



# Dispositivos de cuidado e formação em saúde

**VERA LUCIA FERREIRA MENDES  
ELISA ZANERATTO ROSA  
MARIA DA GRAÇA MARCHINA GONÇALVES  
MARIA LUCIA HAGE MASINI**  
organizadoras

**educ**

Plano de Incentivo à Pesquisa  
**PIPEq**  
PUC-SP

DISPOSITIVOS DE CUIDADO E FORMAÇÃO EM SAÚDE



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
*Reitora: Maria Amalia Pie Abib Andery*

**edue**

**Editora da PUC-SP**

*Direção*

Thiago Pacheco Ferreira

*Conselho Editorial*

Maria Amalia Pie Abib Andery (*Presidente*)

Carla Teresa Martins Romar

Ivo Assad Ibri

José Agnaldo Gomes

José Rodolpho Perazzolo

Lucia Maria Machado Bógus

Maria Elizabeth B. T. Morato Pinto de Almeida

Rosa Maria Marques

Saddo Ag Almouloud

Thiago Pacheco Ferreira (*Diretor da Educ*)

# Dispositivos de cuidado e formação em saúde

VERA LUCIA FERREIRA MENDES  
ELISA ZANERATTO ROSA  
MARIA DA GRAÇA MARCHINA GONÇALVES  
MARIA LUCIA HAGE MASINI  
organizadoras

**educ**

Piano de Incentivo à Pesquisa  
**PIPEq**  
— PUC-SP

São Paulo  
2021

Copyright © 2021. Vera Lucia Ferreira Mendes et al. Foi feito o depósito legal.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitora Nadir Gouvêa Kfouri/PUC-SP

---

Dispositivos de cuidado e formação em saúde / org. Vera Lucia Ferreira Mendes ... [et al.] . -  
São Paulo : EDUC, 2021.

288 p. ; 23cm.

Bibliografia.

ISBN 978-65-87387-37-6

Apoio: PIPEq

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde - Vila Brasilândia (São Paulo, SP). 3. Diferenciação (Sociologia). 4. Políticas públicas de saúde. 5. Promoção da saúde - Brasil. 6. Saúde Mental - Brasil. 7. Saúde - Aspectos sociais. I. Gonçalves, Maria da Graça Marchina. II. Centro de Atenção Psicossocial. III. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Brasil). IV. Título.

CDD 614.0981611

---

Bibliotecária: Maria Lúcia S. Pereira CRB 8ª/5754

#### **EDUC – Editora da PUC-SP**

*Direção*

Thiago Pacheco Ferreira

*Produção Editorial*

Sonia Montone

*Revisão*

Paulo Teixeira

*Editoração Eletrônica*

Waldir Alves

Gabriel Moraes

*Capa*

Gabriel Moraes

*imagem de capa*

Wassily Kandinsky - Composition VI-1913

*Administração e Vendas*

Ronaldo Decicino

**educ**

Rua Monte Alegre, 984 – Sala S16

CEP 05014-901 – São Paulo – SP

Tel./Fax: (11) 3670-8085 e 3670-8558

E-mail: [educ@pucsp.br](mailto:educ@pucsp.br) – Site: [www.pucsp.br/educ](http://www.pucsp.br/educ)

# Apresentação

A alegria em apresentar este livro é grande e as razões desse sentimento são várias. Destaco quatro delas, que me parecem suficientes para ilustrar a relevância e o interesse acadêmico, social e sanitário que este livro desperta, bem como o quanto ele é oportuno e bem-vindo.

A primeira razão. A PUC-SP tem longa e profícua tradição extensionista e o projeto que culminou neste livro (entre outros produtos) se inclui nesta tradição e atesta uma vez mais a excelência dessa trajetória.

O caráter comunitário e público (embora não estatal) da universidade, associado ao seu *ethos* acadêmico rigoroso, vigoroso e crítico, forjou compromissos firmes e renovados com a solidariedade, o bem-comum, a justiça, o desenvolvimento social e a democracia.

Esses compromissos sustentam a formação acadêmica sólida e humanista ofertada aos estudantes, assim como uma expressiva produção de conhecimentos, sempre vinculada à relevância social das questões investigadas e a seu retorno a um modelo de formação acadêmica que é dinâmica, atualizada e consistente.

Ensino e pesquisa na PUC-SP muitas vezes desdobram-se em ações e serviços à sociedade, configurando uma extensão universitária densa e capaz de contribuir com a solução de problemas socialmente relevantes. Ao mesmo tempo, o aprendizado advindo das relações diretas e intensas com a sociedade fomentam a qualidade das atividades universitárias no cumprimento de suas finalidades no ensino, na pesquisa, na extensão e na garantia da indissociabilidade dessas três dimensões definidoras do trabalho acadêmico.

Essa é a perspectiva com a qual a PUC-SP participa, há bastante tempo, também do Programa de Educação pelo Trabalho (PET),

aproveitando a oportunidade aberta por esse programa federal para estreitar as relações, a colaboração recíproca e a integração ensino-serviços públicos.

A coletânea de textos que perfazem a obra apresenta, analisa e discute com acuidade questões teórico-metodológicas e experiências intensivas vividas no projeto PET Saúde/Interprofissionalidade (iniciado em abril de 2019 e concluído em março de 2021), que foi realizado com a Supervisão Técnica de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia. Esta é a segunda razão da alegria em apresentar o texto, uma vez que ele reafirma e celebra a longa e bem-sucedida parceria que a PUC-SP mantém com este território de Saúde da cidade de São Paulo.

O livro narra parte das experiências e resultados do projeto PET Saúde-Interprofissionalidade que, segundo os participantes, permitiu entre outras coisas o aprimoramento de projetos de integração ensino-serviço; o aperfeiçoamento da formação crítica em serviço de estudantes de graduação em Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviço Social da PUC-SP; a manutenção da proximidade com trabalhadores e gestores do SUS da região; e o aprofundamento da compreensão sobre necessidades locais de saúde no atual momento e nos temas relacionados ao escopo do projeto: saúde mental e reabilitação no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

A leitura do texto mostrará que tais interações lograram resultados concretos e coletivamente construídos por estudantes e professores da PUC-SP, gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo em função das duas temáticas prioritárias do projeto:

O enfrentamento do processo de medicalização dos usuários, por meio da abordagem da Gestão Autônoma dos Medicamentos (GAM), que orientou a análise dessa realidade de saúde da população, bem como contribuiu com a elaboração de estratégias e procedimentos de cuidado à saúde mental por equipes das Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (UBS-ESF), Núcleos de

Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD) e outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A construção e articulação de linhas de cuidado voltadas à infância (especialmente em relação aos transtornos globais de desenvolvimento) e à adolescência, articulando políticas, serviços e equipes da UBS-ESE, NASF, CAPS IJ (infanto-juvenil) e Centro Especializado de Reabilitação (CER).

A terceira razão. O livro foi financiado e publicado pela PUC-SP, por meio, respectivamente, de seu Programa de Incentivo à Pesquisa (PIPEq) e de sua Editora, a EDUC. Essa não é uma contrapartida exigida pelo PET; é uma demonstração concreta do compromisso da universidade em intervir socialmente, em colaborar naquilo que lhe compete com – no caso – políticas públicas de saúde e com a sistematização do conhecimento e das boas práticas desenvolvidas, compartilhando-as com a sociedade.

A quarta e última razão que destaco para marcar a alegria em me dirigir aos leitores: desde abril de 2020, o projeto PET Saúde-Interprofissionalidade, que produziu o presente trabalho, realizou-se sob a pandemia da COVID-19. Desnecessário dizer o quanto a pandemia abalou e continua abalando as sociedades mundo afora, e a vida pessoal, familiar e comunitária de cada um de nós. Uma tragédia sanitária, social e econômica sem precedentes que, no Brasil, foi e é ainda mais intensa em face de uma gestão federal problemática da crise.

Neste cenário, a PUC-SP ponderou e decidiu que, embora suspendendo suas atividades presenciais, não poderia parar. A construção de conhecimentos, a formação de profissionais e pesquisadores, e a efetuação de intervenções sociais capazes de contribuir ora com a solução, ora com a mitigação de problemas gerados ou intensificados pela pandemia são atividades essenciais ao enfrentamento da atual situação.

Desdobramo-nos para manter a universidade ativa em todas as suas atividades, buscamos oferecer as condições necessárias e suficientes à continuidade do trabalho universitário: infraestrutura tecnológica

e comunicacional; capacitação para uso de ferramentas digitais; equipamentos de proteção individual nos casos em que isso é necessário; ações de cuidado e de apoio social à comunidade universitária, etc.

Nesse contexto, a elaboração deste livro também seguiu seu curso e as outras várias atividades do projeto se mantiveram: uso das plataformas digitais disponibilizadas pela universidade para, entre outros, aulas, reuniões, grupos de trabalho e oficinas; transmissões de eventos pela TV-PUC; confecção das artes gráficas/digitais e divulgação, pelos veículos de comunicação da universidade, dos eventos, webnários e *lives* do projeto, assim como das ações sociais no território nas quais o projeto se implicou (Rede Brasilândia Solidária).

No entanto, todo o esforço institucional durante a pandemia só foi capaz de trazer bons frutos porque houve envolvimento e participação da comunidade universitária, no caso específico, dos professores e estudantes que realizaram o projeto e também dos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS da Freguesia do Ó/Brasilândia.

O belo exemplar que está em suas mãos é um dos testemunhos do envolvimento, do compromisso e da responsabilidade com que todos os participantes realizaram o trabalho. Por isso, para terminar, quero expressar a eles meu agradecimento e minha admiração.

**Maria Amalia Pie Abib Andery**  
Reitora da PUC-SP

# Prefácio

Cara leitora, caro leitor:

O que chega às suas mãos é fruto gerado no encontro feliz entre duas instituições brasileiras, Universidade e Saúde Pública, que não são quaisquer — é universidade voltada ao bem comum e sistema de saúde universal e gratuito. Qual a potência desse encontro?

A ousadia de propor e aprovar na Constituinte de 1988 um Sistema Único de Saúde (SUS), universal e gratuito, produziu uma transformação profunda, em muito pouco tempo, na saúde da população, na oferta de serviços e nos processos de formação de seus trabalhadores. Rapidamente, o SUS se tornou um dos maiores e melhores sistemas públicos de saúde na esfera global, reconhecido mundialmente por programas como o de imunização de doenças e o de tratamento e prevenção de HIV/Aids. Sob a égide do SUS, na Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira também se fez referência mundial, sendo o Brasil o primeiro país no mundo a investir mais recursos nos serviços abertos e territorializados do que nos hospitais psiquiátricos, buscando pôr fim à lógica hospitalocêntrica em favor de um cuidado em liberdade. As universidades brasileiras – responsáveis pela formação de profissionais que passaram então a ser requeridos para atuar no contexto que a redemocratização do país, na década de 80, inaugurava (contexto das políticas de saúde e demais políticas intersetoriais) — viram-se diante do desafio de, não somente acompanhar essas transformações, mas participar de sua construção, no âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão.

A reorientação da formação visando maior aproximação à situação concreta de saúde da população por meio da articulação entre universidade, serviço e comunidade, constituiu, assim, uma das exigências para a consolidação do SUS. Não se tratou de uma questão técnica, simplesmente, mas envolveu — e segue envolvendo —

“mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas”. (Brasil, 2003, p. 6). De acordo com Batista (2013), trata-se de uma transformação cultural a incidir nas três esferas — escola, serviço e comunidade —, que se complexifica ainda mais se considerarmos os jogos de forças internos a cada instituição, somados à hegemonia biomédica ainda presente nos serviços e à precarização do trabalho em saúde — precarização que, podemos acrescentar, atinge também a educação e a comunidade de forma geral.

É sabido que a conquista do SUS não se deu sem luta. Na arena política em que sua criação foi disputada — no cruzamento entre redemocratização e neoliberalismo —, foi uma vitória arrebatadora do movimento sanitarista e das forças populares. No entanto, o SUS, de caráter integral, universal e equitativo, convive, desde sua origem, com uma assistência suplementar à saúde, de caráter privatista. Na saúde mental, a rede de serviços e dispositivos propostos pela política nacional de saúde mental em substituição à lógica manicomial, apesar do seu rápido crescimento, depara-se, ainda, com a manutenção de parte do antigo parque manicomial e seus hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e, mais recentemente, com as comunidades terapêuticas, que absorvem muito dos recursos que o Estado deixa de investir nos serviços territorializados e abertos. Além disso, a participação popular na definição dos rumos da política de saúde no país, que constitui um dos princípios de base da proposta do SUS, encontra enormes dificuldades para sua concretização: o que se convencionou chamar de “controle social” viu-se via de regra restrito aos espaços dos conselhos e conferências de saúde, cujas formas de organização, quando não seu aparelhamento pelo Estado, tendem a impedir a participação de fato da população que mais se utiliza dos serviços de saúde. Isso não é casual. Participação popular e controle social no SUS, como em outras políticas públicas, têm a ver com democratização do poder e com justiça social, o que estamos longe de alcançar. Mais de 300 anos de escravidão deixaram marcas, feridas vivas que nós não fomos capazes de curar.

A luta, a militância e o trabalho em defesa do SUS, portanto, vêm de muito tempo, vêm junto com o SUS, vêm desde sempre. Mas sua necessidade se agudiza nos últimos anos e de maneira exponencial desde o golpe que colocou Temer e depois Jair Bolsonaro na presidência da república e, mais ainda, desde a catástrofe sanitária imposta pela Covid-19 e intensificada pelas ações do governo federal. São inúmeras as medidas governamentais que hoje ferem toda uma construção, genial e complexa, a qual foi tramando os múltiplos fios do SUS, unindo pontas e produzindo um tecido, uma rede articulada entre atenção, gestão, formação, produção de conhecimento e controle social nos diferentes níveis e esferas da Ação em Saúde, sempre se guiando por seus princípios e diretrizes. Toda essa construção — que não é estática, é algo vivo, vida inteligente em constante movimento, que faz o SUS acontecer da melhor forma possível — se vê ameaçada por medidas que são unilaterais, autoritárias, segmentadas, quando não criminosas (Dall’alba et al., 2021).

O momento político que o país vive, portanto, nos faz relançar com mais força o grito em defesa do SUS. A defesa do SUS é um estado permanente de prontidão para a luta e para o trabalho, na atenção, na gestão, na formação, na produção de conhecimento e no controle social — uma capacidade de enfrentar os entraves e fragilidades do sistema para não deixar de orientar-se pelos seus princípios e se posicionar ao lado de suas usuárias e usuários por um cuidado integral à saúde.

O Programa de Educação Pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde) é fio dessa rede que tece o SUS e constitui um dos modos de defendê-lo em seus princípios. Faz parte do que nomeei de vida inteligente do SUS, é uma das invenções do seu tramado, junto com outros dispositivos de formação para o trabalho em saúde como o VerSUS, os Programas de Residência e os Mestrados Profissionais em Saúde. Laura Macruz Feuerwerker, na abertura do Congresso Estadual de Residências Multiprofissionais em Saúde de Recife, em 2018, chamou de invenção brasileira ao dispositivo das Residências Integradas em Saúde. Tomo de empréstimo suas razões para nomear

ao PET Saúde de invenção do SUS — razões relacionadas a duas apostas que o SUS faz e que pouquíssimos sistemas de saúde no mundo fazem: 1) a aposta de que só a interprofissionalidade e rede podem produzir integralidade, o que não acontece por decreto, mas é construção viva; 2) a aposta que a Educação Permanente em Saúde professa, de que a experiência ensina, de que o trabalho é produtor de conhecimento, na medida em que se criam espaços de reflexão coletiva sobre o nosso fazer que são transformadores e potencializadores das práticas.

O PET Saúde – Interprofissionalidade da PUC-SP nutre-se dessas ideias, valendo-se de conceitos que articulam interprofissionalidade, participação coletiva, produção de saúde, exercício de direitos e território. Por meio da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação e de dispositivos de reabilitação na infância e na adolescência, problematiza a medicalização, seja do sofrimento gerado pelas adversidades impostas pela desigualdade social, seja das vidas que, em sua diferença, desde muito cedo fogem à norma. Ousa transformar, assim, a formação profissional e as práticas de cuidado e gestão em saúde, na perspectiva do trabalho interprofissional, transdisciplinar, intersetorial e em rede, no encontro vivo entre universidade e serviços, entre acadêmicas(os), trabalhadoras(es) e usuárias(os). É na fricção desses encontros que um(a) trabalhador(a) de saúde se faz e que a formação universitária se conecta com a sua potência. Não é algo dado, *a priori*. É uma experiência movente, cuja aprendizagem se faz possível apenas em ato, na travessia de um perigo, exposta aos seus riscos, aberta ao encontro com o outro, no território que esse outro habita.

Trata-se de experiência ética, educativa, clínica, política, por meio da qual se produz cuidado integral à saúde ao mesmo tempo que se (trans)formam profissionais e usuárias(os) cidadãs(ãos) desta terra, habitantes da polis. No Brasil pós-ditadura, no período da redemocratização, tal experiência se traduziu em política pública que nós vivemos o desafio permanente de fazer valer, no contrafluxo do que se apresenta hoje como interesses hegemônicos no país.

A experiência do PET Saúde – Interprofissionalidade da PUC-SP nos ensina que é possível fazer perdurar o espírito inventivo, transformador, disruptivo que está na base da criação do SUS, mesmo sob mau tempo. Este livro é testemunho dos efeitos potentes que se recolhem do encontro não vertical, mas lado a lado, que acontece entre profissões e entre universidade, serviço e comunidade. É testemunho do quanto esse encontro pode tocar e transformar aos que nele se fazem protagonistas, deixando marcas importantíssimas nas suas trajetórias, imprimindo uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde.

“Portarias podem ser derrubadas, mas não podem destruir as pessoas, não se pode destruir uma ideia”. Escutei essa frase em novembro de 2020, em encontro on-line ocorrido no XIV Congresso Internacional da Rede Unida. O encontro era o da Frente Estamira em Defesa da Reforma Psiquiátrica, e a fala, de Neli de Almeida (2020), uma dessas pessoas que não se pode destruir, aguerrida companheira das lutas em defesa do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

A frase retorna à mente, no momento em que encerro a leitura deste livro. Na diversidade das experiências que nele são narradas, cada um dos textos, de autoria coletiva, dá mostras do que pode o trabalho em saúde quando engaja docentes, estudantes, trabalhadoras(es) e usuárias(os) dos serviços na produção do cuidado nos territórios onde a vida acontece, reexiste e persevera mesmo sob as condições as mais adversas – como são essas que atravessam a história de nossos povos e que se veem hoje profundamente agravadas.

O SUS tem sido atacado em seus princípios pelos entes cujo dever constitucional seria o de defendê-lo. Mas, não se pode destruir uma ideia quando somos tocados e transformados por ela nem se podem destruir as pessoas quando nelas habita o pertencimento a uma coletividade. Numa ação que se volta ao bem comum, como esta levada a cabo pelo PET Saúde – Interprofissionalidade da PUC-SP, a parceria entre universidade, serviço e comunidade sustenta, vivifica e dissemina os princípios do SUS, colocando-os em prática no

cotidiano das relações estabelecidas entre seus diferentes atores, tornando sensíveis os seus efeitos. O coração do SUS pulsa em cada uma(um) das(os) autoras(es) desta coletânea, ele se encarna e se transmite em cada uma de suas práticas, presentes e futuras. Os que ambicionam fazer da saúde uma mercadoria podem intentar ferir de morte o SUS, mas experiências como a do PET Saúde fazem o SUS e seus princípios reexistirem em cada um(a) de nós e perseverar nas ações que realizamos em relação com diferentes atores de um território, que tocam a nós e a esses atores e que, ao serem narradas, têm a potência de tocar e contagiar ainda mais pessoas em outros tantos territórios.

Estou certa de que o que se conta aqui irá tocar você também.

*Analice de Lima Palombini*

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva, docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com atuação junto ao curso de graduação em Psicologia, ao Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e à Residência em Saúde Mental Coletiva, da qual é atualmente coordenadora. Foi pesquisadora convidada na Université de Montréal de maio a dezembro de 2018. Integra a gestão do Conselho Regional de Psicologia (2019-2022).

## Referências

- ALMEIDA, Neli de. Praça 19 – Cuidado de proximidade, Frente Estamira. *XIV Congresso Internacional da Rede Unida*. 28 a 29 outubro 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-783zbCPHGA>>. Acesso em: 12 jul. 2021.
- BATISTA, Cassia Beatriz. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbarói*, n. 38, pp. 97-125, jan./jun. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS*. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
- DALL'ALBA, Rafael et al. Covid-19 in Brazil: far beyond biopolitics. *The Lancet*, v. 397, n. 10274, p. 13, feb. 2021. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00202-6



## SUMÁRIO

### CAPÍTULO 1

Interprofissionalidade e formação em saúde .....	21
Vera Lucia Ferreira Mendes	
Maria da Graça Marchina Gonçalves,	
Guilherme Aleixo Sandrin	

### CAPÍTULO 2

Produção de Saúde, vulnerabilidades e políticas públicas .....	41
Maria da Graça Marchina Gonçalves	
Vera Lucia Ferreira Mendes,	
Hugo Cantalogo Couto	

### CAPÍTULO 3

A GAM no cuidado em saúde mental: pelo enfrentamento da medicalização e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial .....	57
Elisa Zaneratto Rosa	
Renata Escorcio	

### CAPÍTULO 4

Produção do olhar medicalizante da infância .....	79
Maria Lucia Hage Masini	
Helen Isabel de Freitas	

### CAPÍTULO 5

Brasilândia(s) em movimento: um território marcado pela desigualdade social .....	95
Elisa Zaneratto Rosa	
Luciana Bueno Lopes Zorzetto	
Ananda Vieira Portaro	
Mariana Luiza Zsigovics Alfino	
Renata Souza Gonçalves	
Rodrigo Lucas Paulo	
Vinicius Marques Gomes	

## **CAPÍTULO 6**

Experiências dos Grupos GAM na Atenção Básica ..... 113

Fábio Alencar dos Santos  
Felipe Bernardes Silva  
José Vinicius Ribeiro de Campos  
Maria Cristina Gonçalves Vicentin  
Tércia Regina de Souza Brandão Buzone

## **CAPÍTULO 7**

A estratégia GAM no CAPS AD III Brasilândia ..... 133

Rafaella Pozza D'Azevedo Cruz  
Dora Lígia Richieri Gomes  
Luciney Camargo de Oliveira  
Tatiana Gavazzi Perez  
Camila Aleixo de Campos Avarca

## **CAPÍTULO 8**

A experiência de implantação da GAM no território: função apoio e cogestão como dispositivo de formação em saúde mental ..... 151

Deborah Sereno  
Maria Cristina Gonçalves Vicentin

## **CAPÍTULO 9**

GAMe: a construção coletiva de um dispositivo lúdico no cuidado em saúde mental ..... 177

Guilherme Aleixo Sandrin  
Manuela Melo Aires  
Marcia Maria de Oliveira Julio  
Natália Zanatta Sena  
Raquel Andrade Meira  
Renata Escorcio

## **CAPÍTULO 10**

Grupo de monitoramento infantil: resgate de infâncias não reconhecidas ..... 199

Maria Lucia Hage Masini  
Luciana Bueno Lopes Zorzetto

## **CAPÍTULO 11**

Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: não há soluções mágicas ou conto de fadas no mundo real ..... 219

Deborah Sereno  
Helen Isabel de Freitas  
Isabele Martins de Assis  
Raphaela Medeiros Costa

**CAPÍTULO 12**

Reabilitação: Precisamos falar sobre Breno ..... 245  
Alanna Raquel Freire Almeida  
Ana Carolina Zanusso Garcia

**CAPÍTULO 13**

No meio do caminho teve uma pandemia: preparando profissionais  
da saúde para trabalhar no mundo real ..... 259  
Elisa Zaneratto Rosa  
Hugo Cantalogo Couto  
Carolina Almeida Rode  
Mariá Rosa Ramos



# Interprofissionalidade e formação em saúde

Vera Lucia Ferreira Mendes<sup>1</sup>

Maria da Graça Marchina Gonçalves<sup>2</sup>

Guilherme Aleixo Sandrin<sup>3</sup>

## Introdução

O campo conceitual da Educação Interprofissional (EIP) tem produzido uma importante reflexão sobre a formação profissional e as práticas em saúde. Ao privilegiar situações de aprendizagem, nas quais diferentes profissões atuam como equipe por meio de práticas colaborativas, acabamos por favorecer a construção de um campo comum para o cuidado em saúde, ampliando as possibilidades de resposta aos complexos problemas de saúde da população.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar e refletir criticamente sobre a EIP como dispositivo capaz de gerar mudanças no processo de formação em saúde, bem como de induzir modelos de cuidado que qualifiquem e ampliem o acesso à saúde da população.

---

1 Professora doutora da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde e da pós-graduação (especialização) em Psicanálise em Situações Sociais Críticas da PUC-SP.

2 Professora doutora da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde e do PEPG em Psicologia Social da PUC-SP.

3 Psicólogo, mestre e doutorando do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

Nesse sentido, ainda que de modo panorâmico, vale destacar que o tema da interprofissionalidade vem sendo objeto de interesse e estudos de diversos pesquisadores e instituições nacionais e internacionais. Um dos seus objetivos é combater a excessiva especialização e fragmentação do cuidado em saúde, bem como seus efeitos na organização dos sistemas de saúde: baixa qualidade de assistência; alto custo e dificuldade de sustentabilidade financeira de sistemas de saúde; e, por consequência, falta de acesso à maioria da população aos bens e serviços de saúde.

Desde o final da década de 1980 e início dos anos 1990, diversas universidades e centros de pesquisa em todo o mundo têm se dedicado a pesquisas e ações voltadas para a educação interprofissional e práticas colaborativas. Tais iniciativas culminam com o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2010. Esse documento apresenta uma série de diretrizes e estratégias que têm como objetivo ser um guia referencial para sistemas de saúde nos mais diversos lugares. Reconhece que os sistemas de saúde do mundo todo estão cada vez mais fragmentados e aponta a necessidade de reformulação das diretrizes curriculares nos cursos de formação para área da saúde para atingirmos um modelo sustentável e que responda às necessidades de saúde da população, afirmando que

Os sistemas de saúde e educação devem trabalhar em conjunto para coordenar as estratégias para a força de trabalho de saúde. Se o planejamento da força de trabalho de saúde e a elaboração de políticas estão integrados, a educação interprofissional e a prática colaborativa podem ser plenamente sustentadas. (OMS, 2010, p. 10)

No Brasil, com o intuito de induzir tais mudanças, várias medidas foram tomadas visando ampliar e qualificar a integração ensino-serviço. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCNs), criadas em 2001; a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Órgão do

Ministério da Saúde, em 2003; e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 2004 (PNEPS), representam o esforço e parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, para o desenvolvimento de políticas e programas, em que os cenários de práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) compõem um dos seus principais pilares de sustentação. Entre tais programas, podemos destacar o Pró-Saúde (2005); o PET-Saúde (2008); e o Programa Mais Médicos (2013). Neste contexto, o SUS assume “gradualmente um protagonismo progressivo na direção da sua atribuição constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde” (Zarpelon, Terencio e Batista, 2018, p. 4243).

Os efeitos dessas políticas foram significativos tanto no âmbito do debate e definição de diretrizes curriculares quanto no apoio à pesquisa e na indução de mudanças na formação em saúde, entre as quais destacamos: i) a reflexão crítica sobre as concepções de saúde e doença; ii) a necessidade de estabelecer um adequado processo de acolhimento e humanização na atenção à saúde; e iii) a compreensão de que os fenômenos de agravos à saúde são complexos e interligados às condições econômicas, sociais e territoriais. Tais dimensões são essenciais ao aprimoramento/criação de modelos de atenção capazes de agenciar os diferentes saberes disciplinares, visando ampliar nossa capacidade de compreender e intervir nos processos de saúde e doença de pessoas e grupos sociais.

Em relação às diretrizes curriculares e aos projetos pedagógicos dos cursos de formação, sabemos que pensar em EIP, em um espaço tão amplamente dominado pelos especialismos, se torna um ato político à medida que é necessário confrontar modelos de atenção e formação em saúde que possam romper com tal lógica e fortalecer experiências em que “duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (OMS, 2010 p. 7).

Vê-se nos conceitos da EIP uma possibilidade concreta de promover tais mudanças, desde que articuladas e guiadas para a concretização das políticas sociais. Ou seja, pensar em uma formação em

saúde com base na EIP é também defender os princípios e diretrizes do SUS, compreendendo que a resposta aos problemas de saúde é tarefa complexa e exige profissionais capazes de atuar na perspectiva de articulação e não separação de saberes e práticas.

Isso pressupõe a existência de relação recíproca, de mútua influência e profundo imbricamento, entre a formação dos profissionais da saúde e as prática de atenção à saúde – concepção reconhecida por detrás da ideia da EIP que norteia a presente reflexão e também presente no SUS, cuja construção e consolidação ocorrem ancoradas na premissa das relações dialéticas entre práticas de atenção à saúde, de gestão em saúde, de participação social e de formação profissional e educação permanente. (Peduzzi et al., 2013 apud Peduzzi, 2017, p. 41)

Desde a constituição de 1988, passou-se a entender que o SUS também orientaria, em conformidade com suas diretrizes, a formação em saúde. Isso porque, no enfrentamento dos enormes desafios da implementação de um sistema universal no país, fica evidente a necessidade de construção de um novo perfil profissional. Feurwerker e Capozzolo (2013, p. 37) apontam que

A Constituição de 1988 foi incisiva quanto à necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde. Trouxe a ideia de que caberia ao Sistema Único de Saúde (SUS) orientar o perfil da formação dos profissionais de saúde.

