu.br/rep_sysweb/File/revistalapip/Volume7_n2/Passos%2C_Eduardo%3B_Carvalho%2C_Silvia_Vasconcelos_%26_Maggi%2C_Paula_Milward_de_Andrade.pdf">http://intranet.ufsj.edu.br/rep_sysweb/File/revistalapip/Volume7_n2/Passos%2C_Eduardo%3B_Carvalho%2C_Silvia_Vasconcelos_%26_Maggi%2C_Paula_Milward_de_Andrade.pdf</a>	PASSOS, Eduardo; CARVALHO, Silvia Vasconcelos; MAGGI, Paula Milward de Andrade. Experiência de Autonomia Compartilhada na Saúde Mental: o "manejo cogestivo" na gestão autônoma da medicação. Pesquisas e Práticas Psicossociais 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012



2013	Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a14">http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a14</a>	Palombini, Analice de Lima; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Tereza ; SILVEIRA, Marília ; GONÇALVES, Laura Lamas Martins ; ZANCHET, Livia ; XAVIER, Maria Angélica Zamora ; MARQUES, Cecília de Castro e . Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. <i>Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)</i> , v. 18, p. 2899-2908, 2013.
2013	Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental.	<a href="http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/1110/815">http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/1110/815</a>	PASSOS, E. ; PALOMBINI, A. L. ; ONOCKO CAMPOS, R. . Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. <i>Estudos Contemporâneos da Subjetividade</i> , v. 3, p. 4-17, 2013.
2013	Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação	<a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=S1413-03942013000200003">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=S1413-03942013000200003</a>	PASSOS, E. ; PALOMBINI, A. L. ; ONOCKO CAMPOS, R. ; MELO, J. ; MAGGI, P. M. ; MARQUES, C. C. E. ; ZANCHET, L. ; CERVO, M. R. ; EMERICH, B. F. . Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação. <i>Aletheia (ULBRA)</i> , v. 41, p. 24-38, 2013.
2013	A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000013&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=es">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000013&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=es</a>	ONOCKO-CAMPOS, ROSANA TERESA ; PASSOS, EDUARDO ; Palombini, Analice de Lima ; SANTOS, DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS ; STEFANELLO, SABRINA ; GONÇALVES, LAURA LAMAS MAGALHÃES ; ANDRADE, PAULA MILWARD DE ; BORGES, LUANA RIBEIRO . A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. <i>Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)</i> , v. 18, p. 2889-2898, 2013.
2013	Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000012">www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000012</a>	del Barrio, Lourdes Rodriguez et al. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Oct 2013, vol.18, no.10, p.2879-2887. ISSN 1413-8123

2013	Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental	<a href="http://www.fcm.unicamp.br/fcm/site/s/default/files/paganex/artigo_mnemosine.pdf">http://www.fcm.unicamp.br/fcm/site/s/default/files/paganex/artigo_mnemosine.pdf</a>	Marques, Cecília de Castro; Palombini, Analice; Passos, Eduardo; Onocko Campos, Rosana Tereza. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças – A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. Mnemosine Vol.9, nº1, p. 106-126 (2013)
2013	Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar mudanças e inovações em um campo demarcado por questões ético-políticas.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000001&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000001&amp;script=sci_arttext</a>	Onocko-Campos, Rosana Teresa . Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar mudanças e inovações em um campo demarcado por questões ético-políticas. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 18, p. 2794-2794, 2013.
2013	O comitê cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000016&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000016&amp;script=sci_arttext</a>	Passos E, Otanari TMC, Emerich BF, Guerini L. O comitê cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 18, p.2919-2928; 2013. Acesso livre: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000016&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000016&amp;script=sci_arttext</a>
2013	Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000008">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000008</a>	Presotto, Rodrigo Fernando, Silveira, Marília, Delgado, Pedro Gabriel Godinho, & Vasconcelos, Eduardo Mourão. (2013) Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva,18(10), 2837-2845.
2013	O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000006&amp;lng=en&amp;tlng=pt.10.1590/S1413-81232013001000006">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000006&amp;lng=en&amp;tlng=pt.10.1590/S1413-81232013001000006</a>	Sade, Christian, Barros, Leticia Maria Renault De, Melo, Jorge José Maciel, & Passos, Eduardo. (2013). O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. Ciência & Saúde Coletiva,18(10), 2813-2824.
2013	Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000007&amp;lng=en&amp;tlng=pt.10.1590/S1413-81232013001000007">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232013001000007&amp;lng=en&amp;tlng=pt.10.1590/S1413-81232013001000007</a>	VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (2013). Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 18(10), 2825-2835.