Desde então, parece urgente que nossos projetos pedagógicos pudessem refletir de modo mais consistente a construção de um novo perfil profissional, o que não é tarefa trivial nem simples. Implica estabelecer novos paradigmas conceituais, compromisso social, diálogo com diferentes saberes disciplinares, uma maior integração entre ensino, pesquisa e extensão e, por fim, a produção de novas metodologias de ensino. Ou seja, tal tarefa implica necessariamente um compromisso ético-político na formação dos profissionais de saúde,

apoiados na produção de saberes baseados na experimentação e no contato mais estreito com as necessidades da população, considerando que os

[...] processos de formação estão ancorados na atuação profissional, nos problemas e nas questões encontradas pelos trabalhadores na realidade e orientados para a intensificação da possibilidade de reflexão a partir da ação, com vistas ao fortalecimento de estratégias de enfrentamento e transformação da realidade. (Vicentin et al., 2019, p. 630)

Os esforços e sentidos de estabelecer as diretrizes curriculares dos cursos de ensino superior em saúde respondem às necessidades de instituir força de trabalho alinhada às demandas sociais e das políticas públicas. Nesse sentido, a tarefa de formação diz respeito a desenvolver conhecimentos, competências e habilidades, que tragam aos nossos futuros profissionais a possibilidade de estabelecer modos de cartografar e intervir no campo social. No caso específico de profissionais de saúde, tais processos exigem a atuação de equipes interdisciplinares, implicadas em processos de trabalho transdisciplinar e na criação/invenção de dispositivos terapêuticos capazes de cuidar dos processos de adoecimento de pessoas e de grupos sociais, por meio de ações de promoção e educação em saúde e de prevenção e tratamento de seus agravos.

Nesse sentido, a construção de respostas aos problemas de saúde de um dado território e o combate às configurações sociais que possam conduzir ao adoecimento passa por um outro conceito da EIP, a prática colaborativa. Tal conceito diz respeito ao desenvolvimento de práticas de saúde construídas com base em saberes de diferentes áreas disciplinares, em diálogos interprofissionais, de modo que

[...] favorece alguma abertura ao trabalho interdisciplinar no sentido de movimentos concertados entre profissionais de áreas distintas, população usuária, profissionais e gestores dos serviços,

com vistas à produção de saberes e formas de equacionamento de problemas de saúde, lá onde se dão e em função das muitas variáveis que os constituem. (Mendes, 2007, p. 12)

A aproximação com a dimensão intensiva da vida nos territórios parece ser elemento chave para a qualificação da formação e do cuidado em saúde. Com isso, podemos avaliar e orientar nossos projetos pedagógicos, currículos, bem como aprimorar estratégias de ensino e pesquisa, que possam intervir e responder de modo mais efetivo à saúde da população brasileira.

Se for assim, em que pesem os limites institucionais, historicamente orientados por arranjos curriculares e organizacionais tradicionais (disciplinares, fragmentados, rígidos), teremos boas chances de avançar e alcançar mudanças significativas, desde que conectados a experiências de formação amplas e referidas às demandas da realidade. O que observamos é que, sempre que isso ocorre, a perspectiva interprofissional aparece.

Como exemplo, podemos citar experiências<sup>4</sup> de disciplinas comuns, estágios e projetos (de extensão e de pesquisa) na área da saúde que puderam ampliar o debate na PUC-SP. Evidentemente, os limites curriculares e institucionais existem e são claramente observáveis, mas o mergulho no cenário de práticas e as parcerias que se estabeleceram com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, principalmente, mas não somente, com a Supervisão Técnica de Saúde Norte e serviços e comunidades locais acabaram por se impor, desafiando saberes instituídos e competências específicas a compor intervenções e soluções interprofissionais, levando gradualmente ao reconhecimento da necessidade de inventar novos arranjos no ensino, na pesquisa e na extensão. E, mesmo que, em alguma medida, haja dificuldades de se consolidarem institucionalmente, tais experiências, reconhecidas pelos serviços e pelo território, têm a potencialidade de gerar um movimento contínuo no debate sobre a

---

4 A esse respeito ver: Mendes (2007); Vicentin et al. (2016); e Vicentin et al. (2019).

EIP, como dispositivo de mudança na formação profissional e colocar no radar a importância de estabelecer competências para atuar em equipes interdisciplinares e contribuir com os processos de cuidado e produção de saúde da população brasileira.

Especificamente em relação ao projeto PET Saúde – Interprofissionalidade da PUC-SP, sob o título: Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica (2019-2021), de que trata esta coletânea, podemos afirmar que as atividades desenvolvidas lado a lado por docentes, estudantes, trabalhadores, gestores e usuários representaram um importante avanço na reflexão sobre a Educação Interprofissional entre os participantes do projeto: docentes e discentes dos cursos de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e serviço social; profissionais da saúde do território (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde); e usuários dos serviços.

O caráter de ampla participação de diferentes atores no projeto busca estimular os mecanismos de sustentabilidade para que a integração ensino-serviço-comunidade possa se expandir e apoiar mudanças curriculares e contribuir para a formação interprofissional, em consonância com as diretrizes e objetivos das políticas e programas do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC).

Nesse projeto, apostamos na estratégia Gestão Autônoma da Medicação (GAM), como dispositivo de melhoria da qualidade de vida de usuários de equipamentos da Atenção Básica da Saúde Mental e da Reabilitação. Tal estratégia é por si só um exercício de educação interprofissional, pois traz na base a ideia de cogestão, isto é, de gestão compartilhada dos processos coletivos de saúde, e a horizontalidade de papéis, o que significa dizer que não há um saber mais relevante que outro na negociação e na construção de conhecimentos. Usuários e diferentes profissionais da saúde têm suas palavras igualmente valorizadas.

Trabalhar com o dispositivo GAM é experienciar práticas de cuidado compartilhado entre usuários, trabalhadores, gestão dos serviços e comunidade acadêmica. Como dizem Passos et al. (2013, p. 26):

A GAM assumiu, no Brasil, o desafio de propor-se como 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.

Atuamos em dois contextos distintos de trabalho com o dispositivo GAM: o da ampliação e aprofundamento de grupos na Saúde Mental de adultos e o da instauração do dispositivo nos serviços ligados à saúde na infância e adolescência, atualmente identificados como um enorme e perigoso foco de medicalização de processos de desenvolvimento infantil.

Um dos fundamentos das ações de nosso projeto é o estabelecimento do diálogo horizontal entre todos os participantes, sendo a negociação de sentidos em relação aos processos de produção de saúde, tema central. Aqui, as especificidades de cada profissão são compartilhadas, não no sentido de um invadir o espaço do outro, mas de todos poderem identificar questões problemáticas e também soluções coletivas.

Com base nas grupalidades<sup>5</sup> que se constituem no processo de desenvolvimento coletivo do trabalho no território da Brasilândia por meio da GAM, têm-se revelado inúmeros desafios e importantes reflexões sobre a potência da educação interprofissional na docência, na pesquisa e nas práticas de cuidado em saúde, capazes de favorecer movimentos articulados entre profissionais de áreas distintas, população usuária e gestores dos serviços, com vistas à produção de saberes e formas de equacionamento de problemas de saúde que considerem a realidade do território e as múltiplas determinações que

---

5 O termo grupalidades refere-se à criação coletiva de um campo de relações e de construção conjunta e horizontal entre saberes, práticas e modos de sociabilização.

os constituem. Nesse sentido, “[...] Se for assim, não se trata mesmo de um pouco mais de prática ou de teoria, mas de que os espaços de formação, os serviços e os contextos problemáticos que os desafiam, sejam transvasados uns pelos outros” (Mendes, 2007, p. 159).

Aqui experimentamos, por meio de práticas colaborativas, o processo de construção e apropriação do conhecimento, de invenção de modos de acolher e intervir no campo social, e, principalmente, criando formas de “ser-em-grupo, de pertencer e circular nos coletivos”. Tal processo é com certeza nosso maior ganho, uma vez que é o encontro e o diálogo com as multiplicidades dos processos coletivos que faz funcionar as práticas efetivas de experimentação, ampliando as relações do pensamento, os modos de se relacionar com equipes e com os serviços, e a apropriação dos sentidos do trabalho em saúde. Essa perspectiva é altamente favorecida por meio da utilização da estratégia GAM e isso poderá ser observado em outros capítulos deste livro que detalham as atividades desenvolvidas nesse contexto.

Fica claro também neste trabalho que o processo de formação profissional não trata apenas de transmitir um saber, mas possibilita um aprender diferenciado, com base em um plano de experimentação, troca e colaboração. Certamente, as marcas produzidas por esse processo de produção de pensamento e de prática de cuidado em saúde, quando são capazes de produzir uma diferença, têm a potência de se expandir para debates mais amplos sobre formação do profissional de saúde e promover mudanças também em nossos projetos pedagógicos, estruturas curriculares e de criação de novas metodologias de ensino e pesquisa. Os aspectos presentes nesse processo e mencionados brevemente a seguir também serão desenvolvidos por meio de exemplos em outros capítulos. Por ora, vale o reconhecimento de que a experiência que está sendo realizada tem impacto no cotidiano dos cursos de graduação e, mais indiretamente, nas pesquisas e formação em nível de pós-graduação, se não ainda por meio de transformações estruturais, com certeza por meio da concretização de situações que permitem aquilo que se aproxima da práxis, no sentido da formulação

teórica que alimenta a ação, ao mesmo tempo em que se reformula com base na ação. Tal experimentação reposiciona professores, pesquisadores e alunos na academia.

A experiência da universidade em construir no encontro com os trabalhadores do SUS permite, dessa forma, promover o debate e reflexão baseados em várias áreas disciplinares, produzir uma maior sinergia entre as instâncias da graduação e pós-graduação com o desenvolvimento de pesquisa; e, também, ampliar o debate da EIP por meio da realização de fóruns, seminários, entre outros eventos realizados pelo projeto.

Nesse sentido, buscamos intensificar impactos na formação para o campo da saúde mental e da reabilitação, mais especificamente, oferecendo novas perspectivas de intervenção, por meio dos seguintes elementos: a) reflexão sobre a importância de propostas de reorientação curricular com proposições e desenvolvimento de matrizes curriculares afinadas aos princípios das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS; b) promoção de aprendizado motivado e apoiado pelas situações, problemas e desafios do cotidiano da prática profissional; c) promoção de estímulo à participação ativa, criativa, autônoma e propositiva de docentes, gestores, trabalhadores e estudantes envolvidos no projeto; d) vivência e reflexão crítica sobre a função da atenção básica como ordenadora do cuidado nos territórios; e) fortalecimento e consolidação de práticas em saúde afinadas às proposições da Política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica; f) aprimoramento e reflexão de estratégias de cuidado em reabilitação alinhadas às Políticas do SUS; e g) interação e construção coletiva de conhecimento entre docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde.

A importância de pensar e promover o debate do campo técnico-conceitual da EIP, ao privilegiar situações de aprendizagem, nas quais estudantes de diferentes profissões atuam como equipe por meio de práticas colaborativas, está na possibilidade de: a) ampliar os espaços de discussão integrados entre profissionais de diferentes formações; b) desenvolver habilidades para o trabalho em equipe

interdisciplinares; c) promover a transversalização de conteúdos programáticos em diferentes disciplinas; e d) ampliar o debate sobre metodologias de ensino, garantindo maior envolvimento do corpo docente.

Além disso, a EIP contribui para a compreensão de que a tarefa da formação em saúde diz respeito a captar, pouco a pouco, os atravessamentos entre os problemas reais (intensivos) dos serviços e as referências teóricas e político-institucionais relacionadas ao SUS. Essas dimensões devem interferir e se enovelar o tempo todo, inclusive com as dinâmicas curriculares e com a lógica de formação dos profissionais da saúde.

Avançar na construção de ensino, atuação e gestão por essa via não é simples, nem questão estritamente técnica. Convoca, entre outras coisas, investimentos ético-políticos, simultaneamente, para dentro e para fora das instituições de saúde e de formação. Para dentro, porque é preciso abertura às mudanças e muito trabalho, dos serviços de saúde e dos cursos de formação, para efetuar-las em alguma medida. Para fora, porque coloca as políticas públicas e as formas de organização da rede de serviços em constante processo de aprimoramento para dar conta dos complexos problemas de saúde no contemporâneo.

Nesse contexto, as possibilidades de ampliação do debate crítico sobre a EIP, em certa medida, dependem da potência do cenário de práticas, em promover reflexão teóricas, análises de contexto e elaboração de estratégias de ação capazes de responder e de intervir no contexto sanitário e nos processos de disputas e conflitos por recursos e modos de vida nos territórios.

No caso específico da saúde, o esforço de responder a tais demandas, coloca o trabalho em saúde e em equipes interdisciplinares na rede SUS, como um dos focos centrais da produção de referenciais conceituais e técnicos que orientem a formação e as práticas em saúde. Teixeira (2015, pp. 40 e 41) traz importante contribuição para pensar tal dimensão quando define o trabalho em saúde como:

atividade ontocriativa humana: atividade de invenção de si e do mundo. Um trabalho que inventa relações, formas de vida, formas de subjetividade. Um trabalho, ademais, que convoca continuamente a subjetividade do trabalhador, sua capacidade de iniciativa, sua inventividade em ato. [...] Trabalho em que o comum é, ao mesmo tempo, o produto e as condições de produção (conhecimentos, afetos, comunicação, cooperação, potência, saúde). Trabalho, enfim, em que todas essas implicações biopolíticas fazem com que outra dimensão da produção do comum se sobressaia: a ético-política.

Tais premissas corroboram para uma compreensão mais ampliada da natureza e dos elementos implicados na construção de práticas colaborativas e do estabelecimento de um campo efetivo de construção coletiva de saberes e modos de intervir nos territórios, por meio do desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. O que estamos afirmando: o SUS é, também, um espaço de formação. Espaço que favorece a integração de saberes e práticas profissionais para a produção das ações de cuidado, compromissada com a realidade brasileira e, ao mesmo tempo, com a superação de modelos fragmentários de ensino-aprendizagem.

Em diversos serviços da rede em que atuamos durante o projeto do PET-Saúde da PUC-SP, (unidades de saúde da família, centro especializado de reabilitação, centro de atenção psicossocial), buscamos (re)definir estratégias de intervenção, com base em mecanismos de debate coletivo, participativo e de gestão compartilhada. O que inclui não apenas o planejamento e definição das ações junto com estudantes, trabalhadores, docentes e gestores, como também a escuta das demandas e necessidades dos próprios usuários, tomando-os como protagonistas nos espaços de cuidado.

## A noção de saúde que cabe na perspectiva interprofissional

A ideia de cogestão, de gestão compartilhada e a centralidade no usuário do serviço e seu direito a um atendimento integral são essenciais às práticas em saúde, no sentido do estabelecimento de vínculo do usuário com os serviços e profissionais de saúde, além de ancorar e ampliar ações de produção de saúde de base comunitária e territorial.

Trabalhar nessa direção convoca também a repensar as concepções de saúde e doença que permeiam nossas práticas e interferem nos diversos modos de se oferecer ao outro. Na formação dos profissionais de saúde, tais concepções ainda estão fortemente assentadas na tradição da medicina científica e no modelo biomédico. Entre outros efeitos, isso nos induz a pensar a saúde como ausência da doença. O corpo é pensado exclusivamente em sua dimensão biológica e a doença pode ser definida como um conjunto de sintomas que indicam seu mau funcionamento. Práticas de cuidado dela derivadas tendem a tecnicismos, a reducionismos e aos estabelecimentos de relações impessoais e de poder e, por consequência, à inevitável perda de autonomia dos usuários sobre os destinos do tratamento.

Em relação à participação do usuário no encaminhamento dos processos de cuidado, Martins (2004, p. 28) inspirado nos estudos de Winnicott (1975) destaca

É preciso que nos sintamos criando o mundo a partir de nossas criações pessoais partilhadas, para que estejamos ativos e vejamos o mundo como nos concernindo. Assim, sentimo-nos expandindo, realizando-nos, vivendo. Ao contrário, em toda situação em que algo nos é imposto como uma verdade pronta, nos sentimos invadidos, impotentes, e aí sim o devir e a vida nos pesam, pois que passam a nos oprimir. Recuperar a saúde, pois, necessita ser algo vivenciado pelo paciente como uma criação sua, para que faça sentido, para que a vitória sobre uma doença seja acompanhada efetivamente de uma recuperação da saúde da

pessoa, isto é, que ela possa reapropriar-se de si, reencontrar efetivamente sua capacidade vital, capacidade somatopsíquicamente ativa e criativa em relação à sua vida.

Particularmente no Brasil, essa discussão se impõe com base no campo da Saúde Coletiva, que ganhou força como campo de formação e pensamento em saúde e representou um importante espaço de oposição ao modelo biomédico dominante nas formações em saúde. Já ao se abrir às disciplinas da antropologia, sociologia, psicologia, direito, entre outras, a Saúde Coletiva assume um papel estratégico, reunindo saberes diversos e apontando para a possibilidade de uma prática referenciada em uma perspectiva transdisciplinar; ao mesmo tempo, permite a crítica ao universo epistemológico da medicina científica tradicional.

Além disso, as bases teóricas da saúde coletiva são importantes referências para a formulações das políticas públicas de saúde, das formas de organização da saúde do brasileiro e do debate sobre modelos de atenção à saúde que visem garantir o acesso, a acessibilidade e a integralidade. Tais concepções estão presentes nos princípios do SUS e, como discutimos anteriormente, são concepções que se viabilizam com a perspectiva interprofissional de atuação.

Além de princípios e diretrizes gerais, a concepção revista de saúde, com ênfase na integralidade, na atenção ao sujeito compreendido em suas relações complexas e multideterminadas deve ser traduzida em práticas de cuidado que sejam coerentes.

Nesse sentido, interessa-nos aqui destacar as contribuições dos sanitaristas quanto à noção de clínica ampliada e da importância da escuta como condição de reconhecer e acolher o saber, o desejo e o interesse das pessoas, sobre aquilo que estão vivendo. Campos et al. (2004, p. 991) dizem que a Clínica Ampliada

é uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências. Mas também assume que as doenças e os riscos, a despeito dos

padrões e regularidades, e mesmo sendo influenciados pelos planos cultural e socioeconômico, em última instância, encarnam-se em sujeitos concretos. [...] Entretanto, o exercício da clínica ampliada e compartilhada pressupõe a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais, em equipe, possam exercer sua capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas, sobre o que se passa na relação entre a equipe e entre a equipe e os usuários, e deliberando coletivamente sobre isso. A gestão, entendida como o modo de operar no cotidiano, seria uma instância fundamental para interferir nos processos de subjetivação dos próprios profissionais, contribuindo para que eles participem da construção do sentido de seu trabalho e se sustentem como coprodutores de saúde junto aos sujeitos e às comunidades.

A escuta clínica nos serviços de saúde é defendida pelo SUS como alicerce para garantir acolhimento e humanização nos processos de cuidado à saúde, revelando os modos pelos quais o profissional da área se dispõe ao outro (usuários, profissionais e gestores do SUS) para manejar as situações e demandas de saúde que lhe são apresentadas.

A construção de respostas aos problemas de saúde de um dado território e o combate às configurações sociais que possam conduzir ao adoecimento passam, portanto, pelo desenvolvimento de práticas de saúde construídas baseadas no encontro com o outro, do coletivo de forças e de fatores heterogêneos que concernem ao estar junto. Então, pensar a vida como produção social na alteridade e, sobretudo, de escuta ao outro (aos usuários), é essencial para o reconhecimento de que a construção do cuidado “se faz nas relações, nas conversações entre sujeitos (usuários, profissionais, gestores)” (Souza, 2019, p. 9).

O caráter relacional das práticas de cuidado em saúde deve orientar a organização, o planejamento dos serviços e equipes nos diferentes territórios, o que implica pensá-lo

como espaço relacional no qual a vida pulsa. [...] como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura. Não se trata apenas de pensar os deslocamentos no espaço físico, mas de problematizar o olhar sobre o território, para pensar quais os modos de vida que estão sendo produzidos e que clínica é possível aí realizar. Nesse percurso, coloca-se, portanto, a reconstrução do conceito e da prática clínica [...] é preciso reinventar a clínica como espaço de efetivo engajamento e responsabilização para com o sofrimento humano, de construção de possibilidades de vida e de produção de subjetividades. (Lima e Yasui, 2014, p. 599)

A proposta da Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que os especialistas se responsabilizem por sujeitos concretos e não por saberes disciplinares restritos (Brasil, 2009). Significa dizer que a Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares entre os saberes disciplinares, tensionando os limites de cada matriz disciplinar para colocar em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Nesta perspectiva, a firmação profissional deve considerar que

[...] uma característica fundamental do trabalho em saúde é a de ser um trabalho vivo em ato, que se realiza no momento do encontro entre o trabalhador e quem demanda atenção. O momento do encontro é o que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos do viver de quem demanda atenção. Nesse sentido, capacidade de escuta, de estabelecer laços de confiança, certa disponibilidade, sensibilidade, atenção e uma multiplicidade de outros elementos são importantes para produzir um cuidado que considere as singularidades envolvidas no adoecer. Esses seriam aspectos importantes a serem abordados na formação em comum dos profissionais de saúde. (Capazzolo, 2017, p. 70)

Cabe destacar ainda que a Clínica Ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, ao contrário, apenas a coloca em outra chave de compreensão: integrar várias abordagens para possibilitar um manejo mais eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Nesse sentido, trata-se também de colocar em análise, justamente, a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, criar contextos favoráveis para que se possa problematizar certo especialismo ainda dominante no campo da saúde, em favor do alçamento de temas e atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional (Brasil, 2009).

São fundamentos e características com as quais se coaduna a perspectiva interprofissional que vimos trabalhando e que sempre que retomadas e referendadas contribuem para a com concretização das práticas propostas pela interprofissionalidade.

Por fim, vale afirmar que as atividades de formação (ensino, pesquisa e extensão), desenvolvidas pelas instituições de ensino e apoiadas no cenário de práticas e nos princípios da EIP, têm boas chances de inspirar e dar norte a uma formação profissional comprometida com a realidade social e com capacidade de gerar sinergia entre os atores e coletivos implicados no trabalho de produzir e promover saúde.

## Referências

- BRASIL (2009). Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Redes de produção de saúde / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, Ministério da Saúde.
- CAMPOS, G. W. S. et al. (2004). A aplicação da metodologia Paidéia no apoio matricial e na clínica ampliada. *Revista Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu, Fundação UNI/UNESP, v. 18. supl. I.
- CAPAZOLLO, A. A. (2017). "Formação em comum de profissionais da saúde: experiência da Unifesp, Campus Baixada Santista". In: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti (org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico]. 1. ed. Porto Alegre, Rede UNIDA, pp. 68-80. (Série Vivência em Educação na Saúde).

- FEUERWERKER, L. C. M. e CAPAZZOLO, A. A. (2013). “Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde”. In: CAPOZZOLO, Angela; CASEITO, Sidnei; HENZ, Alexandre. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo, Hucitec.
- LIMA, E. M. F. A. e YASUI S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, pp. 593-606.
- MARTINS, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, Fundação UNI/UNESP, v. 8, n. 14, pp. 21-32.
- MENDES, V. L. F. (2007). *Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família*. São Paulo, Editora Hucitec.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2010). *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* (WHO/HRH/HPN/10.3). Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20)>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- PASSOS, E. et al. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, n. 41, pp. 24-38,
- PEDUZZI, M. et al. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. v. 47, n. 4, pp. 977-983.
- PEDUZZI, M. (2017). Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, Ramona Fernanda. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* [recurso eletrônico].
- SOUZA, Luiz Augusto de Paula et al. (2019). Produção de saúde: experiências na Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, ano 4, ed. 12, v. 8, pp. 139-156, dez. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/producao-de-saude>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- TEIXEIRA, R. R. (2015). Dimensões da produção do comum e a saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 27-43.
- VICENTIN, M. Cristina G.; TRENCH, M. Cecília B.; KAHHALE, Edna M. P.; ALMEIDA, Isabella S. (orgs.) (2016). *Saúde Mental, reabilitação e atenção; básica – encontros entre universidade e serviços de saúde*. Brasília/São Paulo, Ministério da Saúde.

- VINCENTIN, M. C. G. et al. (2019). Saúde mental em rede: o curso de Psicologia na articulação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde. *Psic. Rev. São Paulo*, v. 28, n. especial, pp. 624-649.
- ZARPELON, L. F. B, TERCENIO, M. L., e BATISTA, N. A. (2018). Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 12.



# Produção de saúde, vulnerabilidades e políticas públicas

Maria da Graça Marchina Gonçalves<sup>1</sup>

Vera Lucia Ferreira Mendes<sup>2</sup>

Hugo Cantalogo Couto<sup>3</sup>

## Introdução

A proposta de trabalhar no campo das políticas públicas produzindo saúde como forma de enfrentamento das vulnerabilidades não é mera formulação retórica, reveladora de boas intenções. Trata-se de posição teórica que orienta a prática e de prática iluminadora da produção teórica; trata-se de formulação que busca garantir a *práxis* no campo da formação e atuação em saúde pública (Campos, 2011).

Nesse sentido, este capítulo traz algumas referências consideradas na articulação entre desigualdade social, vulnerabilidades, direitos e políticas públicas e que apontam para contextos e perspectivas de inserção no campo da saúde pública.

Podemos iniciar colocando que um dos eixos conceituais a ser considerado é o contraponto igualdade-desigualdade, no seio do qual

---

1 Professora doutora da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde e do PEPG em Psicologia Social da PUC-SP.

2 Professora doutora da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde e do Pós-graduação (especialização) em Psicanálise nas Situações Sociais Críticas da PUC-SP.

3 Preceptor graduado em Psicologia, UBS Jardim Guarani.

devem ser caracterizadas as vulnerabilidades que demandam produção de saúde e cuidado em uma determinada direção, com determinados propósitos.

Esse contraponto requer a compreensão da desigualdade social como fenômeno complexo e historicamente produzido. Há que se situar a desigualdade social como estrutural na sociedade capitalista e reconhecer suas diversas expressões, nas relações sociais e suas múltiplas configurações. Da mesma forma, há que se situar projetos que visam alcançar igualdade e justiça social em seu caráter histórico, identificando o que representam e como se concretizam ou não.

A desigualdade social estrutural é intrínseca à sociedade capitalista, o que significa dizer que a riqueza produzida implica, necessariamente, a produção de pobreza. Essa constatação remonta quase que ao início do capitalismo e implicou, entretanto, formulações teórico-explicativas diferentes, contribuindo para se desvelar ou encobrir o fenômeno. Em contraponto, uma das questões tratadas diz respeito à busca por igualdade, o que será balizado pela forma como se compreende a própria desigualdade.

Dentre os vários aspectos que podem ser considerados para se desenvolver essa afirmação, tomaremos a concepção de igualdade, procurando evidenciar seu caráter histórico. Formulada pela ideologia liberal, há uma noção que afirma que todos os indivíduos são iguais perante a lei. Estariam garantidas as prerrogativas individuais, de escolha, posicionamento, movimentação e localização social de todas as pessoas, perante os outros indivíduos e perante o Estado. Desde logo, tal formulação revelou-se abstrata e formal; entretanto, não de maneira imediata, pois como ideologia sustentou relações sociais pautadas na lógica da participação individual e competitiva no mercado, encobrindo a impossibilidade de todos os indivíduos terem acesso, por essa via, a trabalho e consumo de maneira igualitária. Como ideologia, entretanto, em sua formulação universal, contribuiu para encobrir as relações concretas que impedem a igualdade. E também para justificar a existência da desigualdade, pela mesma lógica individualizante de explicação.

No contraponto, a noção de desigualdade também se torna formal, porque inclui explicações e justificativas para sua existência no âmbito mesmo da noção de igualdade, vejam só! São as explicações para a desigualdade que vêm, por exemplo, da meritocracia, da ideia de que a igualdade inicial, que iguala todos os indivíduos, explicaria por que alguns não conseguem sucesso, não alcançam a realização. Não conseguem por incapacidades próprias, por diferenças individuais que os colocam em desvantagem, por questões naturais de diferenças individuais. Não há o que fazer, a não ser lidar, em alguma medida, com elas, por algum instrumento de classificação das diferenças e controle sobre elas. (Gonçalves, 2019, p. 117)

Como sabemos, a visão hegemônica de sujeito, formulada como expressão desse momento histórico, como expressão do indivíduo do capitalismo, se impôs como concepção dominante, como se fora a única e verdadeira possibilidade de ser; de produzir e de alcançar o progresso e, como consequência, a justiça social. Em nome dessa concepção moderna de sujeito, acompanhada das noções modernas de conhecimento e verdade, muito se violentou, dominou, explorou, dizimou, com a promessa ilusória de bem-estar para todos.

[...] o “mito da Modernidade”: por um lado, se autodefine a própria cultura como superior, mais “desenvolvida” [...]; por outro, a outra cultura é determinada como inferior, rude, bárbara, sempre sujeito de uma “imaturidade” culpável. De maneira que a dominação (guerra, violência) que é exercida sobre o Outro é, na realidade, emancipação, “utilidade”, “bem” do bárbaro que se civiliza, que se desenvolve ou “moderniza”. (Dussell, 1993, p. 76)

Essa breve referência ao mito da Modernidade representa apenas o reconhecimento da complexidade das formulações teóricas que guiam nossa discussão. E também a reafirmação da sua historicidade. Noções de sujeito, igualdade e justiça social são datadas e referenciadas em vidas concretas, representam interesses e expressam contradições.

Por isso, apontamos, no contraponto igualdade X desigualdade, a necessidade de identificar a gênese e o propósito dessas noções. Mas também entendemos ser necessário indicar as possibilidades e limites que representam. Se a igualdade se apresenta, em alguma medida, como expressão histórica de experiências humanas, ainda que concebida de maneira formal, ela pode, na discussão mesma de seu caráter formal e abstrato, ser projetada como possibilidade. E, neste caso, junto à projeção de condições concretas que viabilizariam sua realização. É dessa forma que se configuram, historicamente, projetos sociais que apontam para uma sociedade igualitária. O que nos cabe é avaliá-los criticamente.

A noção de igualdade deve, então, ser considerada em relação a como compreende a desigualdade e ao tipo de resposta que propõe para sua superação. Uma concepção histórica de igualdade (e desigualdade) considera sua produção social e maneiras, historicamente produzidas, de pautar projetos que visem superar uma e alcançar outra.

Com essa perspectiva, podemos avaliar criticamente, por exemplo, a luta por direitos sociais. A experiência de ter direitos também é histórica e se, inicialmente, na Modernidade, ter direitos significava ser reconhecido como indivíduo livre e cidadão, situação pautada em uma igualdade “de saída”, com o desenvolvimento do capitalismo e a manutenção e aprofundamento da desigualdade, ter direitos passou a ter reconhecido o lugar de classe social que deveria ter acesso à riqueza por ela mesma produzida. Outra noção de igualdade se impõe, a igualdade “de chegada”.

Os direitos sociais incluem e ampliam os direitos individuais em um processo histórico em que as contradições da sociedade capitalista são evidenciadas e enfrentadas, na possibilidade histórica de enfrentamento entre trabalho e capital. Os direitos sociais expressam conquistas dos trabalhadores organizados frente às classes dominantes, em lutas ao longo do século XX, mais especificamente, até meados desse século. [...] Nesse sentido, a noção de direitos sociais opõe a perspectiva de garantia de acesso,

como um princípio, à competição de mercado. Ou seja, impõe-se a questão: o atendimento de necessidades fundamentais deve ocorrer no mercado e de acordo com as suas leis, ou no espaço público que promova a distribuição do mínimo de riqueza (bens e serviços) necessário para essa garantia? [...] Nesse processo de reconhecimento dos limites do modo de produção capitalista, o sujeito individual e liberal é contraposto pelo sujeito social e histórico, que traz consigo a experiência de igualdade como meta, como finalidade da luta social. As noções de igualdade são, portanto, diferentes. De forma simplificada, podemos dizer que há a ideia de *igualdade de saída* e outra ideia, a de *igualdade de chegada*. (Gonçalves e Brambilla, 2020, pp. 267, 269)

Nesse contexto, a luta por igualdade e justiça social tem como um de seus elementos centrais a luta pela garantia de direitos sociais. A configuração tanto dos direitos sociais como da forma de concretizá-los (o que inclui a discussão do papel do Estado e a discussão de democracia) vai se dando de acordo com as particularidades do desenvolvimento histórico do capitalismo. E terá na definição, formulação e implementação de políticas públicas um conjunto importante de desdobramentos.

Esse tema será desenvolvido adiante. Por ora, basta pontuar essa relação, aqui brevemente exposta, entre a luta por igualdade (como igualdade de chegada), democracia e justiça social e a defesa de direitos sociais.

[...] O descompasso entre a fixação de direitos e a possibilidade de exercê-los de forma efetiva não significa que a existência de direitos é irrelevante. No mínimo, os direitos “formais” delimitam um ideal socialmente aceito e legitimam valores igualitários – em vez de denunciá-los como vazios, é possível tomá-los a sério e exigir que a ordem social os realize (Mouffe, 1992, p. 2)<sup>4</sup>. Além disso, mesmo que a possibilidade de desfrutá-los

4 Mouffe, Chantal (1992). “Democratic politics today”. In: Mouffe, Chantal (ed.). *Dimensions of radical democracy: pluralism, citizenship, community*. London, Verso.

seja distribuída de forma assimétrica, as brechas que eles abrem para diversas formas de ação não são desprezíveis. (Miguel, 2012, p. 103)

No caso brasileiro, cuja história de país periférico no capitalismo mundial é marcada, de forma particular, por desigualdades profundas e reproduzidas indefinidamente, a luta por direitos não é nada desprezível. Como nação, apenas recentemente nos deparamos de forma clara com essa questão e podemos apontar a Constituição de 1988 como um marco de um processo social e político, que pauta explicitamente a necessidade da garantia de direitos sociais e a questão da desigualdade como algo a ser enfrentado por um projeto social.

Bem sabemos que a afirmação de direitos que consta na Constituição não se tornou garantia de sua efetivação. Os 32 anos que nos separam da Constituição de 1988 são marcados por disputas políticas diversas, mas também reveladoras de maneiras diferentes de se compreender a contraposição igualdade X desigualdade. Apesar dos limites, podemos dizer, entretanto, que a experiência de afirmar direitos e reivindicar sua garantia começou a ocorrer mais amplamente.

A Constituição de 1988 representou o resultado de um processo bem-sucedido de transição democrática, pelo qual uma sociedade altamente desigual produziu uma promessa de inclusão social. As mudanças paradigmáticas nas políticas sociais introduzidas pela Carta produziram a inclusão dos *outsiders*, mecanismo este que não apenas reduziu desigualdades como contrabalançou os efeitos da crise econômica que atravessamos. (Arretche, 2018, p. 412)

Podemos dizer, também, que essa discussão pode ser um balizador para tratar de temas próprios do campo das políticas públicas. Como o tema da vulnerabilidade social. Conceito polissêmico e também complexo, porque referido exatamente aos resultados

históricos da contraposição igualdade X desigualdade, vulnerabilidade social tem sido uma referência para a delimitação de populações e situações que devem ser alvo de políticas públicas.

Considerando a discussão apresentada até aqui, só faz sentido falar em vulnerabilidade como expressão da desigualdade social. E só faz sentido falar em atendimento das vulnerabilidades se se tem como referência a igualdade de chegada. Em outras palavras, atender grupos sociais e/ou situações vulneráveis requer análise crítica do que se considera vulnerabilidade, de como se entende a produção das vulnerabilidades e do que se propõe para sua superação.

Essa discussão crítica já foi feita por autores diversos (Ayres, 2018, 2014; Serra e Volpini, 2016) com a perspectiva de mirar desigualdade, e não pobreza, falta ou carência; *produção social*, e não individual dos problemas; *emancipação e autonomia* (intersubjetivas), e não tutela; *cuidado integral*, e não fragmentado. Enfim, o tema da vulnerabilidade pode ser útil para orientar ações na direção da garantia de direitos. Desde que, entretanto, não sirva para estigmatizar grupos e situações sociais, com base em lógicas explicativas individualizantes e descontextualizadas.

Cheguei a ensaiar uma definição de vulnerabilidade nos termos dessa luta, buscando compreender vulnerabilidade como situações sistemáticas de desrespeito que levam a maior exposição a danos à saúde e, em sentido inverso, o reconhecimento recíproco entre os sujeitos como capacidade de resposta social diante dos agravos de saúde [...] De forma análoga, eu também tinha a impressão de que o quadro de vulnerabilidade precisava trabalhar mais de perto o modo como concretamente, na vida cotidiana, opera o desrespeito aos direitos, como se estabelecem vulnerabilidades em saúde nas relações sociais e de que forma se poderia identificar possibilidades para sua superação. (Ayres, 2018, p. 54)

A breve discussão apresentada até aqui procura situar o lugar dos direitos sociais em um projeto de enfrentamento das

vulnerabilidades, compreendidas na sua produção historicamente articulada com a desigualdade. Com essas referências, todo debate e todas as definições em torno das políticas públicas sociais devem evidenciar sua relação, possibilidades e limites frente à perspectiva de garantia de direitos.

A discussão de saúde e do direito à saúde, por exemplo, tem como um de seus eixos centrais a noção de produção de saúde. Por isso, dissemos no início que a proposta de produzir saúde como forma de enfrentar as vulnerabilidades não é mera retórica. É posição, em defesa dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, por meio de políticas públicas, como forma de denunciar a desigualdade social e contribuir para projetos que visam uma sociedade igualitária.

A discussão a seguir busca evidenciar a possibilidade de concretizar essa relação com base na realização de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **O SUS e a produção de saúde**

O campo das políticas públicas pode ser definido como campo de negociação e pactuação dos modos de cuidar do bem coletivo, do bem comum. Significa dizer que as políticas públicas respondem às necessidades de ampliar os direitos da população, entre outras coisas, por meio da construção de vínculos e conexões sociais em favor da reapropriação da vida.

Com essa perspectiva geral, a formulação e implementação das políticas públicas anunciam um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações construídas coletivamente nas suas diversas áreas e instâncias de efetuação e devem ser pensadas em seu caráter transversal, ou seja, na sua potência em atravessar níveis de governo, práticas de atenção e gestão, programas e serviços.

Especificamente em relação à política de saúde, o SUS é um bom exemplo de política pública que visa garantir direitos e responder às necessidades humanas básicas. Em seus princípios finalísticos: a universalidade, equidade e integralidade anunciam um ideal a ser

alcançado no campo da atenção à saúde da população, o que implica implementar “um sistema de saúde, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral”. (Teixeira, 2011, p. 2). Além disso, o SUS estabelece, como princípios estratégicos, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social, indicando as diretrizes políticas, organizacionais e operacionais do sistema de saúde capazes de responder às necessidades de saúde da população.

Esses princípios e diretrizes do SUS podem ser considerados à luz dos referenciais que apontamos acima, o que nos diz qual perspectiva de produção de saúde pode ser efetivada com base nessas proposições.

O caráter universal do SUS coloca o desafio de promover o acesso qualificado à saúde para todos os brasileiros, independentemente de qualquer filiação obrigatória a sistemas contributivos, ou independentemente de quaisquer características de renda, gênero, raça/cor/etnia, idade, origem, local de moradia, etc. A equidade indica, por sua vez, a necessidade de criar estratégias capazes de equiparar oportunidades e, portanto, de acolher diferenças e enfrentar desigualdades. A integralidade diz respeito a uma concepção de sujeito pleno, complexo e diverso que será atendido, implicando a construção de sistemas e práticas de promoção à saúde; prevenção dos agravos; diagnóstico e tratamento dos processos de adoecimento que garantam o reconhecimento desse sujeito e a atenção às múltiplas características garantidoras de saúde.

A operacionalização desses princípios vem se dando por meio de diversos mecanismos e dispositivos que procuram enfrentar os desafios decorrentes das diversidades existentes na realidade brasileira. Nossa análise deve levar em conta que tais diversidades estão marcadas pelas desigualdades e vulnerabilidades, conforme nossos referenciais indicam.

Um desses dispositivos é a regionalização dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Podemos dizer que a construção e o fortalecimento das Regiões de Saúde são, no SUS, uma condição para

alcançar melhores resultados sanitários e maior racionalidade e viabilidade econômica. O intenso debate sobre os caminhos para consolidar a regionalização e o trabalho em Rede no SUS, protagonizado por pesquisadores do campo da saúde coletiva, gestores, trabalhadores e usuários do SUS, culmina com o processo de pactuação tripartite, expresso pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), entendidas como

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Brasil, Ministério da Saúde, 2010)

Sendo as RAS organizações dinâmicas e horizontais dos vários componentes de atenção à saúde (básica, especializada, hospitalar e de urgência e emergência), fica evidente que se trata de processos necessariamente regionalizados, capazes de integrar e conectar ações e serviços de saúde nos diversos territórios de forma supra municipal. Isso exige tanto o enfrentamento da fragmentação do cuidado à saúde, quanto pactuação de modelos de governança que possam “romper com estruturas formais das responsabilidades administrativas e incorporar dimensões territoriais nem sempre circunscritas a apenas um município” (Costa e Santos, 2014, p. 4).

Nesse sentido, a consolidação do SUS no país passa, permanentemente, pelo debate conceitual e das experiências concretas nos territórios locais. Tal debate põe em análise, entre outras dimensões, a gestão, a governança e os modos de organização dos serviços de saúde, buscando também implementar redes regionalizadas como estratégias para a qualificação das práticas em saúde e para o desenvolvimento de linhas de cuidado capazes de garantir o acesso, a oferta de atenção contínua e integral e o acompanhamento multiprofissional do usuário em seu percurso nos serviços de saúde.

Em outras palavras, o monitoramento e a avaliação constantes de processos como esse devem mostrar se isso realmente se dá,

a implementação de mecanismos e dispositivos pautados nos princípios do SUS nos aproxima da garantia de direitos e do enfrentamento das vulnerabilidades.

A lógica de cuidado em rede e a indução de linhas de cuidado visam induzir os processos de produção de saúde, articulando recursos e práticas entre as unidades de atenção de uma região de saúde, com base na ampliação da conectividade das equipes nos diferentes pontos de atenção e da produção de práticas que considerem a variação da vida e dos arranjos nos territórios.

Desse modo, além dos aspectos formais, organizacionais e estruturais, importantíssimos à instituição e à operacionalização das RAS, os desafios passam, também, por camadas que expressam posições, sentidos, valores, atitudes, formas de vida e de cognição capazes de inspirar e dar norte à produção e à produtividade das RAS, em função de compromissos pactuados e da capacidade para gerar sinergia entre os atores e coletivos implicados no trabalho de produzir e promover saúde.

Tais formulações da política pública de saúde, em boa medida, além de orientar novos rumos de governança, de regulação, de financiamento, de formação dos gestores, equipes e profissionais de saúde, aponta para a necessidade de uma profunda revisão dos modelos de cuidado, entendidos como “complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” (Cecilio e Merhy, 2003, p. 2).

O tema das redes na saúde, em sentido amplo, responde a uma série de problemas que se colocam como que em camadas, de gerenciamento formal e funcional de uma dada estrutura e/ou sistema de relações, atividades, serviços, insumos e recursos (físicos, humanos, econômico-financeiro, etc.), até as camadas relacionais e conversacionais, nas quais os conhecimentos e afetos transitam frente a determinados objetivos e condições concretas.

Reconhecer tais dimensões das Redes nos permite refletir sobre o caráter indissociável entre política pública e produção de cuidado. Isto porque, a esfera pública, como aquela ligada à saúde, só evolui com

práticas sociais efetivas, apoiadas na qualidade e sinergia das relações humanas, o que requer uma ética de coimplicação de todos os atores com as políticas e as ações que buscam promover.

que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação sempre orientados pelo direito à saúde que o SUS na constituição brasileira consolidou como conquista. É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão. (Benevides e Passos, 2005, p. 393)

As considerações acima procuram evidenciar que os arranjos técnico-administrativos, como a regionalização dos serviços, devem necessariamente ser pensados de forma articulada com os conteúdos que lhes podem dar efetividade na direção da concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Assim é que a regionalização deve incluir a lógica do trabalho em rede, sem o que se torna elemento rígido e burocrático de alocação de recursos.

Nesta perspectiva, a Atenção Básica (AB) merece destaque, uma vez que organiza suas práticas em bases territoriais definidas com base no conhecimento das necessidades de saúde da população, o que implica atuar na fronteira do campo clínico e do campo social, articulando atividades individuais (clínico-ambulatoriais) e coletivas (programas e grupos) com o objetivo de tratar e monitorar os processos de adoecimento e de desenvolver práticas de produção de saúde.

A atuação dos profissionais na AB não deve se fixar/apoiar apenas em suas especificidades científicas e em práticas clínicas tradicionais. Ao contrário, exige esforço radical para entrar em conexão com diferentes saberes e desenvolver projetos capazes de lidar com a dimensão da pluralidade da vida e a complexidade dos processos de saúde/doença. Ou seja, para além da saúde, é preciso “invadir e transitar por outros territórios como o trabalho, a arte, a rua, e a cidade, colocando a clínica em contato com a sua exterioridade” (Galletti, 2004, p. 123).

Nesse sentido e, não por acaso, a consolidação da lógica de produção de saúde exige, por exemplo, i) ação interdisciplinar e transversal entre os campos profissionais de modo a ampliar a clínica, no sentido de abrir a escuta e agir para superar especialismos disciplinares; ii) para contextualizar os processos de saúde e doença em função das realidades sociais e sanitárias, que ajudam a produzir e/ou manter as condições de saúde e de doença; e iii) para realizar o acolhimento das demandas de saúde dos usuários, favorecendo seu protagonismo nos processos de cuidado (Campos, 2005).

As práticas de saúde devem ser desenvolvidas com base na responsabilidade compartilhada e da construção conjunta, visando à apropriação de saberes, a construção de processos de trabalho e de dispositivos terapêuticos centrados na potência da ação coletiva dos grupos, de sua capacidade de interagirem e de se porem em relação, ampliando a autonomia dos sujeitos na gestão de seus problemas de saúde.

Quando equipes são capazes de reconhecer e acolher tal dimensão das práticas de saúde, ultrapassam o nível formal (técnico/especializado, de gestão, etc.) de suas operações requalificam posições e ações, por meio de parcerias ativas com a população, inventando novos modos de vinculação e constituindo soluções singulares às demandas que emergem nesses encontros. Isso se dá, sobretudo, no compartilhamento e na produção pactuada de práticas, de saberes e de conhecimentos, gerados para enfrentar questões ligadas à saúde em espaços/tempos locais. (Mendes, 2007, p. 29)

Tal perspectiva exige que as equipes de saúde possam colocar em diálogo interesses, concepções, perspectivas e culturas institucionais bastante variadas, que pedem um reiterado exercício de acolhimento das diferenças e de construção (com base nos princípios do SUS) de um projeto comum, que funcione como plano de consistência para sustentar a rede e seu funcionamento.

Trata-se, portanto, de integrar e de fortalecer “o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum” (Benevides e Passos, 2005, p. 393).

Se for assim, as experiências concretas de cuidado e de produção de saúde têm potência de inocular vitalidade às políticas públicas, a ponto de, em alguma medida, inspirar, reorientar sentidos e interferir em sua lógica, por meio de um contágio ascendente, que sai do plano das experiências efetivas para a esfera da gestão e de formulação das políticas.

## Referências

- ARRETCHE, Marta. (2018). Trinta anos da Constituição de 1988 – razões para comemorar? *Novos Estudos CEBRAP*, v. 37, n. 3, pp. 395-414.
- AYRES, José Ricardo, CASTELLANOS, Marcelo E. P., e BAPTISTA, Tatiana W.F. (2018). Entrevista com José Ricardo Ayres. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. v. 27, n. 1, pp. 51-60.
- AYRES, J. R. C. M. (2014). “Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais”. In: BARROS, S., CAMPOS, P. F. S., e FERNANDES, J. J. S. (org.). *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. Barueri, Manole, pp. 1-25.
- BENEVIDES DE BARROS, R., e PASSOS, E. (2004). *Clínica política e as modulações do capitalismo. Lugar Comum – estudos de mídia, cultura e democracia*. Rio de Janeiro, n. 19 - 20, pp. 159 -171, jan-jun.
- (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 17, pp. 389-406, mar./ago.
- BRASIL (2010). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, Ministério da Saúde.
- CAMPOS, G. W. S. (2005). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 2. ed. São Paulo, Hucitec.
- (2011). A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, pp. 3033-3040.

- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira, e MERHY, Emerson Elias. (2003). Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, março de. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 9 ago 2021.
- COSTA, A. M., e SANTOS, F. P. (2014). O processo de Construção de Redes de Atenção à Saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, MS/FioCruz/ENSP, n. 52.
- DUSSEL, Enrique (1993). *1492- O encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade*. Petrópolis, Vozes.
- GALETTI, M. C. (2004). *Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia, UCG.
- GONÇALVES, M. Graça M. (2019). "Ressonância: identidade e Alteridade – breve análise à luz da contraposição igualdade e desigualdade". In: VICENTIN, M. Cristina G. et al. (orgs.). *Construindo uma psicologia social ético-política na transversalidade teórica*. São Paulo, EDUC, PIPEq, pp. 89-106.
- GONÇALVES, M. Graça M., e BRAMBILLA, Beatriz B. (2020). Dimensão subjetiva e políticas públicas – de como a garantia de direitos requer a consideração da subjetividade. In: BOCK, Ana M. B., GONÇALVES, M. Graça M., e ROSA, Elisa Z. (orgs.). *Dimensão Subjetiva: uma proposta para uma leitura crítica em psicologia*. São Paulo, Cortez, pp. 263-283.
- MENDES, V. L. F. (2007). *Uma clínica no coletivo: experimentações no Programa de Saúde da Família*. São Paulo, Hucitec. (SaúdeLoucura 21).
- MIGUEL, Luís F. (2012). Democracia e sociedade de classes. *Revista Brasileira de Ciência Política*. Brasília, v. 9, pp. 93-117, set./dez.
- SERRA, Ordep, e VOLPINI, Lorena (2016). Considerações sobre a violência fria. *Caderno CRH*. Salvador. v. 29, n. 76, pp. 119-131.
- TEIXEIRA, C. (2011). *Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde*. Salvador, Bahia, junho.



# A GAM no cuidado em saúde mental: pelo enfrentamento da medicalização e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial

Elisa Zaneratto Rosa<sup>1</sup>

Renata Escorcio<sup>2</sup>

## Breve panorama das práticas medicalizantes em saúde mental na atualidade

A sociedade moderna nos leva a um ritmo e a um estilo de vida cada vez mais estressantes e difíceis. Excesso de atividades, cobrança por produtividade, precariedade dos mecanismos de proteção social, condições socioeconômicas e familiares podem levar a situações de sofrimento psíquico, expressos em quadros e sinais como ansiedade, insônia, fadiga, queixas somáticas, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração. Essas vivências provocam, muitas vezes, uma incapacitação funcional significativa e prejuízos psicossociais. Diante disso, a prática do uso de medicamentos tem se tornado um dos caminhos mais rápidos para amenizar o sofrimento psíquico da população, numa sociedade que considera que o mal-estar, bem como todo tipo de sofrimento, deve ser abolido a qualquer preço.

---

1 Psicóloga, docente na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

2 Fisioterapeuta e docente na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Medicam-se os mais diversos tipos de comportamento e sentimento. Por exemplo, tornou-se frequente a ingestão de medicação para se ter um sono melhor ou até mesmo ter um maior rendimento nas atividades cotidianas (Marcon et al., 2012).

No Brasil e no mundo, o consumo de psicotrópicos teve um aumento expressivo nos últimos 10 anos e a utilização desses medicamentos foi considerada abusiva e indiscriminada (Ferrari et al., 2013). Esse crescimento pode ser atribuído a maior frequência de diagnósticos de transtornos mentais na população, à introdução de novos medicamentos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas dos fármacos já existentes (Rodrigues, 2006). Os psicofármacos devem ser utilizados de forma racional, tendo em vista que podem produzir vários efeitos adversos, causar dependência e o seu uso contínuo e prolongado pode gerar problemas à saúde da população (Villa, 2003). Desta maneira, as discussões sobre o uso consciente de medicamentos psicotrópicos devem fazer parte da rotina dos profissionais da equipe de saúde num processo permanente de vigilância e de responsabilização sobre as condutas adotadas e prescrições realizadas.

Chama a atenção um estudo realizado em 2007 e publicado pela *Danish Medicines Agency*, em que diz que 51% de 108 psiquiatras dinamarqueses disseram que usavam medicamentos demais e apenas 4% disseram que usavam pouco demais. Em 2009, as vendas de medicamentos para o sistema nervoso na Dinamarca eram tão altas que um quarto da população inteira poderia estar em tratamento diário (Gotzsche, 2016).

Nos EUA, houve um aumento exponencial no uso de medicamentos para problemas emocionais. Entre 1990 e 1992, identificava-se esse uso em uma taxa de 12% da população entre 18 e 54 anos. De 2001 a 2003, essa taxa aumentou para 20%, sendo que apenas metade dessas pessoas atendiam aos critérios diagnósticos para um transtorno, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA)

(Kessler et al., 2005). Em 2012, o *Center for Disease Control* (CDC) dos EUA, referiu que 25% da população americana sofria com transtorno mental (Spence, 2012).

Nem mesmo as crianças escaparam da mercantilização da doença. Em New Jersey, 1 em cada 30 meninos é diagnosticado com transtorno do espectro autista, e um quarto das crianças é medicada para transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de humor ou outro transtorno psiquiátrico (Gross, 2006). Segundo Moynihan e Cassels (2005) e Petersen, (2008), os medicamentos para TDAH têm efeitos semelhantes à anfetamina. O fato de termos crianças sentadas quietas na escola não pode ser tomado como evidência de que o diagnóstico estava correto; mostra apenas que a anfetamina tem esse efeito (e muitos outros, incluindo apatia, falta de humor e isolamento social). Os medicamentos para TDAH são perigosos. Não se sabe muito sobre seus danos a longo prazo, mas é certo que podem prejudicar o coração, da mesma maneira que é visto em dependentes de cocaína a longo prazo, e levar à morte, mesmo em crianças. Há evidências de que os medicamentos para TDAH causam transtorno bipolar em cerca de 10% das crianças, o que é um problema grave.

O tratamento com antidepressivos está cada vez mais preocupante. No DSM-V, por exemplo, o luto é considerado um transtorno depressivo se durar mais de duas semanas, enquanto no DSM-III esse período estava estabelecido em dois meses e no DSM-IV era de um ano. A pergunta que se coloca é: não deveríamos permitir que as pessoas fiquem por vezes tristes e infelizes, sem atribuir um diagnóstico de depressão? Não parece normal que isso se configure em algumas situações?

O processo de construção e de revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) é especialmente emblemático. Suas sucessivas versões resultam antes de lutas políticas do que ao avanço científico. No seio dessas lutas, estão os interesses corporativos da psiquiatria, da indústria farmacêutica e de grupos

organizados de pacientes psiquiátricos. Entre perdas e ganhos específicos em torno de algumas categorias diagnósticas, a verdade é que as categorias identificadas crescem a cada versão, havendo um aumento de mais de 200% desde o DSM-I até o DSM-IV-TR (texto revisado). Em 2013, o DSM-V teve um aumento de 12% de categorias diagnósticas, em relação à versão anterior (Freitas e Amarante, 2015).

Esse processo revela que “[...] a *doença* passou a ser resultante dos interesses corporativos da medicina mental e da indústria farmacêutica” (Freitas e Amarante, 2015, p. 77). Em decorrência, expandem-se sem limites seus mercados, já que “[...] são inúmeras as experiências humanas que podem ser convertidas em doenças mentais” (Freitas e Amarante, 2015, p. 105). A indústria farmacêutica utiliza-se de estratégias que influenciam a prática médica, o que está diretamente relacionado a interesses lucrativos. Os laboratórios farmacêuticos frequentemente anunciam novas doenças para se encaixarem nos medicamentos que pretendem lançar. Esta relação é marcada, muitas vezes, por uma conjunção de interesses sem respeitar a relação com a saúde das pessoas (Angell, 2007).

Angell (2011), ex-editora do *New England Journal of Medicine*, argumenta sobre as pesquisas clínicas patrocinadas pela indústria farmacêutica que envolvem medicamentos psiquiátricos:

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

Peter Gotzsche (2016), em seu livro, *Medicamentos Mortais e Crime Organizado*, diz que nunca foi documentado que qualquer uma das grandes doenças psiquiátricas seja causada por um desequilíbrio químico, e ainda, não há qualquer teste biológico que consiga nos dizer se alguém tem determinado transtorno mental. Freitas

e Amarante (2015) também criticam a teoria de que as enfermidades mentais resultam de um desequilíbrio químico do cérebro. Afirmam a predominância desse paradigma biologista no campo da saúde mental, denunciando suas implicações para a vida cotidiana. Na medida em que essa teoria implica reconhecer a terapêutica como a prescrição de antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos, com vistas ao reajuste do equilíbrio químico, denuncia a transformação de formas de pensar, sentir e agir em fenômenos de causalidade biológica originados no cérebro como uma estratégia mercadológica – exitosa – da aliança entre a medicina mental e a indústria farmacêutica.

Whitaker (2010, p. 84) discorre sobre o equívoco do desequilíbrio químico:

Os medicamentos psicotrópicos não corrigem um desequilíbrio químico, eles o causam, que é a razão pela qual é tão difícil livrar-se dos medicamentos de novo. Se ingeridos por mais do que algumas semanas, esses medicamentos criam a doença que pretendiam curar. Transformamos a esquizofrenia, o TDAH e a depressão, que muitas vezes eram doenças autolimitadas no passado, em transtornos crônicos por causa dos medicamentos que usamos.

Gotzsche (2016) afirma que, quando se tenta realizar a retirada da medicação, os sintomas que aparecem se assemelham à doença e as pessoas experimentam outros sintomas que não tinham antes. É um fato delicado, pois muitos psiquiatras e usuários medicados interpretam isso como um sinal de que ainda precisam da medicação. É um equívoco! Eles se tornaram dependentes, como um usuário de cocaína ou heroína, por isso, orienta que as pessoas encarem tais medicamentos como narcóticos sob prescrição e usem o mínimo possível. Assegura que a maioria dos psiquiatras determinam tratamentos para a vida toda, conduta percebida como um desastre, por muitas razões. Uma delas é o fato de manter as pessoas aprisionadas na condição de paciente, terem a sua personalidade alterada pelos medicamentos, de modo que não aprendem a lidar com os desafios da

vida. Refere parecer provável que não apenas os antipsicóticos, mas todos os medicamentos psicotrópicos podem causar danos irreversíveis ao cérebro e mudanças permanentes de personalidade, como discinesia tardia, declínio cognitivo e apatia emocional.