2013	Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica.	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000009&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000009&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt</a>	ONOCKO-CAMPOS, R.T., PALOMBINI, A.L., LEAL, E., SERPA JUNIOR, O.D., BACCARI, I.O.P., FERRER, A.L., DIAZ, A.G., XAVIER, M.A.Z. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. <i>Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)</i> , v.18, p.2847-2857, 2013.
2014	Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	<a href="http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220141007.pdf">http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220141007.pdf</a>	EMERICH, BF; ONOCKO CAMPOS R, PASSOS E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). <i>Interface (Botucatu)</i> , v. 18, n. 51, out/dez, 2014.
2014	EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa.	<a href="http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/issue/view/37">http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/issue/view/37</a>	SILVEIRA, M, PALOMBINI. A. e MORAES, M. EscreverCOM: uma experiência ético-política de pesquisa. <i>Revista Mnemonise (UERJ)</i> . v. 10, n. 1 (2014).
2014	Human rights and the use of psychiatric medication	<a href="http://www.emeraldinsight.com/author/Vianna+Dantas+Dos+Santos%2C+Deivisson">http://www.emeraldinsight.com/author/Vianna+Dantas+Dos+Santos%2C+Deivisson</a>	DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez, ONOCKO CAMPOS Rosana, STEFANELLO, Sabrina, DANTAS DOS SANTOS Deivisson Vianna, CYR Céline, BENITSY, Lisa, OTANARI, Thais de Carvalho, (2014) "Human rights and the use of psychiatric medication", <i>Journal of Public Mental Health</i> , Vol. 13 Iss: 4, pp.179 - 188
2015	A experiência da produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro.	<a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf</a>	FLORES, A. A. MUHAMMAD, A. H. CONCEICAO, A. P. NOGUEIRA, A. PALOMBINI, A. L. MARQUES, C. C. E. PASSOS, E. H. SANTOS, E. S. MEDEIROS, F. SOUSA, G. S. MELO, J. ANDRADE, J. C. S. DIEDRICH, L. F. GONCALVES, L. L. M. SURJUS, L. T. L. E. S. LIRA, L. M. XAVIER, M. A. Z. NASCIMENTO, M. R. SILVEIRA, M. NASCIMENTO, N. S. OST, P. R. OLIVEIRA, R. F. NASCIMENTO, R. PRESOTTO, R. F. SCHMITZ, S. M. , et al. ; A experiência da produção de saber no encontro entre pesquisadores e usuários de serviços públicos de saúde mental: a construção do Guia Gam brasileiro. <i>Caderno HumanizaSUS do Ministério da Saúde</i> , v. 5, p. 257-275, 2015.

2016	PesquisarCOM a Loucura	<a href="http://alegrar.com.br/revista17/pdf/pesquisar_silveira_palombini_alegrar17.pdf">http://alegrar.com.br/revista17/pdf/pesquisar_silveira_palombini_alegrar17.pdf</a>	SILVEIRA, M. ; Palombini, Analice de Lima . PesquisarCOM a Loucura. Alegrar (Campinas), v. 17, p. 1-28, 2016
2016	La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: Una experiencia brasileña de participación social en salud mental.	<a href="http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16947">http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16947</a>	SERRANO-MIGUEL, M. ; SILVEIRA, M. ; Palombini, Analice de Lima . La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: Una experiencia brasileña de participación social en salud mental. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, v. 36, p. 157-170, 2016.
2017	Autonomias errantes: processos de autonomização em saúde mental	<a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-294X2017000100009">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-294X2017000100009</a>	ZAMBILLO, Marciana; Analice de Lima Palombini . Autonomias errantes: processos de autonomização em saúde mental. Estudos de Psicologia (Natal) Online, 2017.
2017	Entre saúde mental e a escola: a gestão autônoma da medicação	<a href="http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/viewFile/75328/pdf">http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/viewFile/75328/pdf</a>	CHAVES, Felipe Alan Mendes; CALIMAN, Luciana. Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação. Rev. Polis e Psique, 2017; 7(3):136-160
2017	Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105002&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001105002&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt</a>	GONÇALVES, Laura Lamas Martins; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. <i>Cad. Saúde Pública</i> [online]. 2017, vol.33, n.11, e00166216. Epub Nov 21, 2017. ISSN 1678-4464. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00166216">http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00166216</a> .
2017	A linguagem do fora: a interface entre drogas lícitas e ilícitas em saúde mental	<a href="http://www.estudosdalinguagem.org/index.php/estudosdalinguagem/articloe/view/528">http://www.estudosdalinguagem.org/index.php/estudosdalinguagem/articloe/view/528</a>	RODRIGUES, Sandro; PASSOS, Eduardo. A linguagem do fora: a interface entre drogas lícitas e ilícitas em saúde mental (An outside language: an interface between legal and illegal drugs in mental health care). Estudos da Língua(gem), [S.l.], v. 15, n. 1, dez. 2016. ISSN 1982-0534.
2018	Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em saúde mental	<a href="http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078/1538">http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2078/1538</a>	SILVEIRA, Marília; MORAES, Marcia. Gestão Autônoma da Medicação (GAM): uma experiência em saúde mental. Estudos Contemporâneos da Subjetividade. V. 8 n.1 (2018)