## **Enfrentando os processos de patologização e medicalização: o contraponto histórico dos movimentos de Reforma Psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica é muitas vezes reduzida à dimensão política, jurídica e institucional relativa à sua condição de política pública de saúde mental, que tem como horizonte a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária e territorial de serviços de atenção em saúde mental. A transformação dos serviços, contudo, vem acompanhada de uma mudança de modelo assistencial, o qual em verdade se sustenta em fundamentos teóricos e epistemológicos que colocam em questão a própria noção de patologia mental, desvelando suas origens históricas e, com isso, apontando para um amplo processo de transformação social e cultural. Podemos dizer, portanto, que o fundamento da Reforma Psiquiátrica, em seu sentido mais radical, está no combate a todas as formas de medicalização, compreendida como as formas pelas quais questões da vida cotidiana, determinadas por condições sociais e históricas, transformam-se em objeto de um saber médico científico. Por meio dele, a sociedade legitima a utilização de intervenções e técnicas direcionadas à cura daquilo que foi traduzido como doença, operando um controle normatizador e regulador de diversos aspectos da vida humana. A medicalização pode ser entendida, nesse sentido, como a captura do sujeito e da existência humana como objeto, que deve ser controlado e ajustado na direção da normalidade, abstraídas as construções sociais e históricas desse ideal de sujeito humano completo (Angelucci, 2014). A medicalização, portanto, vem acompanhada da patologização, processo pelo qual o sujeito é objetivado na doença mental.

Desse modo, quando nos referimos à medicalização, não estamos tratando exatamente da prescrição ou utilização de medicamentos. Nas palavras de Freitas e Amarante (2015, p. 131):

Medicalização é, grosso modo, um processo amplo pelo qual condições humanas e problemas ordinários passam a ser definidos e tratados como condições médicas, tornando-se, portanto, objeto de estudo exclusiva ou predominantemente médico, diagnóstico, prevenção ou tratamento. Pelas implicações dessa lógica, trata-se de um fenômeno que é, ao mesmo tempo, de ordem cultural, política e econômica.

Segundo os autores, isso não implica que as experiências individuais ou coletivas de mal-estar e sofrimento psíquico não existam. Elas são reais: e o são também as expressões de ansiedade, o pânico, o medo, as expressões de sofrimento denominadas como depressão ou esquizofrenia. Contudo, o modo como essas experiências são descritas, tratadas e interpretadas transforma-se ao longo do tempo – como transforma-se também a sua constituição – exigindo que relativizemos as categorias cientificamente afirmadas, de modo a permitir maneiras distintas de se aproximar e lidar com essas experiências.

Em última instância, é esse o fundamento da Reforma Psiquiátrica, em seu sentido mais radical. Explicitado pela famosa formulação de Franco Basaglia (1985), ele pode ser definido como: colocar a doença entre parênteses. A definição abstrata da doença coloca o sujeito entre parênteses e nosso esforço deve caminhar na direção contrária: resgatar o sujeito, sua individualidade, reconstituir seu rosto e buscar as raízes de seu sofrimento no sistema social, político e econômico. Em função disso, Rotelli (1988) nos convida a uma revisão do objeto da Psiquiatria. Ele não deve ser a doença, mas a existência-sofrimento do sujeito na sua relação com o corpo social. Portanto, o trabalho terapêutico deveria “[...] ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme a sua vida concreta cotidiana” (Rotelli, 1988, p. 3).

Então a instituição inventada sobre o objeto “existência que sofre do corpo em relação com o corpo social” é feita de serviços que, rompida a separação do modelo médico e percebendo no modelo psicológico os idênticos vícios do biológico, entram com toda força no território das engenharias sociais como motores da sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e, por isso, terapêuticos. Então, terapeuticidade é a intencionalidade dos serviços que são intermediários materiais, capazes de colocar em movimento trocas sociais bloqueadas. (Rotelli, 1988, p. 5)

O fundamento da Reforma Psiquiátrica que aqui apresentamos foi construído com base em um conjunto de experiências e formulações teóricas, dentre as quais destacamos, além das contribuições de Franco Basaglia e Franco Rotelli, François Tosquelles, Frantz Fanon, David Cooper, Jean Oury, Felix Guattari (Gallio e Constantino, 1993; Fanon, 2020; Cooper, 1983; Guattari, 1992; Oury, 1977). No Brasil, a produção da Reforma Psiquiátrica se articula às lutas pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e fomenta a elaboração de diretrizes teórico-técnicas de um conjunto de trabalhadores, militantes, pesquisadores, usuários e familiares. Dentre eles, destacamos a contribuição de Nise da Silveira, por seu pioneirismo na crítica à abordagem patológica da loucura e por sua insistência e aposta na valorização e escuta dos sujeitos capturados por meio das estruturas institucionais da psiquiatria e reduzidos à condição de doentes (Silveira, 1981).

A possibilidade da emergência desse pensamento, no entanto, remonta às leituras críticas sobre a própria história da loucura, do saber psiquiátrico e de outros saberes científicos relativos ao campo psi. Nessa revisão histórica, é incontestável a contribuição de Foucault (2014), que localiza no século XIX o momento em que a loucura passa a ser tratada, no mundo ocidental moderno, como doença mental. Para o autor, esse processo envolveu uma complexa operação moral, que nada mais fez a não ser dar continuidade a à segregação

social necessária à moral burguesa, ocultada por um discurso científico revestido de neutralidade. Castel (1978) argumenta que a sociedade burguesa, fundamentada na contratualidade de indivíduos livres, necessita de um saber médico (e posteriormente médico-psicológico) para neutralizar e tutelar uma categoria desses indivíduos, os quais não podem ser controlados simplesmente pelo aparelho jurídico-policial. Porque desprovidos de razão, a gestão dos conflitos instaurados por sua existência na sociedade necessita de um índice de patologização e medicalização, os quais permitem então a incidência legítima do controle sob seus corpos. Basaglia (2010) aponta que a loucura, antes de ser identificada pela racionalidade burguesa como doença, confundia-se com a miséria humana, nas muitas dimensões que a definem, e que a sociedade moderna necessitou de um sistema para operar a violência sob ela sem evidenciar suas contradições, de tal modo que o saber, as práticas e as instituições médicas surgiram para “[...] mistificar a violência através do tecnicismo, sem com isso modificar sua natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto” (Basaglia, 1985, p. 102).

Feita essa breve incursão histórica, que localiza a emergência da Psiquiatria e do discurso patológico sobre a loucura, é possível melhor fundamentar o ponto da crítica em que nos ancoramos. Freitas e Amarante (2015), referenciando a obra de Thomas Szasz, anunciam a forma como a psiquiatria transforma comportamentos sociais em doenças mentais, num processo que desresponsabiliza a sociedade e os indivíduos, “[...] transformando o que é da ordem política, moral e existencial em fenômenos tratados como doenças” (Freitas e Amarante, 2015, p. 29).

Assim, nossa crítica aponta para o fato de que as categorias diagnósticas das chamadas patologias mentais, catalogadas no já citado DSM, são construções conceituais que resultam de processos sociais e históricos. Os modos de pensar, sentir e agir nele elencados como doença constroem-se social e historicamente, assim como sua apreensão como categorias diagnósticas, o que inclusive é uma das dimensões constitutivas das experiências de sofrimento que se configuram

nesse momento. Mas as condições sociais e históricas da atualidade adensam um elemento à nossa crítica, o qual anunciamos anteriormente e agora resgatamos: nesse momento, “[...] o que historicamente era um processo de construção social da doença foi substituído pela construção corporativa da doença” (Freitas e Amarante, 2015, p. 77). Ou seja, essa construção, como social e histórica, passa a ter como elemento constitutivo determinante a aliança entre a medicina mental e a indústria farmacêutica. Parte dessa condição relaciona-se ao fato de que, na segunda metade do século XX, com o fim da Segunda Guerra Mundial, os psicofármacos são recebidos como a solução milagrosa para os problemas psíquicos. Eles passam, assim, a ocupar um lugar central e estratégico dentre as técnicas e intervenções operadas pelos saberes, instituições e profissionais da psiquiatria direcionadas à cura das doenças mentais, traduzida por nós como operação de violência e controle das contradições sociais constitutivas da diversidade de experiências que tais “doenças” revelam.

Isso posto, temos uma expansão sem limites, impulsionada fortemente pelo mercado, dos processos de patologização e medicalização e, com eles, do consumo de medicação, o que persiste como um desafio para o próprio processo de Reforma Psiquiátrica. Com muita inventividade e delicadeza, teceram-se nos serviços substitutivos, espalhados em rede, experiências diversas de resgate dos sujeitos outrora esquecidos pela doença. Na construção de projetos terapêuticos singulares, na invenção de novas formas de trabalho, nas produções culturais que provocam novos modos de pertencimento e circulação pela cidade, no acolhimento, na escuta e no vínculo estabelecido para sustentar o cuidado com cada usuário, os trabalhadores da rede substitutiva transformaram seus saberes e suas intervenções, recusando a patologização e a medicalização como referência. Certamente, não se trata de uma condição superada. Na medida em que está presente na nossa sociedade, a medicalização se expressa muitas vezes nos processos de formação, nas práticas das equipes, nas expectativas dos usuários dos serviços. Assim, esses processos persistem, sempre, como um desafio na direção da radicalidade da Reforma

Psiquiátrica, uma vez que, em seu fundamento, está a recusa da abordagem patológica da experiência humana. Com eles, persiste a gestão do tratamento medicamentoso como uma prática não reformada na Reforma Psiquiátrica brasileira (Onocko Campos et al., 2013).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica possibilitou uma transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo de saúde mental comunitária. Ampliou, assim, o campo da clínica, qualificando a atenção como psicossocial, redefinindo o sentido de saúde na fronteira entre o individual e o coletivo. Entretanto, mesmo nesse contexto, o tratamento farmacológico segue amplamente privilegiado, e de modo acrítico. Muitas vezes, o tratamento em saúde mental está reduzido aos psicotrópicos, e a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários sobre o tratamento é deficiente. (Onocko Campos et al., 2012a, p. 968)

O intransigente caráter transgressor da Reforma Psiquiátrica aponta, diante disso, caminhos possíveis para a persistência desse enfrentamento radical e muitos deles, quando experimentados, mostram potentes efeitos. Lobosque (2020) discorrendo sobre os riscos do empobrecimento da clínica psiquiátrica pela exclusão da dimensão subjetiva das pessoas atendidas, o que impediria a escuta necessária ao laço terapêutico legítimo e operante, traz a palavra dos usuários como auxílio para que se possa resgatar “[...] o mais fértil conteúdo da clínica psiquiátrica” (Lobosque, 2020, p. 199). Ela nos conta que:

Em manifestação pública perante o XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, usuários dos serviços de saúde mental mostraram a ardente busca do bom tom, da forma justa, da palavra exata, ao ensinar-nos, com delicadeza: “Não se calam as vozes; aprende-se a escutá-las”. (Lobosque, 2020, p. 199)

Eis um bom caminho: aprender a escutar as vozes, ao invés de buscar sufocá-las. Podemos dizer, sem muitos riscos de errar, que nossas mais frutíferas experiências na direção de enfrentar a medicalização na trajetória da Reforma Psiquiátrica apostaram em escutar as

vozes. Referenciamos, aqui, o Diálogo Aberto (*Open Dialogue*), com origem na Finlândia, que propõe um modo de organizar a assistência em situações de crise, abrindo e sustentando um diálogo contínuo com a pessoa atendida, seus familiares, sua rede social, em busca de entendimentos e estratégias de enfrentamento, os quais estão abertos a permanentes transformações elaboradas pelo grupo, em diálogo (Freitas e Amarante, 2015). Ao lado dessa experiência, o Movimento Internacional dos Ouvidores de Vozes apostou em grupos nos quais usuários, familiares, pesquisadores e trabalhadores pudessem reformular entendimentos tradicionais sobre ouvir vozes com base nas experiências dos ouvintes. Mudar o relacionamento com as vozes, abandonando sua abordagem patológica e oferecendo um espaço de diálogo seguro, permite a compreensão de vivências, com importantes efeitos para a saúde mental. Organizados em rede, os ouvidores passam a oferecer capacitação para profissionais de saúde, a fim de difundir essa abordagem (Couto e Kantorski, 2018). Por fim, a Gestão Autônoma da Medicação (GAM), criada no Canadá, representa uma estratégia para o resgate da participação ativa do usuário nas decisões sobre a medicação em seu processo de cuidado. Do questionamento do uso de medicamentos, a experiência passou a centrar-se no compartilhamento dos significados de sua utilização. Por meio de questões apresentadas em um guia, reivindica-se a legitimidade da pluralidade de posições em face da medicação, afirmando-se a necessidade de compartilhamento de decisões entre profissionais e usuários (Onocko Campos et al., 2012b).

Em comum, essas experiências compartilham a condição de, valorizando o protagonismo do usuário e assumindo sua coparticipação no processo de cuidado, enfrentarem com êxito perspectivas medicalizantes. Seus efeitos são potentes naquilo que almejamos como princípio para o projeto empreendido pela Reforma Psiquiátrica. Passamos, então, a discorrer mais detalhadamente sobre a estratégia GAM, que após dez anos de experiências e produções, construídas de forma participativa e coletiva no Brasil,

tem representado um importante campo de resistência, de defesa de direitos, de formação e de enfrentamento da medicalização na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira.

## **Para radicalizar a Reforma Psiquiátrica brasileira: a potência da estratégia GAM no processo de cuidado em saúde mental**

“Eu sou uma pessoa, não uma doença”. A frase, que sintetiza aquilo que apresentamos como fundamento da Reforma Psiquiátrica, compõe o Guia GAM (GGAM) de Quebec (Canadá), primeira versão de um Guia desenvolvido para a estratégia GAM, e foi incorporada ao GGAM brasileiro (Onocko Campos et al, 2012b), no qual ela compõe o primeiro passo, com o convite para a pessoa dizer o que pensa sobre essa afirmação. A adaptação do GGAM para a realidade brasileira constituiu o ponto de largada para a introdução e desenvolvimento dessa estratégia dentre as experiências no campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Segundo Ferrer, Palombini e Azambuja (2020), desde 2009, quando se iniciou a parceria para essa adaptação, até 2013, quando o Guia brasileiro foi finalizado, se desenvolveu uma pesquisa de forma participativa, democrática e cogestiva, envolvendo usuários, trabalhadores e acadêmicos. Essas marcas seguem acompanhando as experiências e pesquisas relacionadas à GAM nos inúmeros serviços e contextos de sua introdução no país. Uma evidência disso é o Observatório Internacional de Práticas GAM<sup>3</sup>, no qual se acumulam pesquisas, debates, trocas de experiências e projetos em torno da GAM, com a participação de usuários, trabalhadores e acadêmicos do Brasil, da Espanha e do Canadá.

A perspectiva que orientou a adaptação do instrumento no Brasil – que em sua formulação final está organizado em seis passos,

---

3 O Observatório Internacional de Práticas GAM pode ser acessado pelo endereço: <https://observatorio-gam.unifesp.br/>. A Pontifícia Universidade Católica de São Paulo é signatária do Observatório desde a sua constituição, compondo esse projeto com a Supervisão Técnica de Saúde da FÓ/Brasilândia de São Paulo, em parceria com a qual desenvolve experiências, pesquisas e processos de formação com a GAM.

envolvendo como temas o conhecimento de si, a ampliação da autonomia, os medicamentos psiquiátricos e o projeto de cuidado – pode ser traduzida pelas palavras: democracia, cidadania, autonomia e participação (Ferrer, Palombini e Azambuja, 2020). Isso porque tal adaptação considerou condições sociais e históricas que marcam a realidade de vida da população e a própria organização das políticas públicas e do sistema de saúde no Brasil, onde a Reforma Psiquiátrica pauta o cuidado em liberdade nos territórios como um direito a ser garantido pelo Estado, por meio da rede de serviços substitutivos.

Ora, é preciso considerar que a Reforma Psiquiátrica brasileira representa uma política de afirmação de direitos para além da saúde. Trata-se da afirmação da condição de sujeitos e da legitimação da existência de pessoas que foram banidas historicamente da condição de participação social por serem consideradas doentes. Mas, na formulação desse diagnóstico, estão capturadas todas as diferenças que marcam desigualdades estruturais da sociedade, as quais esses sujeitos carregam. Assim, as operações violentas operadas tecnicamente pelas instituições da psiquiatria no Brasil representam mecanismos de opressão de classe, raça, gênero, opressões que acompanham nossa história. Por essa razão, ao rompermos com a insígnia da doença, estamos afirmando direitos e resgatando a própria condição de humanidade de que foram destituídos esses sujeitos em relações extremamente desiguais. Portanto, democracia e participação não são apenas métodos no interior de uma experiência, no caso as experiências que utilizam a estratégia GAM, mas são o seu horizonte mais amplo, nelas concretizado como possibilidade.

Nessa perspectiva de afirmação de direitos, a autonomia que afirmamos não pode estar associada a um sentido liberal. Na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, a noção de autonomia ancora-se na pluralidade de vínculos e está referida à coletividade (Passos et al., 2013). Assim, temos que a GAM, no Brasil, se desenvolveu como uma prática grupal e 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” (Passos et al., 2013, p. 26). Era preciso considerar que a autonomia, a cogestão e o protagonismo de usuários e trabalhadores só eram possíveis na permanente articulação com a afirmação de seus direitos, os quais são garantidos por meio das políticas públicas, dentre as quais a própria rede de serviços de saúde mental que resulta da Reforma Psiquiátrica, na qual as experiências GAM, afinal, se realizam.

São muitos os dispositivos forjados ao longo da Reforma Psiquiátrica brasileira e no cotidiano da Rede de Atenção Psicossocial que dela resulta que se fundamentam nos princípios da democracia, da autonomia, da participação e da cidadania. São eles, afinal, o horizonte de um projeto de Reforma alicerçado no enfrentamento da objetivação do sujeito na doença, expressão e resultado dos processos de patologização e medicalização, que, como vimos anteriormente, ocultam ao mesmo tempo em que operam orientados por dimensões sociais e políticas. Diante disso, na perspectiva crítica introduzida pela Reforma, a democracia representa o compromisso com a garantia de direitos aos usuários da saúde mental, restituindo-lhes a condição de sujeitos de direitos na sociedade brasileira. A autonomia, nesse sentido, aponta para uma dimensão de ampliação de vínculos e de fortalecimento coletivo para o enfrentamento de necessidades e para a conquista da dignidade humana. Ela, portanto, implica a possibilidade de participação social, o que experimentamos nas práticas de cogestão. Por fim, ao resgatarmos, por esses princípios, a cidadania roubada dos chamados loucos ou doentes mentais, estamos, em verdade, caminhando na direção da possibilidade de sua emancipação, horizonte e perspectiva ética última da Reforma Psiquiátrica como processo de transformação social.

São esses os mesmos princípios que norteiam e fundamentam a GAM. Certa vez, em meio a um processo formativo, uma estudante nos interpelou a respeito, afirmando: “mas, afinal, o que há de novo na GAM?”; “Esses princípios que orientam a GAM não são, ou pelo menos deveriam ser, os mesmos que orientam todas as práticas no campo da Reforma Psiquiátrica?”. É verdade que nas assembleias,

nas grupalidades constituídas nos serviços, nas experiências cooperadas de geração de trabalho, na necessária articulação do cotidiano dos serviços com a construção política da Reforma, muitas vezes efetivada pelas ações do movimento antimanicomial, residem a participação, a autonomia, a democracia e a emancipação como antídotos aos processos de patologização e medicalização. Nesse sentido, talvez não haja nada de novo e a GAM seria, então, ao lado desses dispositivos, mais uma estratégia para a construção cotidiana da Reforma Psiquiátrica. Contudo, a questão que se coloca é outra e talvez ela possa assim ser formulada: o que torna a GAM tão potente como estratégia no campo da Reforma Psiquiátrica? Por que, em meio a tantos arrefecimentos de práticas transformadoras, muitas vezes sucumbidas pelas dificuldades cotidianas no campo da Reforma, a GAM mostra-se tão potente como dispositivo a serviço da democracia, da autonomia, da participação e da emancipação? Para responder, talvez tenhamos que retomar a pergunta anterior, reformulando sua resposta e apontando que sim, há algo de novo na GAM: o que há de novo na GAM é a possibilidade de realizar esses princípios com base na gestão da medicação. É isso que lhe confere a potência da radicalidade na experimentação dos fundamentos da Reforma Psiquiátrica, possibilitando que se constitua como um dispositivo importante para a transformação do cuidado, das práticas e de processos formativos em saúde mental.

Mas, afinal, por que a autonomia e a cogestão da medicação são tão potentes na abertura de horizontes de democracia e emancipação? O que é isso que a estratégia GAM dispara com tanta força, transformando concepções, práticas, relações e trajetórias de cuidado e de formação? A proposição da GAM no Canadá tem como um de seus pilares a prerrogativa de que os grupos GAM se constituem como um espaço seguro de diálogo sobre a medicação (RRASMQ e Érasme, 2014). A medicação representa uma das respostas, hoje amplamente difundida e sedimentada, aos problemas ou questões humanas patologizadas. Tais problemas foram convertidos em problemas médicos, para os quais se espera uma solução médica, o que

quer dizer, cujos contornos estão definidos pelos domínios de seus saberes. Quando possibilitamos um espaço coletivo de diálogo sobre esse recurso, qual seja, a medicação e sua gestão, legitimando saberes não médicos e convocando o protagonismo do usuário para um campo onde até então ele estava reduzido à condição de objeto, produzimos efeitos transformadores, que atingem diretamente o que está no cerne da medicalização. Colocamos em questão o domínio do saber médico sobre a doença e, por isso, colocamos em questão a própria concepção de doença. Deslocamos trabalhadores de seus lugares de saber e promovemos o sujeito a uma condição de saber sobre si, sobre seu sofrimento, convidando a respostas construídas coletivamente, que, por isso, implicam a corresponsabilização. Ao apostar em caminhos coletivos para a produção de saúde, passamos a reconhecer a dimensão coletiva da produção do sofrimento. Se as categorizações que definem os sofrimentos relativos à experiência humana são cada vez mais ditadas pela indústria da medicação, colocar em análise a medicação é colocar em análise esse processo de produção da doença, ou de tradução dos sofrimentos humanos como doença. Assim, colocamos em análise as próprias condições sociais e históricas que nos produzem, mas das quais somos sujeitos, podendo assumir coletivamente uma outra posição nesse processo.

É desse modo que temos vivenciado as práticas GAM. Os grupos GAM constituem coletivos que partem da discussão sobre a gestão da medicação, indo, por esse caminho, além dela. Colocada em questão, o tema da medicação abre espaço para que caminhemos na direção de desmedicalizar a vida e, então, esses grupos se tornam espaço de acolhimento, de fortalecimento coletivo, de reconhecimento de sujeitos, de afirmação de seus direitos, de produção de vida, num ensaio sobre a conquista da democracia.

Nessa toada, as atenções deixam de voltar-se à cura da doença ou ao sintoma e se vinculam às subjetividades, que são acolhidas na sua condição de inconformidade:

Inconformadas no sentido da recusa à reprodução apática, homogênea e pasteurizada imposta pela sociedade moderna, por suas formas de controle, pela organização de suas relações de trabalho e pelos processos de sustentação do modo de produção vigente”. (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 83)

No lugar da cura, buscamos a emancipação e a criação de outros modos de produção da vida e de convivência social. A escuta e o acolhimento tomam a cena no lugar das respostas técnicas, sendo que trabalhadores e usuários coabitam esse espaço de deslocamento, ofertando-se um suporte coletivo às travessias que devem ser construídas nas diversas experiências compartilhadas pelos participantes do grupo, na sua condição de humanidade, na qual a afirmação da diferença tem valor positivo. Nesse processo, esta condição de humanidade é fundamental. O deslocamento do doente ao sujeito produz, necessariamente, um deslocamento do médico, do técnico, do profissional da saúde, à sua condição de sujeito. Não à toa, os participantes dos grupos começam, então, a buscar definições que melhor expressem seu lugar nessa relação. Não são mais doentes e médicos, tampouco usuários e técnicos; nessa travessia, fomos presenteados por uma bela definição: somos GAMados, ou, para melhor grafar, (g)amados!

Para finalizar, não podemos deixar de referir que, se o primeiro passo para a introdução da estratégia GAM no Brasil foi a adaptação do GGAM, nessa experiência plural e democrática a GAM ganhou e ganha cotidianamente em cada território e na singularidade de cada grupo a invenção de muitas outras formas, estratégias e recursos, inspirados nesse instrumento disparador. Numa produção coletiva e participativa, gestam-se jogos, cordéis, trocas de receitas que buscam ampliar as formas de cuidado. No lugar das tradicionais substituições das prescrições médicas, as pessoas trocam novas práticas: os chás, os origamis, os exercícios de respiração, as músicas, os poemas, uma notícia sobre seu dia, alguns novos encontros. Assim tem sido produzida e transformada a GAM, coletiva e democraticamente, com base no nosso encontro com ela em terras brasileiras.

## Referências

- ANGELL, M. (2007). *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro, Record.
- (2011). “The illusions of psychiatry’: an exchange. *New York Rev Books*. 18 aug. Disponível em: <<https://www.nybooks.com/articles/2011/08/18/illusions-psychiatry-exchange/>>. Acesso em: 2 dez. 2020.
- ANGELUCCI, C. B. (2014). Medicalização das diferenças funcionais: continuidades nas justificativas de uma Educação Especial subordinada aos diagnósticos. *Nuances: estudos sobre Educação*, v. 25, n. 1, pp. 116-134.
- BASAGLIA, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Graal.
- BASAGLIA, F. (2010). “Loucura/Delírio”. In: Amarante, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Tradução de Joana Angélica d’Ávila Mendes. Rio de Janeiro, Garamond.
- CASTEL, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS*. Brasília, CFP. Disponível em: <[http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2015/09/CREPOP\\_2013\\_CAPS.pdf](http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2015/09/CREPOP_2013_CAPS.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2020.
- COOPER, D. (1983). *A linguagem da loucura*. Tradução de W. Ramos. Lisboa/São Paulo, Presença/Martins Fontes,.
- COUTO, M. L. O., KANTORSKI, L. P. (2018). Ouvidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes. *Psicologia USP*. São Paulo, v. 29, n. 3, pp. 418-431.
- FANON, F. (2020). *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo, Ubu Editora.
- FERRARI, C. K. B. et al. (2013). Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. *Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada*, v. 34, n. 1, pp. 109-116.
- FERRER, A., PALOMBINI, A., e AZAMBUJA, M. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: um olhar sobre dez anos de produção participativa em saúde mental a partir do Brasil. *Rev. Polis e Psique*, v. 10, n. 2, pp.1-8.
- FOUCAULT, M. (2014). *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho. São Paulo, Perspectiva.

- FREITAS, F., e AMARANTE, P. (2015). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- GALLIO, G., e CONSTANTINO, M. François Tosquelles (1993). A Escola da Liberdade. *SaúdeLoucura*. São Paulo, n. 4, pp. 85-128.
- GOTZSCHE, P. C. (2016). *Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica*. Porto Alegre, Bookman.
- GROSS, J. (2006). Checklist for camp: bug spray, sunscreen, pills. *New York Times*, 16 jul.
- GUATTARI, F. (1992). *Caosmose, um novo paradigma estético*. São Paulo, Editora 34.
- KESSLER, R. C. et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med.*, n. 352, pp. 2515-23.
- LOBOSQUE, A. M. (2020). *Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo, Hucitec.
- MARCON, C. et al. (2012). Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea. *Disciplinarum Scientia*, v. 13, n. 2, pp. 247-263.
- MOYNIHAN, R.; e CASSELS, A. (2005). *Selling Sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York, Nation Books.
- ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. (2012a). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface*. Botucatu, v. 16, n. 43, pp. 967-980.
- (2012b). *Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM*. DSC/FCM/UNICAMP, AFLORE, IPUB/UFRJ, DP/UFE, DPP/UFRGS. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 10, pp. 2889-2898.
- OURY, J. (1977). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Paris, Payot.
- PASSOS, E. et al. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*. Canoas, n. 41, pp. 24-38.
- PETERSEN, M. (2008). *Our Daily Meds*. New York, Sarah Crichton Books.
- RODRIGUES, M. A. P., e LIMA, M. S. (2006). Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 1, pp. 107-114.

- RODRIGUES, M. A. P.; LIMA, M. S. (2006). Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 1, pp. 107-114.
- ROTELLI, F. (1988). A instituição inventada. Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Revisão da tradução: Cláudia Chaves Martins. Per la salute mentale/ For mental health. Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia, n. 1. Disponível em: <<https://saudeecol.files.wordpress.com/2012/10/a-instituic3a7c3a3o-inventada-franco-rorelli1.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2020.
- RRASMQ, e ÉRASME. (2014). *Supporting GAM practices: Gaining Autonomy & Medication Management in Mental Health*. Canadá, RRASMQ, ÉRASME. Disponível em: <[http://www.rrasmq.com/GAM/documents/GuideREP-ANG\\_2014-04.pdf](http://www.rrasmq.com/GAM/documents/GuideREP-ANG_2014-04.pdf)>. Acesso em: 04 jan. 2020.
- SILVEIRA, N. (1981). *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro, Alhambra.
- SPENCE, D. (2012). The psychiatric oligarchs who medicalise normality. *BMJ*, v. 344, n. e3135.
- VILLA, R. S. et al. (2003). El consume de psicofármacos em pacientes que acuden a atención primaria em El principado de Asturias (España). *Psicothema*, v. 15, n. 4, pp. 650-655.
- WHITAKER, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic*. New York, Broadway Paperbacks.



## Produção do olhar medicalizante da infância

Maria Lucia Hage Masini<sup>1</sup>

Helen Isabel de Freitas<sup>2</sup>

“O menino ia no mato  
E a onça comeu ele.  
Depois o caminhão passou por dentro do corpo do  
Menino  
E ele foi contar pra mãe.  
A mãe disse: Mas se a onça comeu você, como é que  
o caminhão passou por dentro do seu corpo?  
É que o caminhão só passou renteando meu corpo  
E eu desviei depressa.  
Olha, mãe, eu só queria inventar poesia.  
Eu não preciso fazer razão.”  
Infantil – Manoel de Barros

---

1 Fonoaudióloga, docente do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP.

2 Terapeuta Ocupacional no CAPS ij F6/Brasília, Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

## Introdução

Carlos Drummond de Andrade, em “A Educação do Ser Poético”, questiona por que motivo as crianças, em geral, são poéticas e deixam de sê-lo com o passar do tempo. Para ele, a instituição educacional tem a ver com essa perda e a ela faz o apelo de que se preserve, no estudante, “o fundo mágico, lúdico, intuitivo e criativo, que se identifica basicamente com a sensibilidade poética” (Drummond de Andrade, 1974, s/p).

Se já parecia ser difícil preservar o fundo mágico, lúdico, intuitivo e criativo da criança, na década de 1970 do século XX, o que podemos dizer das primeiras décadas do século XXI, em que a sociedade está cada vez mais normativa em termos de padrões de comportamentos?

Não seria exagero afirmar que, sobretudo na atualidade, a sociedade compreende muito mal a infância, imputando não só à medicina, mas ao campo biomédico, a capacidade de conhecê-la e compreender suas nuances. No entanto, conforme Gomes (2015), esse movimento não é inédito, tampouco novo: desde o século XIX há registros consistentes dessa tentativa de compreender e solucionar problemáticas relacionadas à infância, principalmente quando relacionadas à escola, por meio de uma visão biomédica. Portanto, não é de hoje que o campo da saúde tomou para si essa tarefa, mas não sem consequências preocupantes.

Segundo o autor, no final do século XIX, Alfred Binet foi procurado pelo governo francês para compreender o motivo de muitas crianças não conseguirem aprender, a despeito do governo estar propiciando educação formal para todas. Conforme Gomes (2015), as explicações propostas por Binet foram:

estas crianças são malnutridas; sete são pobres, segundo o diretor da escola; duas somente pertencem à posição média, e uma dessas duas teve “inchaços” nas articulações durante sua infância. Vê-se, então, que entre as causas que indicamos por hipótese, a mais frequente é a última, é uma causa social, má alimentação,

má higiene, em uma palavra, todo o conjunto de más influências, que são produzidas pela miséria. (Binet, 1905 apud Gomes, 2015, p. 16)

A outra explicação apresentada por Binet seria uma falha em outra dimensão: a do corpo. Uma suposta incompatibilidade entre a idade mental e a idade cronológica da criança, que poderia, para Binet, ser aferida com testes de inteligência como o do Quociente de Inteligência (QI), em outras palavras, uma métrica da inteligência (Gomes, 2015).

Ao longo das primeiras décadas do século XX, os testes de QI passaram a ser amplamente difundidos como medida supostamente científica para aferir a inteligência presente no corpo das crianças. Essa é uma perspectiva que, conforme demonstrado, há muito tempo vem se consolidando no centro das intervenções médicas: uma lógica determinista de falhas e ou impedimentos no corpo. Essa lógica, conforme Foucault (2004), contrastou, à época, com a narrativa religiosa que dominou os séculos anteriores. Ao contrário da explicação sobrenatural, na perspectiva biomédica se tudo funcionava em harmonia, dizia-se que o corpo estava saudável. Em contrapartida, no desequilíbrio e falta de harmonia do corpo residia a doença.

Com as crises sociais advindas do caos provocado pela Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada nessa ocasião, entendeu a necessidade de ampliar o conceito de saúde, não mais fazendo a polarização da visão biomédica entre presença e/ou ausência de doença no corpo dos indivíduos. Ao contrário, para determinar um estado saudável, entendeu-se saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”.

Segundo Lima (2015), esse novo conceito mexeu com as práticas médicas, pois se saúde é um estado de completo bem-estar, qualquer mal-estar poderia ser tratado pela medicina. O problema aqui não é a definição proposta pela OMS, mas o uso feito pelo campo biomédico, tomando para si a análise de dimensões complexas e

multifacetadas da vida humana, reduzindo a explicações individuais e orgânicas, em um processo de medicalização que “compartmentaliza o ser humano e higieniza as subjetividades e complexidades inerentes aos sujeitos”. (Gomes, 2015, p. 19).

Conforme Massi e Masini (2014), mesmo ao longo da década de 1970, os estudiosos ainda propunham que a ação escolar fosse dependente de questões inerentes ao corpo do aluno, com a chamada “teoria do déficit” ou “carência cultural”, uma reverberação dos estudos de Binet, do final do século XIX e início do século XX. Nas palavras das autoras, nessa perspectiva,

a aprendizagem dependia de pré-requisitos cognitivos, perceptuais, afetivos e linguísticos. Desse modo, as crianças deveriam ter essas habilidades desenvolvidas. (Massi e Masini, 2014, p. 427)

Michel Foucault (1977) em “Historia de la Medicalización” afirma que, na sociedade capitalista, o corpo dos sujeitos é reconhecido política e socialmente como força de trabalho, tornando-se uma realidade biopolítica. E, para o autor, a medicina na sociedade capitalista não está interessada no corpo em si, mas no corpo enquanto força de produção, enquanto instrumento de trabalho. Nesse sentido, segundo o autor, a medicina é estratégia biopolítica para a normatização e controle do corpo dos indivíduos.

Assim, grande parte dos males vivenciados pelas pessoas no cotidiano de suas vidas e de trabalho passaram a figurar como transtornos passíveis de intervenções da medicina com vistas à normatização. Nem mesmo as crianças escaparam dessa lógica como veremos mais adiante, nos manuais descritivos de doenças e transtornos mentais, como o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e a CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).

Os dois sistemas classificatórios citados não só se tornaram hegemônicos como adentraram no universo popular com a também popularização da internet. É muito comum, na atualidade, qualquer cidadão pesquisar sobre seus sintomas ou de seus familiares,

chegando aos serviços de saúde com suas hipóteses diagnósticas. Se por um lado isso poderia ser considerado como salutar, à medida que se observa um protagonismo do usuário na construção do saber em torno de seus males, sem a prevalência da palavra do médico ou outro especialista; por outro, as hipóteses trazidas, na verdade, fecham o diagnóstico com base na identificação de dois ou três sintomas propostos nas descrições das patologias, sem qualquer reflexão contextual.

Assim, ao invés dessa busca ser o ponto de partida para uma avaliação mais detalhada e construída em conjunto com os profissionais da saúde, ela é o ponto final da determinação do sujeito. Diagnóstico tem sido tomado como sentença. Nosso tempo, ligado ao imediatismo, contribui para uma cultura que busca compreensão e soluções também imediatas para as diferentes manifestações humanas. Não há tempo para maturação de uma ideia ou observação de um estado para que ele se modifique. Essa perspectiva biomédica tem sido constantemente convocada para dar a palavra final para todos os nossos males e comportamentos fora dos padrões impostos. E, em muitos casos, o tratamento medicamentoso é tido como solução. No entanto, esse discurso reducionista é duramente criticado por se pautar em uma lógica que se mostra alheia às restrições de participação inerentes às desigualdades e às barreiras sociais (Diniz, Barbosa e Santos, 2009).

Isto é a medicalização da vida: a transformação de problemas de ordem social, política, cultural ou ambiental em problemas orgânicos, ligados somente ao indivíduo. Durante a década de 1980, séc. XX, Moyses e Collares (1997), já alertavam para esse desvio de análise, por exemplo, na atribuição da desnutrição como causa dos problemas de aprendizagem. Diziam alguns estudiosos da época que crianças não aprendiam porque eram desnutridas, como se fosse da responsabilidade da criança ou de seus responsáveis “contrair” desnutrição. Ao se pensar desta forma, penaliza-se o indivíduo apagando sua história de vida, seus dilemas sociais, suas batalhas históricas. É urgente que compreendamos a complexidade dos fatores que levam a sociedade e seus indivíduos a alguns estados em suas vidas cotidianas.

É preciso que pensemos como as doenças são construídas histórica e socialmente, principalmente na infância, pois, o cotidiano das crianças, sobretudo nas escolas,

está carregado de ações que visam a homogeneização dos estudantes e tomam suas singularidades nos modos de aprender – quando destoam do ritmo e das expectativas institucionais – como patológicas. (Masini e Santos, 2020, pp. 3021 e 3022)

Como dito anteriormente, a sociedade compreende mal a infância, atribuindo à medicina a tarefa de classificar os comportamentos infantis. Mas o que é normalidade na infância? Untoiglich (2019), em seu livro cujo título é bastante ilustrativo de seu pensamento, “En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias em la clínica e la educación”,<sup>3</sup> alerta para o fato de que diagnósticos na infância devem servir à compreensão do estado em que se encontra a criança, fundamental para seu processo de cura, mas nunca devem constituir-se como marca definitiva em sua vida. Daí a necessidade de se escrever a lápis. Assim como a criança que, ao aprender a escrever, usa o lápis para dar conta de seus rascunhos e erros inerentes ao processo de construção da escrita, também os profissionais que se colocam a tarefa de avaliar crianças em sofrimento, seja no processo de aprendizagem, seja relacionado a outros contextos de sua vida, devem escrever seus diagnósticos a lápis, para que possam apagá-los, quando a transitoriedade de um comportamento revelar um novo estado de ser.

Para que falemos de infância, é preciso que falemos de infância no Brasil, dentro do nosso sistema capitalista e do que ele acarreta. A infância é plástica, e nela tudo cabe, desde que entendamos sua diversidade com base na ordem do coletivo, dos embates contextuais, sociais e políticos. Ser criança na periferia não é o mesmo que ser criança na região central. Ser criança negra na periferia não é o mesmo que ser criança branca na região central. Crescer menina não

---

3 “Na infância os diagnósticos se escrevem a lápis: a patologização das diferenças na clínica e na educação”.

é o mesmo que crescer menino... Muitas podem ser as combinações: algumas questões se repetem, mas a compreensão do que acontece no desenvolvimento de cada criança só se dá no conjunto de todos os fatores que compõem a sua história.

Cada vez mais, vemos crianças serem encaminhadas para serviços de saúde por apresentarem inadequações de comportamento e/ou dificuldades de aprendizagem. E como os profissionais da saúde e da educação estão lidando com isso? Dependendo da postura assumida e das práticas realizadas, podemos entender as “inadequações” como diferenças e sustentar a diversidade, ou agir de modo a apagar as singularidades. Infelizmente é, ainda, a essa segunda alternativa que temos recorrido.

Para Conrad e Schneider (1992), as crianças estão entre as populações de maior risco ao processo de medicalização, porque a ideia de imaturidade e incompletude que caracteriza a infância faz com que os adultos avaliem os comportamentos infantis com base em seu próprio referencial, sem levar em consideração o que pensam as próprias crianças sobre si mesmas e suas vidas.

Esse processo, conforme Gomes (2015), resulta em diagnósticos medicalizantes que são comumente apontados no interior das escolas: transtornos de aprendizagem, como a dislexia e ou os de comportamentos, como o TDAH. Outros autores têm sistematicamente denunciado como a medicina insiste em, de modo equivocado, transformar questões inerentes à escolarização (Patto, 1999; Moysés e Collares, 1997; Toniolo, et al., 2009) e à aquisição da escrita (Massi, 2007; Massi et al, 2008; Guarinello et al., 2006; Massi e Masini, 2014) em sintomas de quadros nosológicos. No entanto, os erros da criança, na produção da escrita e da leitura, que na visão medicalizada são entendidos como sintomas do quadro nosológico conhecido como dislexia, são, para Massi (2007), o resultado de uma complexa relação entre as experiências vividas e as estratégias estabelecidas pelo aprendiz durante o processo de alfabetização.

Um outro efeito desse processo tem sido a prescrição de psicotrópicos, tanto em adultos quanto em crianças. Conforme nota

Técnica do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (Harayama et al., 2015), ao analisar a série histórica da dispensação de diferentes psicotrópicos, o consumo dessas drogas tem aumentado exponencialmente em todas as faixas etárias, no Brasil, com destaque para o consumo das drogas (1) Metilfenidato, frequentemente prescrita para estudantes com diagnóstico de TDAH e até mesmo dislexia, sob o argumento de que o TDAH seria uma de suas comorbidades; e (2) Clonazepam comumente prescrito para adultos em função de transtornos de ansiedade e de humor (ibid.).

Isso tem acontecido, no caso da prescrição para crianças, conforme aponta o Fórum (ibid.), sem que haja evidências científicas claras e diretas entre o uso desses psicotrópicos e uma melhora no desempenho escolar. Fato sustentado pelo próprio Ministério da Saúde no Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Brats, 2014).

Com o intuito de mostrar o quanto esse processo é nocivo, desde as avaliações iniciais, que se pautam em parâmetros gerais fora da criança singular e sua vida, Lima (2015), baseado nas descrições de patologias da infância contidas no DSM V, elenca as características do que então se esperaria de uma criança dentro dos padrões de normalidade, das quais destacamos:

1. Está sempre atento a detalhes, não cometendo erros por omissões em atividades escolares e outras.
2. Não desacata nem se recusa a obedecer a solicitações ou regras dos adultos.
3. Não abandona sua cadeira na sala de aula ou em outras atividades nas quais se espera que permaneça sentado.
4. Tem facilidade para organizar tarefas e outras atividades.
5. Não tem problemas para ter atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
6. Nunca adota comportamento deliberadamente incomodativo.

7. Não evita, não demonstra ojeriza, nem reluta em envolver-se em atividades que exijam esforço mental constante, como tarefa escolar ou deveres de casa.
8. Não costuma mostrar-se suscetível ou irritar-se com facilidade.
9. Escuta com atenção quando lhe dirigem a palavra.
10. Não perde coisas necessárias para tarefas e atividades, como brinquedos, lápis, livros ou outros materiais.
11. Sempre consegue manter a calma; assume seus erros, não responsabilizando os outros por seu mau comportamento.
12. Não dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completamente formuladas; segue instruções e termina suas atividades no tempo esperado.
13. Brinca em silêncio, não se envolve ruidosamente em atividades de lazer; fala sempre na medida certa, nunca em demasia.
14. Aguarda sua vez, sem dificuldade; não corre ou escala em demasia, em situações impróprias.
15. Não se mostra rancoroso ou vingativo, nem demonstra ressentimento ou raiva.
16. Mantém-se atento às suas tarefas mesmo com a existência de estímulos distrativos; não apresenta esquecimentos em tarefas cotidianas.

A esse conjunto de expectativas, Lima (2015) denomina Síndrome da Criança Normal. Corroboramos com seu pensamento quando diz que esperar tais comportamentos de toda e qualquer criança é estar diante da *não* criança.

A necessidade de padronizar a infância tem levado a distorções preocupantes. Com base em avaliações protocolares, o Centro de Controle de Doenças Americano (CDC) alertou que pelo menos 10 mil crianças entre 2 a 3 anos, em 2013, estavam sendo medicadas para Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além do fato de o diagnóstico nesta faixa etária ser amplamente questionável, o que se observa, tanto mundialmente quanto no contexto nacional, é que profissionais da saúde e da educação deixaram de avaliar

profundamente os comportamentos humanos para se renderem à checagem dos sintomas mais recorrentes de determinadas patologias. E, nesse sentido, cada vez mais, assistimos a expressões singulares de vida sendo vistas como doenças mentais, desarranjos psíquicos patologizados que, muitas vezes, são represados por via química. Além de não considerarmos nessa análise as vivências, deixamos de considerar que, em determinados contextos de vida, as crianças estão passando por um processo de alta vulnerabilização, seja por questões sociais que oferecem recursos insuficientes para a subsistência de uns ou por modelos de vida, cada vez mais tecnológicos e empobrecidos de experiências corporais e relacionais, de outros. Ou ainda, um misto de tudo isso.

Nossa forma de vida contemporânea nos tem levado a um paradoxo: a necessidade premente de evoluir tem sido, quase sempre, sinônimo de não se adaptar. Em nome dessa evolução, o alto desempenho é objetivo comum para todas as crianças, ainda que se configure uma forma de coletividade absolutamente desigual. Essa perspectiva de desempenho, conforme Garghetti, Medeiros e Nuernberg (2013), é apontada, por diferentes pesquisadores, como advinda do século XIX, tendo como uma das bases de registro o trabalho do médico Jean Itard, para quem o desenvolvimento bem sucedido era

como um processo cumulativo no qual há fases ou estágios encaixados, como se o desenvolvimento fosse uma contínua gênese de operações e desempenhos mais complexos e refinados [...].  
(Garghetti, Medeiros e Nuernberg, 2013)

Na escola, conforme Gomes (2015), a questão do desempenho aparece como parâmetro para decidir os destinos da criança. Segundo o autor, diante da necessidade de ajustar a criança à necessidade temporal da instituição, a escola pode, em primeiro momento, colocar a criança em aulas de reforço. No entanto, comumente encaminha a criança para profissionais “quando o desempenho não melhora e/ou quando há questões comportamentais envolvidas (Gomes, 2015, p. 45).

Essa compreensão também é assumida por Carvalho (2018) ao afirmar que

a persistência das dificuldades escolares é de origem institucional, uma vez que a escola permanece organizada para a simultaneidade, ao mesmo tempo em que busca o olhar e a atuação individualizada sobre cada aluno. Essa organização permanece na forma escolar, [...] como estrutura seriada, aprendizagem progressiva, linear e cumulativa, *expectativa de desempenho* pela faixa etária e organização do tempo e do trabalho docente em sala de aula [...]. (Carvalho, 2018, p. 159; grifo nosso)

Dessa forma, ainda que não seja o objetivo confesso da escola, diante da necessidade de uniformidade dos alunos, quando o desempenho da criança não melhora ou quando há questões comportamentais, essa instituição recorre ao encaminhamento para os profissionais de saúde (Gomes, 2015).

Em nome do alto desempenho e das metas de evolução cada vez mais precoces, justifica-se o afastamento de crianças de suas figuras de referência afetiva, de brincadeiras livres, de experimentações corporais, de investimentos lúdicos e psicomotores de todo tipo. Justifica-se também a submissão a processos de reprodutibilidade esvaziada de sentido singular, além de exigências inapropriadas para a faixa etária, como, por exemplo, a alfabetização precoce.

A criança que não corresponde ao desempenho esperado é responsabilizada individualmente por sua incapacidade, conforme já demonstramos. E cada vez que uma criança, em seu processo singular de desenvolvimento, é reduzida a um diagnóstico que a estigmatiza, na acepção de Goffman (2004), como uma criança com impedimentos ou com instabilidades emocionais, tanto as pessoas com as quais convive, quanto ela mesma, passam a ter a imagem recorrente de insuficiência que se retroalimenta por um menor investimento, o que gera mais inadequações, mais queixas, reforçando o diagnóstico

inicial, ainda que precoce, equivocado e estigmatizante. E, nas palavras de Goffman (2004, p. 7), “destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”.

De que forma cada criança vivencia *sua* infância? Uns com menos interação social e raros momentos de trocas afetivas, outros com muitas de suas relações mediadas por lógicas institucionais como escolas ou centros de cultura. Em outras situações, a individualização é quase desconhecida, o cotidiano compartilhado em comunidades muitas vezes afasta a possibilidade de atenção, proteção, amparo, direito ao espaço. Muitas vezes, essas crianças só são olhadas quando apresentam, conforme Goffman (2004), um estigma, uma característica que não havia sido prevista. Citamos, como exemplos, “inadequação dos comportamentos” ou “deficiências em acompanhar a maioria”.

Os momentos disruptivos observados na criança, como: entristecimentos severos, “crises de agressividade”, apatia, muito medo e insegurança, baixo desempenho escolar, poderiam ser entendidos, antes, como resistência das crianças aos estigmas, do que como comprovações dos diagnósticos impostos.

É preciso considerar que alterações comportamentais, emocionais, cognitivas podem decorrer de problemas relativos à dinâmica existente na vida desses sujeitos, como conflitos no ambiente familiar, situações de violência, negligências das mais diversas ordens, experiências muito sofridas. Muito do que é apresentado como “desvio”, na verdade, revela privação ao direito de habitar suficientemente acontecimentos próprios à idade em seus grupos sociais que permitam e/ou favoreçam o pleno desenvolvimento e, inclusive, situações de intenso sofrimento, por vezes relativizado por se considerar que crianças não entendem o que acontece no mundo dos adultos. Porém, como colocam Angerami (2011, p. 6):

[...] a criança também sofre, tanto em níveis orgânicos como emocionais, em decorrência de sua condição humana, a despeito desta negação [...] acaba se tornando a paciente identificável de uma estrutura doentia.

E quando os profissionais, em suas dinâmicas de avaliação e intervenção, não abarcam esta compreensão, é comum que os diagnósticos não só sejam escritos à caneta, carimbados e assinados pelo poder médico, como também produzam estigmas sociais e internos profundamente limitantes. Além disso, é fundamental ressaltar que a utilização continuada de medicações psicotrópicas na infância pode causar grandes prejuízos fisiológicos e, portanto, devem ser administrados com muita cautela, conforme vimos com base na nota técnica do Fórum (Harayama et al., 2015) não tem ocorrido.

O que fazer para sair desse raciocínio perverso? Em primeiro lugar, é preciso afastar a ideia de que a lógica biomédica, centrada na patologia, consegue responder a todos os comportamentos humanos. Profissionais da saúde e da educação devem lançar mão de estratégias singulares de cuidado, sustentadas pelo modelo social. Dentre elas, destaca-se o olhar integral para as crianças e suas dinâmicas de existência. É fundamental que haja uma compreensão ampla dos fenômenos que constituem suas subjetividades, psiquismos, corpos e funcionamentos. Considerar inter-relações socioculturais, fisiológicas, emocionais e o maior número possível de determinantes para os processos de produção de saúde e de adoecimento. E, deste modo, construir estratégias de enfrentamento e pertencimento.

## Considerações finais

Diante de todo o exposto, gostaríamos de ressaltar a importância do desenvolvimento de estratégias de formação que ampliem a condição técnica de profissionais diretamente envolvidos com os cuidados das crianças, pois, nos métodos tradicionais de formação profissional, é comum que os saberes sejam apresentados e apreendidos de modo fragmentado, em que se valoriza a lógica dos “especialismos” e se continua condenando crianças em sofrimento como desajustados psicossociais apartados dos grupos tidos como “normais”.

Voltamos aqui ao apelo de Carlos Drummond de Andrade. Preservar o poético no infante não é só tarefa da instituição escolar.

É tarefa de todo o conjunto que o cerca capaz de conhecer e avaliar contextos de vida, dinâmicas familiares e institucionais, desenvolvendo, em ato, habilidades como observação, comunicação, gestão compartilhada, comunicação em saúde, além do compartilhamento de saberes específicos e cocriação de saberes comuns.

## Referências

- ANGERAMI, V. A. (2011). *O atendimento infantil na lógica fenomenológico-existencial*. 2. ed. São Paulo, Cengage Learning.
- ANDRADE, C. D. (1974). A Educação do Ser Poético. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 20 jul. Disponível em: <<https://www.contioutra.com/a-educacao-do-ser-poetico-por-carlos-drummond-de-andrade/>>. Acesso em: 12 dez. 2020.
- BRATS – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2014). *Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizante e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes*. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/aa\\_ppdeficiencia/aa\\_ppd\\_saude/Recomenda%C3%A7%C3%A3o%20-MS%20-%20Medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20Crian%C3%A7a%20e%20Adolescentes.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/aa_ppd_saude/Recomenda%C3%A7%C3%A3o%20-MS%20-%20Medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20Crian%C3%A7a%20e%20Adolescentes.pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.
- CARVALHO, Vanessa Alvim Kling Ferraz de (2018). *Entre a individualização da criança e o ensino simultâneo: representações de educadores do ensino público e privado paulista sobre dificuldades escolares*. Tese de Doutorado. Guarulhos, Unifesp.
- CONRAD, Peter. e SCHNEIDER W. J. (1992). "Medicine as an Institution of Social Control: Consequences For Society". In: NANCY, J. Herman (org.). *Deviance: A Symbolic Interactionist Approach*. Philadelphia, Temple University Press, p. 250.
- DINIZ, Debora, BARBOSA, Lúvia, e SANTOS, Wederson Rufino dos (2009). Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur, Rev. int. direitos human*. São Paulo, v. 6, n. 11, pp. 64-77, dec. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-64452009000200004-&lng=en&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000200004-&lng=en&nrm-iso)>. Acessado em: 19 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>.

- FOUCAULT, Michel (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, v. 11, n. 1, pp. 3-25. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>>. Disponível em: 21 jul. 2021.
- (2004). *O nascimento da clínica*. São Paulo, Forense Universitária.
- GARGHETTI, F. C. MEDEIROS, J. G. e NUERNBERG, A. H. (2013). Breve história da deficiência intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, n. 10, jul. Disponível em: <<http://www.revistareid.net/revista/n10/REID10art6.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- GOFFMAN, Erving (2004). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar.
- GOMES, Jason (2015). *Criança em situação de fracasso escolar: diferentes relatos de um caso*. Dissertação de Mestrado, Guarulhos, Unifesp.
- GUARINELLO, A. C. et al. (2006). Dificuldades de aprendizagem da escrita: a Análise de acompanhamentos clínicos dessa modalidade de linguagem. *Revista Letras*. Curitiba, n. 70, pp. 247-266, set./dez.
- HARAYAMA, R. et al. (2015). Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. *Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados Anvisa – SNGPC (2007-2014)*, 25 jun. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/nota-tecnica/>>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- LIMA, C. R. (2015). Abordagens críticas da infância. Palestra proferida no evento; IV Seminário Internacional a Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos. In: *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*.
- MASINI, Maria Lucia Hage (2004). *O diálogo e seus sentidos na clínica fonoaudiológica*. Tese de doutorado em Linguística Aplicada e Estudos de Linguagem. PUC-SP.
- MASINI, M. L. H., e SANTOS, J. G. R. (2020). Fonoaudiologia na escola: a abordagem dialógica como estratégia desmedicalizante. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. Araraquara, v. 15, n. esp. 5, pp. 3020-3037, dez. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp5.14572>.
- NERI, Marcelo, e SOARES, Wagner (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. saúde pública.*, v. 18 (supl), pp. 77-87.
- MASSI, Gisele (2007). *A dislexia em questão*. São Paulo, Plexus.
- MASSI, Gisele et al. (2008). Índícios do processo de apropriação da escrita versus sintomas disléxicos. *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, v. 20, n. 3, pp. 327-338, dez.

- MASSI, Gisele, e MASINI, Lucia (2014). Letramentos nos Diferentes Ciclos de Vida – Propostas e Desafios. In: MARCHEZAN, Irene Queiroz, JUSTINO, Hilton, e TOMÉ, Marileda Cattelan (org.). v. 1. *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. 1. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. pp. 426-433.
- MOYSES, M. A., e COLLARES, C. (1997). Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In: PATTO, M. H. (org.). *Introdução à psicologia escolar*. 2. ed. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- PATTO, M. H. S. (1999). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- TONIOLO, Cintia Sicchieri et al. (2009). *Caracterização do desempenho motor em escolares com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade*. *Rev. psicopedag.* São Paulo, v. 26, n. 79. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862009000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 out. 2013.
- UNTOIGLICH, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben a lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Centro de Publicaciones Educativas Y Material Didáctico.

# Brasilândia(s) em movimento: um território marcado pela desigualdade social

Elisa Zaneratto Rosa<sup>1</sup>

Luciana Bueno Lopes Zorzetto<sup>2</sup>

Ananda Vieira Portaro<sup>3</sup>

Mariana Luiza Zsigovics Alfino<sup>4</sup>

Renata Souza Gonçalves<sup>5</sup>

Rodrigo Lucas Paulo<sup>6</sup>

Vinícius Marques Gomes<sup>7</sup>

## Introdução

A parceria da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) com o território da Freguesia do Ó-Brasilândia (FÓ-Brasilândia) representa um compromisso mútuo para a qualificação da formação para o SUS, o que implica a transformação de

---

1 Doutora em Psicologia Social, professora da PUC-SP e tutora do PET Saúde Interprofissionalidade.

2 Psicóloga, especialista em inclusão social, saúde mental da infância e adolescência, estratégia saúde da família e práticas integrativas e complementares. Preceptora do PET Saúde Interprofissionalidade.

3 Psicóloga pela PUC-SP, realizou estágio curricular no território da FÓ-Brasilândia.

4 Psicóloga pela PUC-SP, realizou estágio curricular no território da FÓ-Brasilândia.

5 Psicóloga pela PUC-SP, realizou estágio curricular no território da FÓ-Brasilândia.

6 Psicólogo pela PUC-SP, realizou estágio curricular no território da FÓ-Brasilândia.

7 Psicólogo pela PUC-SP, realizou estágio curricular no território da FÓ-Brasilândia.

práticas, conteúdos e modelos acadêmicos de formação que são tecidos em articulação com a rede de serviços, representando também uma aposta formativa e de qualificação dessa rede. Nesse sentido, a universidade compromete-se, em um só tempo, com a qualificação de seus processos de formação e com a contribuição ao fortalecimento da rede de políticas públicas e ao enfrentamento das demandas e condições do território, com foco na garantia de direitos. Essa garantia aponta para uma necessária reparação histórica, considerada a desigualdade e a violação de direitos que se expressam, principalmente, pelos altos índices de pobreza na região, acompanhados da escassez e sucateamento no que se refere à presença das políticas públicas de diversas áreas.

A PUC-SP está inserida em diversos campos das políticas públicas do território FÓ-Brasilândia, o que envolve programas de estágio, projetos de pesquisa e extensão e atividades formativas de naturezas diversas, ligadas a um conjunto plural de áreas do conhecimento e de formação profissional. Assim, por meio da parceria com a Supervisão Técnica de Saúde do território, a universidade compõe com os profissionais a rede, inserindo-se em diferentes serviços, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UAA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros Especializados de Reabilitação (CER), dentre outros. Mas a universidade tem também ampliado sua parceria e presença no âmbito de outras políticas públicas, dentre as quais se destacam a assistência social e a educação. Assim, há importantes parcerias e projetos sendo desenvolvidos nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), nos Centros da Criança e do Adolescente (CCA), nos programas de Educação de Jovens e Adultos (EJA), em Serviços de Acolhimento Integral às Crianças e Adolescentes (SAICA) e no Centro de Referência da Mulher (CRM).

Essa presença permite alicerçar uma parceria territorial, que situa as necessidades e demandas de serviços e políticas específicas numa leitura mais ampla do território, a qual a universidade vem acumulando ao longo desses anos e que representa uma produção

de grande contribuição: análises mais precisas e contínuas das condições de vida e do patamar da presença das políticas públicas na FÓ/Brasilândia. Este texto representa um esforço nessa direção e se soma a outras produções realizadas pela PUC-SP, que em diferentes momentos sistematizaram dados e informações relativos à caracterização do território (Rosa, 2016; Rosa et al., 2016; Lucas, 2020). São produções que buscam ofertar uma leitura que permita uma fotografia da FÓ/Brasilândia, sem perder a sua dimensão viva, a qual abarca o processo histórico, os movimentos de transformação e a vida pulsante que possibilita movimentos e experiências singulares, de resistência, de produção de sentidos, de potência coletiva. Cada publicação representa uma atualização, que expressa os movimentos do território e incorpora uma nova dimensão ao modo como olhamos e nos encontramos com ele.

O texto está dividido em três partes. Na primeira parte, apresentam-se algumas considerações teóricas e conceituais sobre território, que localizam nossa abordagem. Na segunda, apresentamos alguns dados especificamente sobre a Brasilândia, distrito que concentra a maior parte das atuações e investimentos da universidade, considerados os desafios impostos pela sua localização periférica, que faz com que, acompanhando em geral a situação da cidade de São Paulo, se configurem ali condições mais precárias e complexas do ponto de vista de garantia e acesso a direitos. Por fim, num terceiro momento, tecemos algumas considerações sobre o contexto pandêmico e as configurações e dimensões da pandemia da Covid-19 no território da Brasilândia.

### **Território: como o concebemos?**

O conceito de território tem conquistado cada vez maior importância no campo das políticas públicas. Território é o ponto de partida para o planejamento, a implementação, a execução e avaliação das políticas públicas. No âmbito das políticas de saúde, podemos

dizer que a noção de território foi estruturante para a afirmação da perspectiva de atenção em saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Lima e Yassui (2014, p. 594):

A relação entre a produção de cuidado e o território no qual este cuidado é exercido é também uma questão central para a atenção psicossocial e aparece claramente enunciada em diversos documentos relativos à Reforma Psiquiátrica, a partir de 2002.

A referência ao território, contudo, pode estar ancorada em diversos referenciais e apontar para diferentes sentidos, considerados, inclusive, os diversos campos do conhecimento implicados com o desenvolvimento desse conceito, dentre os quais podemos citar a Geografia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Biologia e até mesmo a Filosofia. Nas políticas de saúde e no desenvolvimento de suas ações e programas, identificamos a convivência de diferentes concepções de território, seja como área geográfica definidora da abrangência do trabalho, seja como características da região que pautam a organização do trabalho, ou ainda como modos de ocupação e produção de vida, orientadoras das possibilidades de constituição de vínculo para o desenvolvimento do trabalho (Pereira e Barcellos, 2006).

Diante dessa pluralidade de perspectivas, que não deve em absoluto ser abolida, é importante retomar, contudo, perspectivas que foram orientadoras da inserção da concepção sobre espaço e território no âmbito da saúde coletiva. Dentre essas, destaca-se, sem dúvida, a contribuição do geógrafo brasileiro Milton Santos, que tem em sua obra e no conjunto de seus estudos “território” como uma categoria central. O autor recusa da visão tradicional da geografia a ideia de território como formação natural e, ao fazê-lo, nos ajuda a, sem negar a dimensão das características espaciais, incorporá-las num conjunto dinâmico de relações, que englobam a sociedade em seu processo histórico, a vida do indivíduo e sua relação com o corpo social. Assim, “o território englobaria as características físicas de uma dada área, e também as marcas produzidas pelo homem” (Lima e Yassui, 2014, p. 596). Território é um

objeto dinâmico e vivo, no qual se misturam o substrato físico, seja ele natural ou artificial, e as práticas sociais. Essa noção de território pressupõe que cada região possui especificidades sociais, políticas, culturais e naturais. Ao fazer isso, lança luz para a dimensão da apropriação social, política, econômica e cultural produzida na relação dos sujeitos com o espaço em que habitam ao longo da história, incorporando-as na definição de território.

O conceito de território, como bem nos mostra Milton Santos, é relacional: diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem. Memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar. Relação que surge dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos políticos e culturais ali produzidos. Modos múltiplos, contíguos, contraditórios. Modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar em que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas. (Yasui, 2010, p. 127)

Portanto, território é espaço vivenciado, ocupado, significado pelo sujeito e pela comunidade (Faria e Bortolozzi, 2009), com base nas condições sociais historicamente determinadas.

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. (Santos, 2000, p. 96)

É com essa perspectiva que pretendemos apresentar o território da Brasilândia: identificando nele o modo como esse espaço foi e segue sendo ocupado e constituído, baseado em um processo social e

histórico complexo. Nele, estão as marcas da desigualdade social brasileira; nele, estão as marcas de um projeto colonizador exploratório e fundado no extermínio dos povos indígenas originários e da população negra escravizada; nele, estão as marcas dos fluxos migratórios entre diferentes regiões do Brasil; nele, estão as marcas das disputas políticas que acompanham nossa história e que se traduzem no modo como se dá a presença do Estado; nele; estão as marcas das configurações do trabalho no nosso tempo; nele, estão as marcas das formas de produção de vida coletiva que se teceram ao longo desse processo; em última instância, a produção cultural humana. Ele é movimento, produz condições específicas por meio das quais se constitui a vida humana, ao mesmo tempo em que é produzido pela ação de homens e mulheres que nele produzem sua história. Assim, buscamos nos aproximar do território e assim entendemos que as políticas públicas devem se cravar no território: serão produzidas com base nele, ao mesmo tempo em que são dele produtoras.

Sem pretender esgotar essa complexidade na apresentação do território da Brasilândia, escolhemos algumas dimensões que o constituem para uma apresentação breve, a fim de localizar o campo em que se inserem as práticas e experiências nele construídas que estão refletidas neste livro. O escopo dessas práticas define, sem dúvida, a escolha de determinadas dimensões como recortes para lançar luz ao território da Brasilândia nesse texto, sem deixar de reconhecer que muitos outros são possíveis, dada a pluralidade e complexidade que ele carrega.

### **Brasilândia: desigualdade social, políticas públicas e resistências**

Geograficamente, a Brasilândia fica situada na região norte do município de São Paulo, sendo um distrito da subprefeitura da Freguesia do Ó. Sua área de 21 km<sup>2</sup> é ocupada por 264.918 residentes, segundo os dados do último censo do Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010<sup>8</sup>. A Pesquisa de Origem e Destino do Metrô de São Paulo, realizada em 2017<sup>9</sup>, já apontava para uma população total de 312.237 pessoas.

Sobre seu processo de construção e ocupação, cumpre salientar que em meados do século XX o território era constituído principalmente por sítios e chácaras, sendo loteado para famílias de classe média. A ocupação do território das Brasilândia teve início próximo aos limites do distrito da Freguesia do Ó, inicialmente por meio de loteamentos regulares para população de média renda. O loteamento da Vila Brasilândia ocorreu em 1947, originando-se de um antigo sítio pertencente à família de Brasília Simões, que, após algum tempo, vendeu para a Empresa Brasilândia de Terrenos e Construções, a qual explorou até pouco tempo atrás a venda dos lotes. Os primeiros moradores do loteamento vieram principalmente das moradias populares e cortiços existentes no centro e que foram demolidos para dar lugar às avenidas São João, Duque de Caxias e Ipiranga, durante gestão do prefeito Prestes Maia. Com o crescimento da cidade de São Paulo por meio dos fluxos migratórios da população nordestina pobre, nas décadas de 1950 e 1960, o território começou a se estender para o norte de forma desordenada e irregular, sendo ocupado por pessoas em busca de trabalho e melhores condições de vida. A população foi aumentando progressivamente, sendo o espaço preenchido por loteamentos populares, com pouco planejamento e em ruas muito estreitas, caracterizando-se um território com superpopulação predominantemente de baixa renda<sup>10</sup> (Rosa, 2016).

---

8 Dado disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados\\_demograficos/](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/)>. Acesso em: 17 abr. 2021.

9 Esta pesquisa foi utilizada na produção de uma cartilha de divulgação para a Rede Brasilândia Solidária, elaborada como contribuição pelo Observatório Social Metrôpoles e intitulada “Brasilândia: condições socioeconômicas e disseminação do coronavírus”. Os dados da pesquisa estão disponíveis em: <<http://www.metro.sp.gov.br/pesquisa-od/>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

10 Sobre esse processo, vide documento da Câmara Municipal de São Paulo, intitulado “Sinopse da GEO – Histórico da Brasilândia”. Disponível em: <<http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/justificativa/JPL0362-1992.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do distrito da Brasilândia é 0,769, o que representa o 84º lugar entre os 96 distritos da capital. Segundo dados da Pesquisa Origem e Destino 2017, disponibilizados pelo Metrô São Paulo<sup>11</sup>, a maior parte da população da Brasilândia possui renda mensal de até 4 salários-mínimos, sendo que 29,62% estão na faixa de renda de até 2 salários-mínimos e 48,42% têm faixa de renda mensal entre 2 e 4 salários-mínimos. Apenas 2,93% da população possui renda entre 8 e 12 salários-mínimos e 0,49% estão na faixa de renda superior a 12 salários-mínimos. De acordo com dados oriundos da mesma fonte, da população que trabalha, pouco mais da metade está na condição de assalariado com carteira de trabalho assinada. Em relação a esse aspecto, cumpre salientar que, segundo o Mapa da Desigualdade de 2019 elaborado pela Rede Nossa São Paulo<sup>12</sup>, o território da Brasilândia concentra muitos trabalhadores desempregados ou sem vínculo formal de trabalho, de modo que ocupa a quinta posição dentre aqueles com os piores índices, sendo também parte dos distritos com piores indicadores de trabalho e renda. Em 2013, a Brasilândia contava com 11.961 empregos formais. Destes, 7.419 estavam ocupados pela população branca, 3.166 pela população parda e 823 pela população preta (embora pretos e pardos constituam mais de 50% da população do território). Ainda, 6.550 destes postos em empregos formais estavam sendo ocupados por homens (ibid.).

Os dados relativos à situação de trabalho e renda no distrito nos levam a visitar o perfil da população em relação a raça-etnia e gênero, compondo assim as dimensões estruturais da desigualdade social brasileira. A Brasilândia é o distrito de São Paulo com maior número de pessoas pretas. Segundo o último censo do IBGE, realizado em 2010, 10,4% da população da Brasilândia se autodeclara preta, o que representa um percentual menor apenas do que o encontrado

---

11 Disponível em: <<http://www.metro.sp.gov.br/pesquisa-od/>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

12 Disponível em: <[https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa\\_Desigualdade\\_2019\\_tabelas.pdf](https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_Desigualdade_2019_tabelas.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

na Cidade Tiradentes. Ao lado dessas pessoas, 40,2% se autodeclararam pardas, totalizando 134.049 pessoas negras no território da Brasilândia. O número de mulheres no território é maior do que o de homens. Segundo Pesquisa de Origem e Destino do Metrô de São Paulo de 2017<sup>13</sup>, a população total da Brasilândia é constituída por 164.313 mulheres (52,62%) e 147.924 homens (47,38%). Esta diferença começa a aparecer na faixa dos dez anos de idade e fica cada vez mais acentuada entre as faixas etárias mais avançadas. Na população acima de 80 anos, tem-se quase o dobro de mulheres em relação a homens (ibid.).

Em relação às condições de moradia da população, o território da Brasilândia encontra-se em terceiro lugar na classificação de distritos do município com maior número de moradores por domicílio (9 e mais), atrás apenas de Grajaú e Sapopemba. A Brasilândia é ainda o segundo distrito com maior proporção de favelas da capital, que corresponde à condição de 29,6% das residências do distrito. Ela é também um dos três distritos de São Paulo com o pior índice de coleta de lixo, ao lado da Cidade Ademar e de São Rafael. O território não tem um bom índice relativo ao sistema de esgoto, encontrando-se na faixa intermediária, com índices acima apenas de três outros distritos de São Paulo (ibid.).

Sobre as questões de segurança pública, a Brasilândia tem um altíssimo índice de homicídios, além do alto índice de agressões às crianças e às mulheres (ibid.). Esses dados expressam o que Franco (2014) anuncia sobre a legitimação da violência de estado em espaços entendidos como territórios da pobreza, os quais passam a ser identificados como territórios da violência, que opera na maior parte das vezes como parte da política de guerra às drogas e combate ao tráfico.

Sobre a rede de garantia de direitos à população, em relação à saúde, o território da FÓ\Brasilândia conta com 19 Unidades Básicas de Saúde, sendo 4 delas Integradas e vinculadas a serviços de Assistência Médica Ambulatorial; 1 Ambulatório de Especialidades;

---

13 Disponível em: <<http://www.metro.sp.gov.br/pesquisa-od/>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

1 Hospital Dia Rede Hora/Certa; 1 Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS; 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; 1 Unidade de Vigilância em Saúde; 1 Laboratório de Saúde Pública; 1 Centro de Convivência e Cooperativa; 1 Centro Especializado em Reabilitação; 1 Centro de Especialidades Odontológicas; 1 Centro de Atenção Psicossocial 24 horas; 1 Centro de Atenção Psicossocial Infante/Juvenil; 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas; 2 Unidades de Acolhimento Adulto, ligadas ao CAPS AD III; 3 Serviços Residenciais Terapêuticos ligados ao CAPS III; 1 Pronto-socorro; 1 hospital (além de dois outros hospitais que referenciam a região)<sup>14</sup>. Em termos de cobertura hospitalar, a Brasilândia possui 0,011 leitos para cada mil habitantes. Para fazer uma comparação com regiões consideradas nobres, na Bela Vista essa proporção é de 38,04 leitos para cada mil e em Moema é de 17,99 leitos para cada mil<sup>15</sup>.

Alguns indicadores nos permitem um balanço em relação à presença das demais políticas sociais no território. Em relação às políticas educacionais, a Brasilândia é o sexto distrito com maior índice de abandono no ensino fundamental. Além disso, em 2011, 9,33% dos alunos estavam com dois anos ou mais de defasagem em relação à série ideal, sendo este o sexto maior índice em todo o município. A Brasilândia está na faixa de distritos com taxa mais alta de reprovação no ensino fundamental. O número de alunos no ensino médio corresponde a apenas 25% do total de alunos do ensino fundamental. Diante dessa realidade, a Brasilândia está entre os distritos com maior porcentagem de população acima de 15 anos analfabeta, qual seja 4,5% (Rosa, 2016). Na região, o número de estabelecimentos

14 Fontes para compilação dos dados: Sistema de Localização de Estabelecimentos de Saúde da Rede SUS do Município de São Paulo. Disponível em: <<http://buscasaude.prefeitura.sp.gov.br>>. Acesso em: 17 abr. de 2021. Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região/Zona de Janeiro/2021. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid\\_Munic\\_Saude\\_Zona.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Zona.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2021.

15 Disponível em: <[https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa\\_Desigualdade\\_2019\\_tabelas.pdf](https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_Desigualdade_2019_tabelas.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

públicos de ensino diminui conforme aumenta o grau de escolaridade e a população, na sua quase totalidade, depende das instituições públicas de ensino em todos os níveis, praticamente as únicas existentes.

Esse cenário educacional é agravado pela precariedade de políticas de acesso à cultura, esporte, lazer e inclusão digital. Neste campo, os Centros Educacionais Unificados (CEUs) desempenham papel essencial, ao lado de iniciativas que resultam da mobilização da população, algumas das quais passaram a receber incentivo e financiamento público.

No que pese a desigualdade social e seus impactos na Brasilândia, a rede de políticas públicas de assistência social é também bastante precária. O distrito da Brasilândia conta com três CRAS e há um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para todo o território da FÓ/Brasilândia. De acordo com os parâmetros da Política Nacional de Assistência Social, que preconiza para municípios do porte de São Paulo a existência de um CRAS para referenciar 5 mil famílias, a rede de proteção social básica em assistência social disponível está muito aquém das necessidades da população (ibid.).

Diante dessa realidade, o território é plural e intenso nas organizações coletivas e solidárias da população, que protagoniza o enfrentamento das condições vividas em redes e iniciativas comprometidas com a vida, provocados por uma forte e potente vinculação afetiva com o espaço em que vivem e com as relações que os constituem.

Isso traduz uma importante característica do território. Território quente, chamado carinhosamente de *Brasa* por sua população, que se mobiliza, que carrega história de luta, que cobra do Estado garantia de direitos, mas que se organiza ela própria para responder a muitas de suas necessidades, o que impõe também importantes desafios no encontro entre os agentes dos serviços públicos estatais e essa população. (Rosa, 2016, p. 187)

Ao longo do ano de 2020, em função da pandemia Covid-19 e de seus impactos no território, sobre o que trataremos mais especificamente a seguir, a universidade esteve especialmente vinculada a essas ações e organizações comunitárias, aproximando-se de uma vida pulsante, engendrada e defendida por iniciativas diversas, seja em suas formas, propósitos, dimensões ou capilaridade no território. Por meio de uma das redes articuladas na luta contra o coronavírus e pelo enfrentamento à pandemia na Brasilândia, a Rede Brasilândia Solidária (Lucas, 2020)<sup>16</sup>, foi possível participar de múltiplas ações em que se articulavam a comunidade e a rede de políticas públicas a fim de proteger a população e responder às necessidades que, aqui descritas, certamente se agravaram pelas condições impostas a partir da pandemia. Em meio à arrecadação de recursos, como materiais de higiene e cestas básicas, ações de conscientização às medidas de proteção pelas ruas e pelas redes de comunicação, construção de agendas e atos de reivindicação ao poder público e promoção de debates, numa intensa produção em conjunto com coletivos diversos do território, a universidade pôde escutar depoimentos de moradores, trabalhadores e militantes do território, por meio de um projeto intitulado “Brasilândias: vida e(m) movimento na pandemia”.

Publicados nas redes sociais da Rede Brasilândia Solidária<sup>17</sup>, esses depoimentos são espécies de fragmentos do território em sua concretude. Lá estão expressões do território vivido e construído coletivamente, com base no modo como os sujeitos tecem, com base nas condições concretas aqui relatadas, modos de produzir suas vidas, como vida em comunidade, produzindo assim o próprio território. Lá está a professora implicada com a formação da população jovem e adulta, que reconhece suas necessidades de sobrevivência e, por isso, articula um projeto social orientado para garantir melhores condições

---

16 Para conhecer mais sobre a trajetória da Rede Brasilândia Solidária e suas ações, é possível acessar suas redes sociais. Disponível em: <https://facebook.com/brasilandiasolidaria> e <https://instagram.com/brasilandiasolidaria>. Acesso em 17 de abril de 2021.

17 Disponível em: <https://facebook.com/brasilandiasolidaria>; e <https://instagram.com/brasilandiasolidaria>. Acesso em: 17 abr. 2021.

de alimentação aos estudantes. Lá está o produtor de eventos e o grafiteiro, que realiza sua arte nos muros do território, implicado com a consciência política da população jovem. Lá está uma idosa chamada carinhosamente de vovó pelos moradores do território, que, fazendo pães e chá para distribuir à população, foi sendo apoiada e pôde ampliar a abrangência de sua ação solidária. Lá está um pai que, sofrendo os efeitos da violência de Estado, teve um filho vítima de homicídio e, na fundação de um Instituto de Direitos Humanos, busca transformar o destino de outras famílias, num investimento para outro futuro possível aos jovens do território.

Assim, dos números que caracterizam os impactos cruéis da desigualdade, chegamos aos sujeitos que, de forma potente e com uma intensa vinculação afetiva ao território que habitam, coletivamente resistem, construindo no cotidiano um território vivo, um território em movimento.

### **Brasilândia em pandemia: um território em transformação**

Cedo percebemos que a pandemia provocada pelo novo coronavírus estaria longe de nos igualar em relação à condição de vulnerabilidade e risco de morte ou contaminação. Reproduzindo os padrões de nossa sociedade, algumas classes sociais estariam mais protegidas, assim como alguns grupos étnico-raciais. Também os efeitos econômicos e psicossociais da pandemia não impactaram as pessoas independente das suas condições de vida e de trabalho, igualmente atravessadas por mercados de classe, raça e gênero.

Uma análise da letalidade da Covid 19 no Brasil realizada em maio de 2020 pelo Núcleo de Operações de Inteligência em Saúde (NOIS) da PUC-Rio, ao considerar variáveis demográficas e socioeconômicas, identificou que as mortes pela Covid entre pretos e pardos eram de 55%, taxa que entre brancos caía para 38%. Num país em que o acesso à educação formal não é garantido de forma universal e a escolarização está diretamente relacionada às condições de vida

da população, temos que, pelos números analisados pela mesma pesquisa, a taxa de letalidade entre pessoas sem escolaridade é três vezes maior em relação às pessoas com nível superior<sup>18</sup>. No município de São Paulo, inquéritos sorológicos realizados pela prefeitura encontraram, em setembro de 2020, uma taxa de contaminação duas vezes maior entre a população da periferia em comparação aos bairros mais ricos da cidade. Em regiões com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais alto, identificou-se prevalência de 9,5% de pessoas contaminadas, enquanto as áreas com IDH baixo apresentaram prevalência de 19,1%<sup>19</sup>.

Dentre esses dados, destaca-se o acompanhamento periódico das mortes pela Covid-19 nos diferentes distritos de São Paulo ao longo de 2020, conforme informações disponibilizadas pela prefeitura de São Paulo e divulgadas na mídia. Durante os primeiros meses da pandemia, os mapas apresentavam a Brasilândia como o distrito com maior número de mortes confirmadas ou suspeitas pela Covid-19<sup>20</sup>. Em seguida, por muitos meses a Brasilândia passou a ocupar a segunda posição na lista de distritos com maior número de mortes. De modo geral, em relação à distribuição de mortes pela Covid-19 na cidade de São Paulo, o mapa acompanhava os mapas da desigualdade social, conforme análise da Rede Nossa São Paulo<sup>21</sup>: os territórios com maior concentração de morte eram os mesmos marcados pelas piores condições de vida em relação a um conjunto de índices adotados para analisar a desigualdade social, assim como aqueles marcados pela maior concentração de população negra.

---

18 Disponível em: <<https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2020.

19 Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/09/periferia-covid-inquerito-sorologico/>>. Acesso em: 12 out. 2020.

20 Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/15/mortes-confirmadas-ou-suspeitas-por-coronavirus-passam-de-1200-na-cidade-de-sao-paulo-periferia-concentra-mais-obitos.ghml>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

21 Disponível em: <[https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa\\_Desigualdade\\_2019\\_tabelas.pdf](https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_Desigualdade_2019_tabelas.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2020.

O grande número de mortes na Brasilândia expressa os cumulativos sistemas de opressão imbricados na sociedade. As disparidades que marcam o território são expressão da desigualdade social que, caracterizada por suas dimensões estruturais de classe, raça e gênero, certamente se agravou nesse contexto. Ainda que não tenhamos dados mais recentes, que nos permitam atualizar e comparar os impactos da pandemia em relação às condições identificadas e expostas na segunda parte deste capítulo, não há dúvida de que no último ano a desigualdade social se acentuou no país. No início de 2021, o *ranking* dos bilionários do mundo publicado pela Forbes revelou a ascensão de 10 novos brasileiros a essa condição<sup>22</sup>. Na mesma época, a mídia brasileira divulgava uma pesquisa realizada pela Universidade Livre de Berlim (Alemanha), em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e com a Universidade de Brasília (UnB), segundo a qual 59,4% dos domicílios brasileiros apresentavam algum grau de insegurança alimentar no terço final do ano de 2020<sup>23</sup>.

A mais trágica consequência dessa realidade está nos altos índices de pessoas mortas e contaminadas pelo novo coronavírus na Brasilândia, o que se reproduz na realidade de outros municípios brasileiros. Tal realidade fala da impossibilidade de determinadas parcelas da população fazerem adesão a medidas de isolamento social, proteção e prevenção, em função de suas condições de moradia, trabalho, acesso à educação, lazer e tantas outras.

A epidemia de COVID-19 encontra a população brasileira em situação de extrema vulnerabilidade, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais. Ao longo dos últimos anos, especialmente após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que impõe radical teto de gastos públicos e

---

22 Disponível em: <<https://forbes.com.br/forbes-money/2021/04/brasil-tem-10-novos-bilionarios-no-ranking-de-2021/>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

23 Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2021/04/13/Qual-o-quadro-de-inseguran%C3%A7a-alimentar-no-Brasil-da-pandemia>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

com as políticas econômicas implantadas pelo atual governo, há um crescente e intenso estrangulamento dos investimentos em saúde e pesquisa no Brasil. (Werneck e Carvalho, 2020, p. 3)

## Considerações finais

O agravamento da desigualdade social no Brasil deverá ter impactos importantes do ponto de vista da caracterização das condições da Brasilândia em relação a moradia, trabalho, escolarização, renda, violência e outras apresentadas neste capítulo. As pesquisas, censos demográficos e levantamentos que se seguirem deverão indicar mais precisamente a realidade desse quadro. Certamente essas condições também representarão novas demandas e desafios para o campo das políticas públicas e seus desdobramentos não independarão das possibilidades de mobilização, articulação e ação da população e do fortalecimento de suas redes e coletivos. Isso implica um desafio triplo à universidade na continuidade da parceria territorial: a atenção aos estudos e pesquisas que permitam uma atualização permanente das condições de vida no território, o que inclui também uma análise crítica dos efeitos das ameaças e retrocessos às políticas públicas que marcam esse momento; o apoio a essa rede de políticas públicas, na construção cotidiana de ações que representem, ao mesmo tempo, respostas à complexidade de demandas da população que incidirão sobre os serviços e fortalecimento de diretrizes, programas e políticas direcionados à defesa de direitos; o envolvimento e o apoio permanente às iniciativas e articulações comunitárias e populares gestadas nesse processo, que devem significar condição de saúde para a população e movimento de resistência em defesa, em última instância, da dignidade e da vida humana.

## Referências

- FARIA, Rivaldo Mauro de, e BORTOLOZZI, Arlêude (2009). Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Raê Ga: O Espaço Geográfico em Análise*, n. 17, pp. 31-41.
- FRANCO, Marielle (2014). *UPP – a redução da favela a três letras: uma análise da política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro*. 2015. Dissertação de Mestrado em Administração. Niterói, Universidade Federal Fluminense.
- LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo, e YASSUI, Silvio (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, pp. 593-606.
- LUCAS, Rodrigo (2020). Brasilândia solidária – o enfrentamento da Covid-19 num dos bairros mais atingidos de SP. *Hora do Povo*. 14 maio. Disponível em: <<https://horadopovo.com.br/brasilandia-solidaria-o-enfrentamento-do-coronavirus-num-dos-bairros-mais-atingidos-de-sp/>>. Acesso em: 27 nov. de 2020.
- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra, e BARCELLOS, Christovam (2006). O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*. v. 2, n. 2, pp. 47-55.
- ROSA, Elisa Zaneratto (2016). *Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ROSA, Elisa Zaneratto et al. (2016). “O território sanitário da Freguesia do Ó/Brasilândia e o lugar do território na integração ensino-serviço”. In: VICENTIN, M. C. G. et al. (orgs.). *Saúde Mental, reabilitação e atenção básica: encontros entre universidade e serviços de saúde*. São Paulo, Artgraph. pp. 53-78.
- SANTOS, Milton (2000). *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. São Paulo, Record.
- WERNECK, Guilherme Loureiro, e CARVALHO, Marília Sá (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5.
- YASUI, Silvio (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro, Fiocruz.



# Experiências dos Grupos GAM na Atenção Básica

Fábio Alencar dos Santos<sup>1</sup>

Felipe Bernardes Silva<sup>2</sup>

José Vinicius Ribeiro de Campos<sup>3</sup>

Maria Cristina Gonçalves Vicentin<sup>4</sup>

Tércia Regina de Souza Brandão Buzone<sup>5</sup>

## Introdução

Neste capítulo, pretendemos apresentar algumas dimensões da experiência da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), no contexto das Unidades Básicas de Saúde no território sanitário da Brasilândia, município de São Paulo, como parte das ações de integração ensino-serviço e do programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (convênio entre Ministério da Saúde, PUC-SP e a Secretaria Municipal de Saúde).

---

1 Gestor de Unidade Básica de Saúde em São Paulo (SP), farmacêutico e especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

2 Graduando em Psicologia (PUC-SP)

3 Graduando em Psicologia (PUC-SP) e no Bacharelado Interdisciplinar em Ciências e Humanidades (UFABC)

4 Professora da FACHS (PUC-SP), mestre em Psicologia Social e doutora em Psicologia Clínica

5 Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na UBS Jardim Guarani pela Associação Saúde da Família. Especialista em Oncologia pela Universidade Nove de Julho e em Estratégia de Saúde da Família Una-Sus pela Universidade Federal de São Paulo

A PUC-SP tem uma longa história de articulação de diferentes cursos (Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social e, mais recentemente, Fisioterapia) com a rede pública de saúde deste território, iniciada na década de 1980. Desde 2008, esta parceria se intensificou por meio dos convênios com o Ministério da Saúde para a reorientação da formação profissional em saúde que teve como um dos eixos norteadores o cuidado em saúde mental e a relação com a Atenção Básica (PROSAÚDE II e PROPETSAÚDE III) e, mais recentemente, a interprofissionalidade em saúde.

Entre 2012 e 2016, analisamos itinerários de cuidado de usuários de saúde mental numa pesquisa com as UBS's e os serviços de saúde mental da Brasilândia, o que resultou na percepção da escassa oferta de cuidados em saúde mental na Atenção Básica, muitas vezes reduzida à troca de receitas; das queixas dos usuários quanto aos efeitos adversos e incômodos dos remédios psiquiátricos; do consumo exagerado e continuado de drogas prescritas; da pouca visibilidade e oferta de cuidado na Atenção Básica quanto às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e da demanda de usuários de saúde mental por espaços de expressão, escuta, reconhecimento e troca. (Vicentin et al., 2016; Rosa et al., 2020).

A experiência da universidade com a rede de saúde e o território da Brasilândia possibilitou a construção, em 2017, de uma estratégia de apoio institucional que se caracterizou pelo planejamento, formação e acompanhamento da experiência em Saúde Mental, com foco na análise e intervenção nos processos de medicalização e desmedicalização, com base na implementação da estratégia da GAM.

A GAM, criada no Canadá na década de 1990 e adaptada para o Brasil em 2010, é uma ferramenta – um guia, um dispositivo grupal e uma estratégia – que visa potencializar a participação das pessoas nas decisões relativas à medicação e ao seu processo de cuidado, sendo utilizada em grupos de usuários e profissionais de saúde mental (Onocko-Campos et al., 2012), favorecendo ainda mudanças no processo de trabalho das equipes e dos serviços relativamente ao cuidado em saúde mental.

Desde 2017, as UBS Guarani e Sylmaria iniciaram o processo de implantação do GAM, seguidas, em 2019, pela UBS Terezinha e Brasilândia, já com o apoio do PET Saúde e Interprofissionalidade (2019-2021). Nas UBS Guarani e Sylmaria, os grupos GAM funcionam desde o início de 2017, reunindo equipes interprofissionais (em geral, farmacêutico e/ou técnico de farmácia, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de família) em grupos semanais e abertos. Tais experiências têm sido objeto de diferentes estudos, na forma de pesquisa-ação e pesquisa-apoio, indicando efeitos importantes:

- Na qualidade do cuidado dos usuários – tanto no manejo grupal, quanto na complexificação do projeto de cuidado singular – e na ampliação do acesso dos usuários aos direitos. A estratégia GAM convoca um encontro longitudinal e processual entre usuários e equipe. Os grupos GAM são reconhecidos como lugar em que usuários podem falar abertamente sobre seus sofrimentos, na troca direta e contínua com a equipe de saúde. Essa participação contínua e regular de escuta e suporte ao sofrimento, vivenciado e expresso nas experiências, demanda tempo e espaço de reflexão e elaboração do fazer profissional. Isso permitiu que a unidade acolhesse questões de saúde mental em um contexto em que os profissionais afirmavam ter pouco conhecimento acumulado para tal. A utilização e orientação do guia, o empoderamento dos usuários pela participação nos grupos, as situações de amparo mútuo vivenciadas têm contribuído para a qualificação desse movimento de escuta, acolhimento e sustentação do manejo grupal. Os usuários puderam desenvolver maior conhecimento sobre sua medicação e passaram a conversar com seus médicos visando ajustes da medicação, encorajados pelas discussões nos grupos GAM. O projeto de cuidado dos participantes foi ampliado na relação com outras práticas da UBS (caminhadas, práticas integrativas) e do território, suscitando também o início do desenvolvimento de projetos pelo grupo

- (como o da horta comunitária na UBS Guarani, interrompida no contexto da pandemia). A experiência GAM também fez com que os usuários investissem interesse no tema dos direitos, seja no âmbito da saúde (acesso aos prontuários, aos remédios, à atenção especializada), seja no âmbito do território e da cidade (discutindo condições de vida, efeitos do racismo, acesso à moradia, etc.).
- No processo de trabalho dos profissionais e dos serviços. A GAM, ao propiciar a trabalhadores e usuários a criação de espaços de cuidado onde a relação hierárquica trabalhador-usuário se lateraliza, assegurou a valorização do saber, da experiência, da autonomia e da participação de usuários no cuidado. O vínculo constituído na GAM permitiu que, não apenas usuários, mas também os técnicos compartilhassem sofrimentos, muitos deles advindos do trabalho. A GAM incidiu sobre os procedimentos de trabalho, principalmente nos modos de atendimento dos profissionais que puderam se ver mais como escutadores e não como “prescritores” e/ou “orientadores”, e puderam olhar para a questão do uso de medicamentos e seus efeitos, tema que até então era considerado exclusivo dos profissionais médicos. Puderam olhar também para o tema das drogas “proscritas” – como referidas – via de regra fora da conversa da UBS. E puderam entender melhor e se abrir para entender e protagonizar o papel da UBS na rede de atenção psicossocial.

Nas linhas que seguem, buscaremos evidenciar tais efeitos por meio de três narrativas que focalizam dimensões distintas da experiência GAM, nas UBS, de forma a dar uma ideia geral da experiência: i) a experiência da UBS Sylmaria na perspectiva dos profissionais; ii) os efeitos nos usuários na experiência da UBS Guarani; e iii) as adaptações para o GAM remoto no período da pandemia em função da Covid-19 (na UBS Guarani).

## O GAM Silmarya: reflexões sobre o processo na perspectiva do profissional de saúde

As dificuldades enfrentadas diariamente no Sistema Único de Saúde (SUS) são muitas, dentre elas a busca pela garantia da atenção em saúde mental à população a qual implica grandes desafios. Mesmo após a Reforma Psiquiátrica antimanicomial (hoje, fortemente ameaçada), a atenção básica, muitas vezes, oferta o uso da medicação como única forma de tratamento, renovando prescrições sem dar possibilidade de o sujeito participar ativamente do seu projeto terapêutico, aumentando, assim, a população psicofármaco-dependente. Por isso, a proposta de introduzir e utilizar o dispositivo da GAM, na UBS Silmarya, teve o intuito de estabelecer um elo entre a saúde mental e a unidade, para que os usuários pudessem se beneficiar desse olhar sensibilizado, ressignificando o trabalho dos profissionais em uma perspectiva de autonomia e dinâmica de cogestão na relação com os usuários.

Assim, nossa ideia principal era a de formar grupos de usuários de psicofármacos, procurando estabelecer um espaço de fala sobre suas demandas de atenção e assistência em saúde mental; sobre a experiência com o uso da medicação e a qualidade de vida; e sobre as possibilidades para um cuidado em saúde mental de forma ampliada, visando à participação ativa do sujeito para que este tenha autonomia de negociar seu projeto terapêutico, assim como possa acessar outras formas de tratamento, potencializando a rede, fortalecendo e constituindo itinerários terapêuticos.

Entretanto, para que isso fosse possível, tivemos de, primeiramente, construir o dispositivo GAM na UBS para o processo de formação da equipe composta por médicos, farmacêutico, enfermeiros, técnicos de farmácia, agentes comunitários de saúde e gestores em rodas dialógicas de produção coletiva de saberes. Dessa maneira, podemos dizer que iniciamos os trabalhos por meio da sensibilização dos profissionais da unidade. É importante reconhecer que, num território

de extrema vulnerabilidade, os fenômenos que envolvem o cuidado em saúde mental colocam grandes desafios às equipes que sofrem com o sucateamento dos serviços e a escassez de profissionais.

Ao longo de alguns meses, em encontros semanais com os trabalhadores, fomos nos constituindo como grupo: a diversidade profissional nesses encontros foi trazendo experiências riquíssimas; o compartilhamento de saberes transformou nosso modo de atuar, ampliando possibilidades de intervenção e nos fortalecendo enquanto equipe.

Já no que diz respeito à realização de grupos de gestão compartilhada entre usuários e profissionais, orientamo-nos pela ruptura com as práticas verticais de orientação dominantes na área da saúde. Nesse sentido, fomentamos rodas de discussão sobre experiências da vida diária com o uso de psicofármacos, com os serviços de saúde, redes de apoio e projetos de vida, usando como referência os guias GAM do usuário e moderador.

No primeiro grupo realizado, ocorreram, além das riquíssimas narrativas dos usuários, experiências maravilhosas nas falas dos profissionais, que trouxeram muita verdade em suas histórias de vida que só agregaram ao grupo. Houve uma grande aposta e entrega para fazer com que esse projeto desse certo, entendendo a grande responsabilidade e potência que há nesse grupo. Uma das usuárias disse:

Fiquei muito feliz em receber o convite para participar desse grupo, conviver com outras pessoas, poder aprender e falar dos meus medicamentos vai ser ótimo, porque todo mês só vir e renovar a receita, nem perguntam se estou bem ou estou mal, é muito ruim. [...] Eles só querem que a gente não dê trabalho; estão quietinhos, tá bom. Não nos escutam, não têm interesse em nos devolver para a sociedade [...] esse GAM talvez possa ser uma chance, uma possibilidade.

Ademais, a análise de cada encontro subsidiada pelo próprio guia e as discussões que foram levantadas geraram uma ação reflexiva, ou seja, a própria experiência e contato com a GAM são processos de

pesquisa da própria ferramenta. Dessa maneira, a própria formação do grupo de facilitadores forneceu inúmeras ferramentas de análise e transformação: mesmo já com os usuários presentes, a constante permanência dos participantes trabalhadores fez com que pudéssemos analisar alguns elementos. Muitos trabalhadores foram relatando, no dia a dia da unidade, a liberação de suas rotinas pela chefias diretas, os horários incertos devido às demandas intensas, e acreditamos que um dos principais e mais relevantes motivos que relataram é não suportarem tanto sofrimento, por não terem preparo para lidar com as questões que surgem nas narrativas dos pacientes.

O dispositivo GAM impulsionou a formação da atenção psicossocial na Atenção Básica. A experiência de escuta dos usuários e o processo cogestionário entre gestor, usuários e trabalhadores favoreceu, a saber: i) a abertura das agendas e o envolvimento de médicos; ii) o apoio aos trabalhadores no processamento das dificuldades; iii) a experiência de grupalidade com usuários; iv) a quebra de paradigmas no cuidado em saúde mental; v) a discussão sobre o território; e vi) o surgimento de profissionais mais sensíveis e colaborativos.

Com isso, podemos afirmar que as UBSs são lugares estratégicos para a realização de grupos, deslocando a centralidade da medicação como a única oferta de cuidado. A adesão dos usuários aos grupos inicialmente foi de muita resistência, mas com o passar dos meses o grupo foi ganhando a cada semana mais e mais usuários, que relatavam se sentir pertencentes a algo, tomando uma proporção que o espaço físico da unidade não comportava mais, fazendo literalmente nos deslocar e, assim, o grupo passou a acontecer em um espaço sugerido por eles dentro do território, um GAM extramuros.

As UBSs continuam sendo vistas como um local para tratar de outras “questões” de saúde ou simplesmente para a realização da troca de receitas. Contudo, notamos que usuários participantes apresentam melhora de qualidade de vida, maior autonomia, e ampliação da autoexpressão e do cuidado de si.

Refletindo sobre uma das premissas da GAM, que é o empoderamento do sujeito, podemos também observar no encontro do dia 10/3/2018 a fala que uma usuária nos traz:

Hoje estou sendo alguém diante da sociedade, essas pessoas que passam por aqui serão gratas a vocês, porque ninguém se importa com a gente. Queremos nossas vidas de volta, mas só querem nos controlar. Queremos retomar nosso casamento, as relações com nossa família, ver nossos filhos crescerem, mas parece que querem que fiquemos velhos ou morra assim, não querem ver a gente viver. Vamos renascer.

Pudemos, ao longo dessa experiência de três anos, perceber que gestar um espaço onde os usuários possam se apropriar de seus direitos, falar abertamente de suas dificuldades, seus problemas e anseios sem preconceitos, dialogar com o grupo, trocando saberes, dividindo e se apropriando de questões sociais, de saúde e vida é fundamental. Construindo coletivamente esse modo de se fazer saúde, os usuários passam a ser protagonistas e empoderados de seus tratamentos, conscientes e críticos de seus projetos terapêuticos, em busca de uma melhor qualidade de vida.

Nesses espaços surgem histórias e narrativas que nos fazem rever diariamente nossa prática profissional. É preciso intensificar e acreditar num trabalho em que a rede se fortaleça com encontros que gerem produção de saúde, de cuidado e potencialize trocas de saberes que agreguem a todos muitos valores, em territórios extremamente complexos e vulneráveis. Diante de tantos atravessamentos e dificuldades, é sempre preciso fortalecer as tecnologias que transversalizam o cuidado em rede. Nesse caso, a GAM se apresenta como uma importante ferramenta na atenção básica, pois busca uma melhora na qualidade de vida e amplia a capacidade do sujeito em lidar com o uso das medicações e melhor viver um cuidado integral e longitudinal. Como nos conta L., que mandou um recado ao grupo:

que voltou a trabalhar, e que por isso, até se organizar, não virá mais aos encontros. Que é muito grata a todos pelo apoio e dedicação ao longo desses anos, que se hoje ela está melhor e retomando sua vida foi por ter esse grupo onde ela podia ser ela mesma, com seus problemas, angústias e dificuldades sem julgamentos. Vocês me fizeram acreditar que eu podia dar a volta por cima e de degrau em degrau agora consegui, um passo de cada vez e como sempre dizemos a cada encontro, sair um pouquinho melhor do que entramos.

### **Transformações na qualidade de vida dos usuários no GAM Guarani**

Os encontros do grupo GAM, na UBS Jardim Guarani, acontecem desde setembro de 2017, semanalmente às segundas-feiras, com usuários com transtorno ou sofrimento mental que fazem usos de medicação controlada, sendo que, já com a implementação, realizamos também sensibilização e apoio aos profissionais de saúde, conhecido por pré-GAM, em que profissionais, estudantes estagiários ou petianos e docente da universidade podem conversar sobre o andamento do grupo e estabelecer ações conjuntamente.

O grupo utiliza o Guia GAM, criado em Quebec (Canadá) e adaptado para a realidade brasileira (2009-2010). O guia é organizado em seis passos com perguntas voltadas sobre questões sobre a qualidade de vida das pessoas que usam medicação psiquiátrica (Onocko-Campos et al., 2014). O Guia GAM é usado nos encontros como um disparador para a roda de conversa, mas não obrigatório, por isso muitas vezes os temas trazidos espontaneamente pelos usuários têm prevalência. Além disso, também preparamos outras atividades com o intuito de estimular novas reflexões aos participantes do grupo. Bom exemplo disso é a “Árvore dos desejos”, por meio da qual estimulamos os usuários a pensarem quais eram seus sonhos para o ano de 2020. Ademais, procuramos, durante o processo de moderação, que os profissionais sejam deslocados de um lugar de saber, estimulando uma horizontalidade no cuidado (todos cuidam de todos).

Guiamo-nos, também, segundo os princípios de atuação da Atenção Básica na Saúde Mental (Brasil, 2003): a noção de território, organização de atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a interprofissionalidade interdisciplinar, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção de autonomia possível de usuários e familiares.

Cerca de dez trabalhadores da Unidade Básica de Saúde (UBS) participam regularmente dos encontros, entre eles: um médico, uma farmacêutica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma gestora do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), cinco agentes comunitárias de saúde (que se revezam em suas participações no grupo) e apoiadores da universidade. Os encontros semanais têm duração de duas horas. Além do mais, o grupo é aberto, isto é, pessoas novas são recebidas e acolhidas pelos próprios usuários e equipe permanentemente. Ao longo deste tempo, 28 usuários já participaram do grupo GAM, sendo 8 do sexo masculino e 20 do sexo feminino, com idades que variam de 21 a 64 anos. Atualmente, temos dois homens e sete mulheres que já frequentam o grupo há dois anos.

Ao longo do tempo, percebemos que nossos encontros produzem um ambiente seguro, que favorece a formação de vínculos devido à sensibilidade e às delicadezas dos que ali permanecem. Um local de vida que se transforma. Laços de amizade são criados e fortalecem a rede de apoio de todos nós. A GAM é um processo de autoconhecimento e empoderamento no qual usuários podem exercer a autonomia do cuidar. Por esse motivo, batizamos o grupo como “Gestão Autônoma de Vida”.

É possível perceber, mediante relatos e depoimentos dos próprios usuários, o quanto conseguiram tirar proveito de suas participações no grupo. Várias formas de melhoria de vida foram relatadas pelos usuários, todas adquiridas devido à permanência no grupo. Foi relatado, por alguns dos usuários, que o grupo promove um fortalecimento dos laços entre usuários e funcionários da UBS. De acordo com os funcionários, hoje em dia, é comum ver os usuários que participam da GAM, entrando na unidade e passando pelos corredores,

visitando os profissionais. Antigamente, as idas à UBS eram apenas para consultas e trocas de receita. Esse melhor contato com os funcionários permitiu aos usuários um maior empoderamento em relação aos cuidados em saúde, direitos e deveres; conhecimento do seu tratamento e de sua medicação, além de ajudar com a adesão aos tratamentos de outras comorbidades como Hipertensão, Diabetes, rastreamento de mamografia e coleta de Papanicolau.

Podemos ver, nas falas dos próprios usuários, o quanto conseguiram tirar de proveito de suas participações no grupo:

- *Eu era uma pessoa triste, eu estava procurando algum refúgio. Não me sentia à vontade nos lugares, tomava antidepressivos para tirar a angústia de dentro de mim. Procurava algum consolo para preencher o vazio. Aí no posto (UBS) uma agente me recomendou participar do GAM... Aí eu comecei a praticar, a partir daí comecei a me sentir melhor. Me senti acolhida. A palavra pra mim que eu coloco pro GAM é acolhimento. Eu me senti acolhida em relação aos funcionários, aos alunos da PUC e aos usuários. Como estamos na mesma situação, não me senti tão sozinha. Eu gosto de participar do GAM, vou sempre que posso... Eu sou uma pessoa mais tranquila. (usuária mulher que, na sua primeira participação, questionou: tive alta do ambulatório de psiquiatria, o que vou fazer aqui, se não tem psiquiatra?)*
- *A minha vida antes da reunião do GAM era meio complicada porque eu mal saía de dentro de casa. Eu tinha medo, tomava as medicações, mas mesmo assim tinha medo. Até que recebi o convite de participar do grupo GAM. E eu fui na primeira reunião e gostei e fui seguindo. Mas eu tinha uma vontade também de querer sair (circular mais pelas ruas). E eu um dia eu cismei de pegar o ônibus e ir até a Brasilândia. Mas parecia que aquele ônibus não andava. Eu tremia, não sei se era de raiva ou de medo. Mas consegui chegar. Aí peguei o ônibus de volta e voltei mais alegre... Aí foi quando comecei a fazer umas caminhadas. Depois comecei também a fazer parte do grupo “Caminhar: vida em andamento”. Mas o GAM é*

*tudo ótimo, sem contar a participação dos amigos, que passa apoio pra gente. E eu consegui aprender muita coisa: poder falar sobre a medicação, o que dizer pro médico, quais são nossos direitos... Isso foi muito importante pra mim... Eu hoje continuo minhas caminhadas. Já fui em Santos, já fui pra casa da minha filha. Pra mim foi ótimo... E modificou muito na minha família, agora é só alegria. Minha irmã me dá a maior força pra sair. (usuário homem que, quando a família recebia visita domiciliar da equipe, se escondia no quarto).*

- *Aprendi muitas coisas, sobre medicamentos, sobre nossos direitos de saber das coisas. Esse grupo mudou minha vida. Eu tava muito pra baixo, mas eu melhorei bastante. Quando ficamos de quarentena eu fiquei com muita saudade de ver as pessoas e de aprender mais... Aprendi muito com os colegas também, porque cada um fala o que está sentindo, a gente se apoia até agora na pandemia, pelo celular. (usuária mulher que em sua primeira participação referiu não ter ânimo para nada, pensava em acabar com tudo, mas não tinha coragem).*

A participação no grupo GAM também estimula e proporciona uma espécie de pertencimento grupal ampliado, as questões de cuidado não se limitam somente ao grupo inicial. A partir do momento em que se transformam, os usuários passam a se preocupar com seus familiares, amigos e comunidade. Podemos perceber tal fato, mediante alguns de seus relatos:

- *Estou preocupado com meu irmão, ele não faz o tratamento e toma medicação para pressão alta por conta. Já falei para ele vir aqui.*
- *Estou preocupado com F., ele tem 19 anos, tem diabetes e não aceita sua condição de tomar insulina. Não quer fazer tratamento, às vezes fica agressivo, fala que tem dificuldades para urinar, está muito debilitado. Tem como alguém ir lá?*
- *Quando vejo que alguém precisa eu aconselho as outras pessoas a ir ao grupo.*

Estes relatos demonstram como o grupo GAM ajuda, não somente os usuários em relação à sua própria condição, mas também os torna capazes de promover cuidado, dando-lhes liberdade, possibilidade e capacidade para agir também como cuidadores. Isso é possível devido ao caráter multidisciplinar e horizontal do grupo GAM, que promove um espaço sem hierarquia, ajudando a desenvolver participantes que sejam capazes de ter controle em relação ao seu próprio espaço de cuidado, além de também ser capaz de cuidar do seu meio.

A mudança que o GAM proporciona se torna evidente por meio dos relatos dos usuários. Com eles é possível perceber como esse dispositivo promove transformações reais e significativas na vida de seus participantes, diminuindo o estigma em relação à saúde mental, estimulando o autoconhecimento, a comunicação e o respeito, além de favorecer as relações de solidariedade, promover cidadania com maior conhecimento e busca por direitos. O GAM, dessa forma, produz uma espécie de transversalidade do cuidado, pois é local de igualdade, onde as diferenças são valorizadas, um lugar onde se entende que todos têm dificuldades, problemas e desilusões, e dentro deste espaço, todos são ouvidos.

### **A GAM Amigo: a experiência da GAM Guarani na pandemia**

A retomada das atividades do grupo GAM, na UBS Jardim Guarani, ocorreu naturalmente a partir da volta do recesso em janeiro de 2020. Não à toa, alguns projetos já vinham sendo planejados pelo grupo. Entre eles, ficou muito marcada a “roda de chá”, que estava planejada para acontecer no dia 16 de março. Nesse evento, a ideia era aprender sobre as propriedades das plantas utilizadas para se fazer chá, além de conhecer mais o trabalho do PAVS, que tem por objetivo proporcionar a criação de novas práticas de saúde em âmbito local, e da horta comunitária da UBS.

Entretanto, com o início da pandemia da COVID-19 no Brasil e o subsequente processo de quarentena, muitos grupos GAM do território da Brasilândia, e entre eles o nosso, tiveram suas reuniões presenciais canceladas por tempo indeterminado. A princípio, achamos que a quarentena não duraria muito tempo. De forma geral, tínhamos a falsa ilusão de que, em algumas semanas, tudo estaria resolvido. Porém, após percebermos que as políticas de isolamento social e essa pandemia perdurariam por mais tempo do que previsto, decidimos tentar continuar nossos encontros virtualmente, utilizando plataformas de videoconferência on-line, como as do *WhatsApp*, *Messenger* e *Jitsi.org*.

Como primeira medida, passamos a organizar “rodas de acolhimento”, desde o dia 30 de março, com as trabalhadoras da UBS e que eram participantes do grupo. Neste momento, a GAM funcionou como um apoio aos próprios profissionais que contavam sobre insônias, estresse, ansiedade, aumento da carga horária de trabalho, preocupação com a população local e medo de contagiar a si mesmos e familiares. Também puderam refletir criticamente sobre as políticas de saúde adotadas nos planos municipal e federal, sendo que chegamos a ouvir os seguintes relatos:

- Tô muito mal. Com dificuldade para dormir;
- A cada notícia na televisão vamos trabalhar com mais medo;
- O Ministério [da Saúde, da gestão Mandetta] e as UBS’s estão de um lado e o Presidente de outro. Estamos lutando contra a maré!;
- Todo mundo se recolhe e a gente tem que ir trabalhar.

Logo no início de nossa transição do presencial para o virtual, demos conta de que esse processo não seria efetuado tão facilmente. Para além de todo sofrimento psíquico, acúmulo de trabalho e até o fato de algumas trabalhadoras e/ou seus familiares, amigos e/ou colegas terem pegado a Covid, é preciso pontuar que a rede de sinal telefônico e de Wi-fi da UBS se mostraram muitos precários para

nossas atividades. Por esse fato, em várias ocasiões, as trabalhadoras não conseguiam ou tinham dificuldades em participar por falhas de conexão.

Além delas, muitos dos usuários também encontraram dificuldades com a tecnologia. Alguns não tinham acesso a um celular próprio, muitas vezes tendo de usar emprestado de parentes, outros tinham problemas com o acesso à internet, ou até mesmo dificuldade com o uso do celular e dos aplicativos de chamada de vídeo em grupo. Por conta disso, nossa tentativa de contatá-los foi ainda mais complicada.

Para dar conta dessa função, realizamos, primeiramente, ligações iniciais para eles, com o intuito de ver como estavam suas vidas – saúde física e psíquica – possíveis dificuldades enfrentadas com remédios e relações sociais e familiares, desde a interrupção dos grupos presenciais. Nessas mesmas ligações, perguntávamos se havia a possibilidade de voltarmos nossos encontros virtualmente no mesmo horário dos presenciais. Em decorrência disso, o apoio da universidade passou a ser encontrar formas para ajudar os usuários e os funcionários da UBS a conseguirem participar das reuniões, realizando explicações de como usar os aplicativos, o celular e, também, como entrar e participar das reuniões.

Dessa maneira, desde o fim de junho, conseguimos retornar ao nosso formato original de encontros do grupo GAM virtualmente – com as trabalhadoras participando por um celular compartilhado entre elas e, em média, cinco usuários que participam mais frequentemente – que ocorreu durante todo o resto do ano.

Porém, mesmo com todas essas movimentações, desde o princípio, percebemos que, grande parte do grupo, ainda não conseguiria participar das reuniões, pelas restrições tecnológicas impostas. Ademais, era fundamental que pensássemos novas formas de engajamento dos usuários em nosso grupo. Por conta disso, de forma conjunta com as trabalhadoras da UBS, decidimos, ainda no final de março, criar um grupo na plataforma de contatos *WhatsApp*, intitulado “GAM Amigo”, cujo propósito seria o de funcionar como uma

ferramenta da GAM, ajudando no contato e no cuidado do grupo neste momento pandêmico. Assim, no dia 4 de abril criamos esse grupo, que contou com todos os participantes (estudantes e docente, profissionais de saúde e usuários), tendo uma média de 25 participantes. Além disso, para aqueles que não possuíam telefone celular próprio e não podiam usar o de algum parente, deixamos na descrição do grupo as possíveis formas de contatá-los, como o número dos telefones fixos.

Desde sua criação, este grupo de *WhatsApp* permitiu às pessoas que não podiam participar das reuniões que também fossem ouvidas, funcionando como uma espécie de extensão dos nossos encontros de segunda-feira. Pessoas puderam postar sobre suas semanas (fosse usando mensagens de texto, áudio e até recursos visuais), o que estavam fazendo, se tinham algum problema. Puderam também conversar com amigos, matar as saudades, desejar boa semana e feliz aniversário, compartilhar sofrimentos e dores, dar apoio emocional, receber convite de atividades virtuais e ser informadas sobre a situação da pandemia no território. O grupo, além disso, foi capaz de produzir um ambiente que proporcionou maior participação dos usuários, não apenas como usuários, mas também como cuidadores e instrutores, exercendo sua liberdade, como forma de apoio, ajuda e evolução do projeto GAM do Jardim Guarani como um todo. Vale lembrar que, por meio da GAM Amigo, também enviávamos os *links* de acesso aos nossos encontros virtuais.

A “GAM Amigo” se dispôs como um grupo de troca de mensagens, que priorizava, como dito antes, o cuidado, a acolhida, o carinho e a atenção entre os participantes. A maioria de suas mensagens foi exposta no formato de áudio, devido à presença de participantes com dificuldades de leitura e/ou escrita. Seu conteúdo variava muito com o tempo, mas muitas postagens tiveram grande engajamento e importância para o grupo: i) desde a troca carinhosa de mensagens entre amigos que não conseguiam se encontrar devido ao isolamento; ii) questões como procura de fármacos para pessoas incapazes de ir até a UBS naquele momento; iii) pedidos de ajuda com problemas

personais e urgentes; iv) até compartilhamentos de vídeos, textos e imagens informativas em relação à GAM, ao momento da pandemia e afins.

Com essas mensagens trocadas pelo grupo, podemos ilustrar uma discussão que demonstra o efeito transformador desse grupo de Whatsapp, o qual foi capaz de permitir um desenvolvimento de independência para os usuários, levando-os mais perto de um estágio de participação mais ativa, chegando a uma atuação que se assemelha a de um moderador de grupo GAM. Um exemplo desta mudança ocorreu, no dia 6/12/2020, quando uma das usuárias do grupo postou a seguinte frase: *Eu preciso de ajuda*. Neste momento, apesar de já muito tarde – por volta de 00h:34min. – houve certa comoção, principalmente de outras usuárias, que buscaram, preocupadas, ajudar sua colega. Ao tomarem controle dessas situações, tornaram-se participantes da GAM, que não apenas buscam auxílio e cuidado no grupo, mas também ajudam e cuidam de suas colegas.

O grupo GAM síncrono, comparativamente à “GAM Amigo”, não possibilitou a participação de todos, mas seguiu acolhendo situações que exigiam escuta processual e desenho de projetos de cuidado, possibilitando a acolhida mais atenta dos efeitos da pandemia. Cabe destacar, no entanto, que a “GAM Amigo” não apenas reiterou esta dimensão horizontal e de mútuo apoio que uma política da amizade sustenta (Rosa et al., 2020), como trouxe uma mudança significativa, muitas vezes, por conta da menor participação das funcionárias, preceptores e estagiários, ou até mesmo devido à apresentação de um ambiente mais descontraído. Independente da razão, esse fato mostra a importância deste grupo para a GAM da UBS Jardim Guarani, por ter conseguido ampliar o espaço de cuidado, além de também incentivar o desenvolvimento da autonomia.

Outro aspecto para o qual a “GAM Amigo” foi importante diz respeito ao seu papel como veículo de informação, trazendo também uma possibilidade de ilustração a debates feitos em outros espaços, como na reunião de segunda-feira que, por conta de ser realizada mediante vídeo chamada, não permite a troca de vídeos e imagens

imediatamente. Para ilustrar esse fato, podemos citar a interação ocorrida no dia 14/12/2020 (último encontro do ano), em que foi discutida a questão da vacinação contra a Covid-19. Neste dia, foi trazida uma dúvida de um dos usuários. Este questionava se um dos estagiários iria tomar a vacina “que vinha da China” (CoronaVac). Neste momento, discutimos o uso da vacina, o processo de pesquisa e desenvolvimento dela, efetuado pelo Instituto Butantã, e também a vigilância proporcionada pela Anvisa. Porém, neste momento, devido ao espaço, não conseguimos passar vídeos, artigos ou reportagens para ajudar na ilustração deste debate. Todavia, foi possível, pela “GAM Amigo”, compartilhar vídeos que ilustraram e ampliaram o debate.

## Considerações finais

Pelo exposto, vemos que a GAM é uma potente estratégia em que se cultiva o cuidar em saúde mental, na atenção primária e em seus espaços no território, possibilitando o vínculo entre profissionais, usuários e comunidade, articulando o cuidado para além do espaço da unidade de saúde, num projeto em que a voz dos usuários tem centralidade. Gestar um espaço onde usuários possam se apropriar de seus direitos, falar abertamente e sem preconceitos de suas dificuldades, seus problemas e anseios, dialogar com o grupo, trocar saberes, dividindo e se apropriando de questões sociais, de saúde e vida, é fundamental. Contudo, os grupos GAM vão além, promovendo deslocamentos fundamentais entre os profissionais: a ruptura com as práticas verticais de orientação, o exercício da escuta e a possibilidade de produzir apoio em saúde mental ampliando os caminhos do cuidado.

A continuidade dos grupos GAM, no período da pandemia, reitera a potência de seus vínculos e de seus efeitos de partilha e de apoio mútuo. Mas cabe sinalizar os desafios: a despeito dos processos de implantação da GAM, em vários serviços do território e da extensa e intensa estratégia formativa, os grupos de medicação (como

espaço de troca de receita) ainda são uma realidade presente nas UBS do território. Por isso, é necessário seguir ampliando a complexidade das respostas em saúde mental na atenção básica assim como a articulação do cuidado no território.

## Referências

- BRASIL (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF.
- CARON, E. Caron, E. (2019). *Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo*. Tese de Doutorado. São Paulo, SP, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana Tereza et al. (2014). *Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores*. DSCQ/FCM/UNICAMP, AFLORE, DP/UFE, DPP/UFRGS. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratório-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, v. 16, n. 43, pp. 967-80, out./dez. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/pavs/index.php?p=215712](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pavs/index.php?p=215712)>. Acesso em: 20/dez/2020.
- ROSA, E. Z. et al. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis e Psique*, v. 10, n. 2, pp. 76-98.
- VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves et al. (orgs.). (2016). *Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: encontros entre universidade e serviços de saúde*. 1. ed. v. 2000. São Paulo, Artgraph, 260p.



# A estratégia GAM no CAPS AD III Brasilândia

Rafaella Pozza D’Azevedo Cruz<sup>1</sup>

Dora Lígia Richieri Gomes<sup>2</sup>

Luciney Camargo de Oliveira<sup>3</sup>

Tatiana Gavazzi Perez<sup>4</sup>

Camila Aleixo de Campos Avarca<sup>5</sup>

## Introdução

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia no campo da saúde interessada em fomentar a corresponsabilidade no cuidado em saúde entre usuários, seus familiares e a equipe de saúde (Onocko-Campos et al., 2012; Passos et al., 2013). A aposta clínico-política desta estratégia é a cogestão em relação ao processo terapêutico e o uso da medicação psiquiátrica, por meio do acesso e do compartilhamento das experiências a partir da utilização do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM), desenvolvido nos anos 1990 no Canadá por associações de usuários de psicotrópicos

---

1 Estudante de Psicologia – PUC-SP.

2 Estudante de Psicologia – PUC-SP.

3 Preceptora PET-SP – Terapeuta Ocupacional – CAPS AD III Brasilândia.

4 Ex-Preceptora PET-SP – Farmacêutica – CAPS AD III Brasilândia.

5 Doutoranda no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

Mestre em Psicologia Social pela PUC-SP e Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela Unifesp.  
Docente no curso de psicologia da Universidade Anhembi Morumbi.

e constituído por pequenos textos e perguntas acerca da experiência dos usuários. O guia é lido e discutido coletivamente, visando fomentar a partilha de experiência e a valorização do ponto de vista dos diferentes integrantes do grupo. Em síntese, objetiva-se a criação de espaços de fala e reflexão entre usuários e serviços de saúde, com base em dispositivos de cogestão e autonomia. No Brasil, a adaptação do GUIA GAM-BR teve início em 2009 e se findou em 2010, com sua aplicação, em parceria entre universidades e serviços públicos de saúde nos anos seguintes, sobretudo nos CAPS Adultos (Onocko-Campos, et al., 2012).

Embora a discussão acadêmica sobre o uso de drogas proscritas na GAM tenha se intensificado nos últimos dois anos, como efeito da ampliação das pesquisas em diferentes realidades dos serviços de saúde e também pelas trocas produzidas entre as universidades signatárias do Observatório Internacional das práticas GAM<sup>6</sup>, as experimentações nesse campo se dão desde o início das pesquisas GAM no Brasil.

Nesse sentido, a metodologia GAM tem sido utilizada no Brasil como estratégia de redução de danos no campo da atenção à saúde, focalizando a discussão de autonomia e sua relação com o uso de substâncias psicoativas e a substituição por psicotrópicos (ou composição) como parte do tratamento. Tanto a Redução de Danos (RD) em relação às drogas proscritas, como a GAM em relação às drogas prescritas – e vice-versa –, despolarizam a noção de que há drogas boas ou drogas ruins em si. Outro aspecto importante que coexiste nas duas estratégias é considerar que a relação de cada sujeito com uma substância é singular (Corrêa, 2010). Ambas experiências têm como ponto de partida o reconhecimento do saber dos usuários das diferentes drogas em relação ao seu uso.

Buscando fomentar a discussão acerca das experiências vivenciadas no grupo GAM do CAPS AD III Brasilândia, foi realizado um breve levantamento da implementação da GAM no contexto do

---

6 Para mais informações sobre o Observatório GAM, acesse <https://observatoriogam.unifesp.br/>.

álcool e outras drogas. Para Medeiros (2013, p. 95), é importante entender o uso de substâncias como um sintoma social, de modo a não individualizar o sofrimento e a “lógica de consumo impulsivo”, que permeia o contexto no qual o uso acontece. O autor também resalta, dentro do processo Álcool e outras Drogas (AD) a importância de desconstruir o lugar ocupado pela droga na dependência, sendo sempre apresentada como negativa e trazendo consigo a lógica da abstinência.

A questão do álcool e outras drogas aparece como ponto central da discussão realizada por Frei e Lomonaco (2019) no apontamento do uso como um sintoma, e não como a causa do mal-estar contemporâneo. Ao realizar tal inversão no olhar sobre a questão, os autores apontam para o chamado dispositivo das drogas (Fiore, 2013; Malvasi, 2012), conceito apoiado na inscrição do contexto do uso em uma trama complexa de relações de poder que passam pelo âmbito político, social e econômico.

Ademais, os autores frisam a importância do imaginário social ocupado pelas drogas proscritas, uma vez que a contemporaneidade é acompanhada por um olhar pejorativo em relação a substâncias ilícitas, ao mesmo tempo que pautada no viés medicamentoso para o sofrimento psíquico. Desta forma, a associação das drogas ilícitas com a periculosidade é, antes de tudo, uma nova face do controle sobre aqueles corpos que fogem da norma, buscando a contenção e otimização destes frente ao coletivo. Segundo Frei e Lomonaco (2019) é o discurso médico que determina o estatuto das drogas, ressaltando um paradoxo entre o consumo de drogas lícitas, por um lado, e criminaliza, reprime e patologiza o consumo das drogas proscritas.

Articulada a essa ideia, as drogas prescritas, ainda estigmatizadas, são toleradas no âmbito social, ocupando outro lugar frente aos julgamentos. Não distante, o consumo de medicamentos aparece como estratégia privilegiada em muitos equipamentos de saúde, característica criticada pela Reforma Psiquiátrica. Como consequência, a produção de um novo olhar frente ao sujeito, de modo a desenvolver estratégias que ampliem a autonomia e participação dos

usuários do serviço se torna cada vez mais presente no contexto, mas, como apontado por alguns autores, como Frei e Lomonaco (2019) e Medeiros (2013), ela não é suficiente. Para Medeiros (2013):

“[...] no próprio contexto da reforma psiquiátrica, que surgiu para ampliar os processos de cuidado em saúde mental e desconstruir as celas manicomiais, encontramos ainda dificuldade de olhar para os eventuais usos problemáticos ou abusivos de drogas” (p. 90).

Inserida neste contexto, a estratégia GAM aparece como um instrumento inovador ao promover uma reflexão acerca do uso geral de drogas, sejam estas prescritas ou proscritas. É importante destacar que, mesmo originalmente pensada para equipamentos de saúde mental ligados ao uso de psicofármacos, a GAM vem sendo discutida e adaptada para o campo do álcool e outras drogas. Como primeiro aspecto desta apropriação, toma-se a compreensão da GAM como estratégia de redução de danos e promoção de autonomia.

Medeiros (2013) também discorre acerca da potência dos encontros do grupo GAM, por meio dos quais é possível desenvolver ações de redução de danos que não sejam individualizantes numa parceria restrita entre usuário e trabalhador, mas, sim, com base no reconhecimento da multiplicidade e da afetividade coletiva. A importância dessas experiências vem sendo trabalhada em diferentes regiões do Brasil, como na pesquisa de Ferreira (2019), que acompanhou um grupo GAM em um CAPS AD no município de Natal-RN. Medeiros (2013), ao discutir a experiência GAM no contexto álcool e drogas, traz a vivência com um grupo em Porto Alegre. No geral, percebe-se uma articulação entre a universidade e os serviços de modo a estabelecer uma pesquisa interventiva acerca das vivências em cada equipamento.

No contexto da estratégia GAM no CAPS AD III da Brasilândia, identificamos aspectos semelhantes em relação ao que a literatura científica do campo nos sinaliza, sobretudo em relação ao efeito do proibicionismo na lógica do cuidado. A fim de dar

visibilidade a essa experiência e seus efeitos, iremos apresentar os aspectos históricos da constituição do grupo, bem como sinalizações importantes sobre os efeitos da metodologia GAM na constituição de autonomia dos usuários e nas mudanças na atuação dos trabalhadores dos serviços.

Destacam-se dois momentos em relação ao grupo GAM no CAPS-AD da Brasilândia: antes e depois da pandemia.

### **A trajetória dos GAMADOS do CAPS AD III Brasilândia**

Iniciada em 2016, a estratégia GAM foi introduzida no CAPS AD III Brasilândia como uma experiência de intervenção e cuidado no campo da saúde mental, parte de um processo de ampliação da GAM na cidade de São Paulo no distrito da Brasilândia (Caron, 2019; Rosa et al., 2020), com base na pactuação e articulação da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) com a Supervisão Técnica de Saúde do território FÓ-Brasilândia. Cabe ressaltar que a PUC-SP tem longa história de articulação no território e que foi intensificada a partir de 2008 com o financiamento do Ministério da Saúde para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-PET-Saúde), cuja demanda era a excessiva medicalização no âmbito do cuidado em saúde mental, sobretudo na atenção básica, evidenciando a necessidade de intervenções que pudessem criar diálogos entre os serviços, fortalecer a rede e tecer estratégias de desmedicalização. Desse processo, decorreu a implementação da GAM no território (Rosa et al., 2020).

A experiência da GAM no CAPS AD III Brasilândia começou em meados de 2017, com a participação de profissionais das três miniequipes do CAPS, pesquisadores da pós-graduação da PUC-SP e um apoiador contratado via edital do Pró-PET-Saúde, para facilitar a formação dos moderadores e implementar a estratégia GAM no

CAPS-AD de maneira coletiva e horizontal. Foram ao todo quatro meses de preparação, estimulando processos cogestivos entre os diferentes atores do processo (Avarca e Peres, 2020).

O grupo iniciou aberto, após um convite formal na assembleia geral do CAPS e, posteriormente, para as pessoas que estavam na convivência, espaço em que eram chamadas no momento que o grupo se iniciava. Ressaltamos que o convite para participar do grupo GAM enunciava a possibilidade de se pensar a autonomia em relação à vida, sem o enfoque nas drogas e esse aspecto nos pareceu fundamental (Avarca e Peres, 2020). Com a alta adesão e participação de usuários nos encontros do grupo, mesmo após ampliação de 1 hora, para 1 hora e meia, a entrada no grupo passou a estar vinculada ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), pactuado entre o profissional de referência e o usuário, embora não houvesse impeditivo de participação para quem quisesse chegar.

Outro aspecto importante na construção da GAM no CAPS AD III era contar com três momentos, nos dias em que tínhamos o grupo GAM: o pré-GAM, o grupo GAM e o pós-GAM. Ou seja: planejava-se a atividade antes de iniciar o grupo, quando se retomava os principais aspectos do grupo anterior para manter uma linha de discussão, embora também era dado espaço para que as demandas do dia pudessem aparecer. Nos encontros, o Guia GAM-BR era seguido de forma adaptada às demandas e necessidades do campo de álcool e drogas, de modo que éramos todos pesquisadores da estratégia a adaptar os passos do guia à nossa realidade diária.

O pós-GAM, considerando o desenho inicial de que teríamos profissionais das três miniequipes no grupo, teria, por função, também repassar aspectos importantes do cuidado, que apareceram no grupo, para os outros profissionais da equipe. A realidade extenuante de trabalho cotidiano do serviço, entretanto, não possibilitou essa gama de profissionais na participação dos grupos ao longo da experiência, focalizando a responsabilidade em uma dupla de profissionais, sendo uma delas, a farmacêutica, mais diretamente implicada com o processo e acompanhamento do grupo GAM.

No primeiro ano, em 2018, os encontros da GAM eram moderados apenas pelos profissionais. À medida em que os usuários se sentiram parte daquela grupalidade, houve um movimento para capacitação de moderadores-usuários (encontros voltados ao fortalecimento do papel dos usuários na moderação grupal), para que, junto com os profissionais, pudessem tocar o grupo. Assim, os encontros passaram a ser conduzidos por todos.

Em 2019, as potencialidades cresciam dentro da GAM de forma que transbordaram para outros espaços do CAPS AD, sendo possível observar usuários com maior poder de contratualidade, protagonismo e exigências legítimas de seus direitos em relação ao cuidado em saúde. Naquele momento, a mesma farmacêutica, que outrora havia plantado uma sementinha quando apostou na estratégia GAM, junto com a equipe que participou do processo, pôde colher os frutos, pois foi possível vislumbrar usuários e profissionais deslocados em seus modos de existir antes e depois da inserção da estratégia GAM no serviço. O grupo se batizou de “gamados”, tamanho o afeto e afetações produzidas no grupo.

Um dos efeitos desse processo foi a possibilidade de construção de um grupo GAM feito somente por usuários, no fim 2019, aos moldes do que se preconiza, na origem da GAM, no Canadá, como uma estratégia de *recovery* entre pares. O ano de 2020 prometia, até que chegou a pandemia e tudo precisou ser repensado.

### *Singularidades da GAM no campo AD*

A GAM possibilitou discutir não somente os efeitos das medicações, propriamente prescritas, na vida dos usuários, mas também a relação destas com o uso das substâncias lícitas e ilícitas e evidenciou diferentes modos de vida, relações e usos muito singulares, além da gestão autônoma das múltiplas drogas (aspectos que, na maioria das vezes, só apareceram nas narrativas dos grupos GAM). Muitos participantes dos grupos sinalizavam que as misturas em relação às

múltiplas drogas tinham por objetivo, em muitos momentos, o alívio do sofrimento psíquico, tentando estabelecer uma relação de autonomia do cuidado de si e não de dependência, como comumente se pensa.

É importante ressaltar que essa possibilidade de discutir as múltiplas drogas nos grupos GAM se intensificou, sobretudo, quando decidimos coletivamente, nos grupos do pré-GAM, incluir o termo “drogas” em todas as perguntas do GUIA GAM-BR. Tal estratégia estimulou os usuários a ampliarem o repertório sobre o que mais conheciam: a relação de si com as múltiplas drogas, além de compartilharem estratégias de cuidado e estratégias de redução de danos. Também permitiu relatos sobre as dificuldades de acesso aos outros serviços da rede, por serem usuários de drogas proscritas. Estigma, preconceito e direitos não garantidos eram aspectos presentes nas narrativas dos participantes da GAM (Avarca, 2019). Assim, foi possível que os profissionais de saúde se aproximassem das experiências de uso em primeira pessoa, com base nas vivências dos usuários do serviço, e que estes se sentissem autônomos e com direito de intervir nas condições do tratamento que lhes são ofertadas, baseados na possibilidade da gestão autônoma sobre uso do corpo (Medeiros, 2013).

Um dos pontos que talvez possa ter contribuído para inserção da GAM no CAPS AD, além da construção conjunta com os usuários sobre a condução do próprio grupo, foi as reflexões pautadas nas trocas de experiências. Nesse sentido, destaca-se que a relação estabelecida com as substâncias psicoativas é sempre singular, carregada de expectativas, afetos e corpos diferentes, estreitando o distanciamento na produção de diálogo entre a equipe e o usuário, que passam a olhar essas experiências (de histórias de vida pessoais) como únicas para que o serviço proponha cuidados às reais demandas.

Como resultado desse movimento, os participantes passam a confiar mais em suas próprias vivências e valorizar suas potencialidades e recursos para enfrentar os problemas. Além disso, são gerados deslocamentos acerca do olhar (dos trabalhadores e usuários) para o uso de drogas, passando a ser entendido como “usos”

(no plural) e carregando consigo afetos, também na relação com o corpo, sem a necessidade de apontar quando começa um e termina o outro (Medeiros, 2013).

A Política Nacional de Álcool e Drogas, até o início de 2020, partia da perspectiva da RD e as ações de saúde promovidas pelos serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) deveriam estar orientadas pelo trabalho de equipes interprofissionais, de base comunitária, intersetorial e territorial, tendo como objetivo último a reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). Porém, as práticas sempre tiveram atravessadas por moralidades estigmatizadoras, cujas ofertas de tratamentos estão justificadas pela ansia e medo diante do sofrimento que as drogas simbolizam e partem do pré-julgamento de que os usuários são sujeitos incapazes de autonomia sobre o uso de psicoativos (Medeiros, 2013). Conversar sobre os estigmas e o efeito disso na vida e também no tratamento dos usuários é transversal em todos os grupos GAM. A dureza da vida cotidiana reverbera, em muitos momentos, na busca pela abstinência como única possibilidade de cuidado. Esse efeito das práticas proibicionistas na construção das subjetividades das pessoas que usam drogas despotencializa dimensões de autonomia dos sujeitos, retirando-lhes as possibilidades de buscas e desejos sobre suas próprias dores.

Esse modo contrafissurado (Lancetti, 2015) de pensar a questão das drogas também se traduz nas práticas de cuidado pelos profissionais. Nessa lógica, quando as prescrições de psicotrópicos acabam resultando em usos abusivos e indevidos, independente ou não se tem êxito em relação ao que foi pensado “para o usuário”, os profissionais (muitas vezes frustrados pela clínica da repetição que permeia o campo álcool e drogas) tratam a questão como falta de adesão, ausência de desejo. Somado a isso, muitas vezes, de uma forma rasa, atribuem à questão uma mera escolha do indivíduo, reforçando o papel da droga como agente do mal, se desresponsabilizando pela cogestão desta clínica.

É esse lugar instituído dos profissionais, de saber e poder absoluto sobre a vida e corpo do outro (de quem diagnostica, avalia,

analisa, orienta e conduz o Projeto Terapêutico Singular (PTS), sem inclusão do próprio sujeito ao qual se pensa o cuidado), que a estratégia GAM possibilita deslocar. Trata-se de um tensionamento, dentro do próprio serviço que foi constituído para substituir espaços de exclusão social. Nesse processo, a GAM intervém e atua como prática de redução de danos e como dispositivo de promoção de autonomia. Ela permite escapar à prescrição da abstinência enquanto norma e garantir ao usuário ser protagonista de seu próprio cuidado, de modo que ele tenha maior poder de negociação sobre seu PTS, junto aos profissionais de referência, legitimando sua voz para que digam sobre aquilo que é da ordem do seu corpo, da sua história, de sua experiência e percepção.

Vários efeitos de autonomia, viabilizados pela estratégia GAM ao longo desses três anos de existência no CAPS AD III Brasilândia, foram possíveis com base em maior horizontalidade nas relações entre os profissionais e usuários, tendo por desdobramento a coexistência das diferenças dos sujeitos e a valorização do usuário em relação a si mesmo. Passou-se a reconhecer seus saberes e recursos como parte basilar de sua vida e, conseqüentemente, de seu cuidado em saúde. Esta autonomia, que não é o oposto de dependência e não pressupõe consenso, aposta na negociação e na possibilidade de contratualidade e, sobretudo, na possibilidade de fazer circular entre todos a função de moderador do grupo (Passos et al., 2013).

À medida que a grupalidade GAM se fortalecia e crescia (cerca de 20 usuários por encontro semanal), era possível sustentar diversas pactuações e reflexões. O espaço do grupo foi instituindo como um dos poucos lugares no CAPS AD III Brasilândia em que os participantes podiam compartilhar histórias sem minimização do sofrimento do outro, possibilidades legítimas de escuta sem julgamentos morais, sem culpabilizações das ditas “recaídas”. Pelo contrário, era um local afetado pelo acolhimento das diferenças e construção, a longo prazo, de fortalecimento para situações de crise.

O grupo GAM no CAPS AD possibilitou, ao menos no espaço em que se deixaram afetar por ela, a promoção mais legítima

da interprofissionalidade. Desta forma, evidencia-se a potência do encontro “com” um profissional de outra especificidade em experiências compartilhadas como a GAM, mostrando que o aprender mais “sobre” o outro deve ser precedido por um movimento de aprender também entre si.

Ademais, a experiência permite o desenvolvimento de competências e valores fundamentais para a integração de diferentes práticas profissionais (Souza e Costa, 2019). A estratégia aparece como espaço promovedor da aprendizagem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade da atenção e o bem-estar de usuários, famílias e comunidade (Reeves et al., 2016). Esses aspectos são observados em falas e condutas profissionais, tanto dos que participaram da construção da GAM como dos que ajudaram na facilitação do grupo, durante seu percurso de três anos no serviço.

Por fim, as mudanças na forma dos profissionais se relacionarem com os usuários foi um ponto importante no serviço. Tal alteração é sustentada por uma escuta qualificada das experiências e pela mudança da postura profissional, agora deslocada do lugar de terapeuta e do saber absoluto. Como consequência, também é notada uma ampliação dos horizontes éticos, bem como a quebra de estigmas e da moralidade em relação ao uso de drogas.

### **O contexto da pandemia Covid-19: os desafios e a potência da GAM AD on-line**

No início da pandemia, o CAPS AD III Brasilândia reconfigurou-se frente à demanda de isolamento social, culminando na suspensão de atividades coletivas e rearranjo das atividades realizadas pelos profissionais. Foram intensificados os atendimentos no território por meio de visitas domiciliares, intervenções nos espaços públicos ocupados pelos usuários do serviço e nas cenas de uso. Os atendimentos presenciais de atenção à crise foram mantidos, assim como

os individuais pontuais e monitoramentos por telefone. Todas essas ações foram produzidas de modo a garantir a sustentação do pertencimento do usuário no espaço de cuidado.

A saúde mental foi tomada como dimensão importante da pandemia, aparecendo como eixo central em diferentes discussões do serviço. Ademais, é essencial destacar a atuação no CAPS AD III Brasilândia na contraposição ao cuidado medicalizante, sempre apoiado na perspectiva da saúde coletiva, construída de forma territorial e pautada na interprofissionalidade e grupalidade. Não obstante, a questão da grupalidade se desenhou como um desafio frente ao cenário que colocava limites nas relações sociais.

Ainda que se pensasse na possibilidade dos atendimentos em grupo de forma remota, realidade já vivida por outros equipamentos, o contexto do CAPS AD foi atravessado por obstáculos importantes. Entre eles, a falta de recursos para acesso às plataformas digitais, oferecidos pelo serviço CAPS AD aos profissionais e usuários, além da dificuldade da maioria dos usuários em relação ao uso da tecnologia, evidenciando o caráter excludente do dispositivo virtual. Concomitantemente, observa-se a manutenção dos acolhimentos presenciais diários, atendimentos individuais pontuais e cuidado à crise. Na garantia do protocolo de segurança à Covid-19, houve um aumento da oferta de cuidado centralizada no contexto medicamentoso, sistematizando um espaço de cuidado que se contrapõe à proposta GAM.

Como forma de resistência e oposição ao modelo ambulatório, refletiu-se sobre possibilidades e estratégias para a elaboração do início do grupo GAM on-line, sustentando um olhar crítico frente ao contexto. Considerando a importância desse espaço de reflexão, objetivou-se uma pesquisa por plataformas de vídeo chamada para garantir a visualização de todos os usuários simultaneamente na tela, destacando a relevância do olhar e do sentimento de pertencimento ao grupo. É necessário destacar que este cuidado possibilita a circulação da palavra e a troca de experiências, construindo um ambiente favorável para a construção de vínculos e de afetos.

Acordou-se em realizar os grupos às terças-feiras, das 18h30 às 19h30, sendo ele seguido pelo pós-GAM. No início, a mudança em relação à quantidade de participantes foi notada: enquanto o grupo presencial era frequentado, em média, por vinte pessoas, a sala virtual era ocupada por cerca de oito pessoas. Nesse sentido, é válido frisar que tal construção está articulada a uma escolha que prioriza a qualidade e não a quantidade. Ademais, surge a ideia de realização do grupo de forma híbrida, em que tomadas as medidas necessárias de segurança frente à possibilidade de contágio do coronavírus, usuários que se encontravam no serviço em acolhimento integral também eram convidados a participar do grupo, interagindo com os usuários que participavam de modo remoto.

No entanto, por meio desse novo desenho surgiram questões pouco vivenciadas no grupo presencial. É possível destacar a emergência do silêncio como primeiro fator articulado ao modelo virtual, no qual muitas vezes os participantes encerravam as falas sem adentrar uma nova reflexão. Nesses momentos, o papel dos moderadores foi mais importante do que nunca, responsáveis por articular os conteúdos trazidos e devolvê-los na busca de provocar uma elaboração do que foi dito. Destaca-se que, desde o começo do grupo, o lugar de moderador foi ocupado em circunstâncias dentre todos os atores pela posição de lateralidade, ou seja: todos estão lado a lado com suas diferenças (Gonçalves, 2013). Em contrapartida, muitas vezes o silêncio entre falas era entendido como um término, levando a interrupções que, principalmente no começo, eram muito frequentes.

A (re)construção da grupalidade também é um fator de grande peso dentro da dinâmica virtual, uma vez que o grupo on-line não só retomou o contato de pessoas que já se conheciam, mas inseriu participantes promovendo uma nova dinâmica ao funcionamento grupal. Com base na criação de um grupo de Whatsapp, os participantes engajaram-se em um contato direto em momentos fora do grupo, fator interessante, mas que deve ser olhado com cuidado, a depender da demanda que se produz pela virtualidade. Por fim, também é necessário levar em conta que, mesmo o grupo se deslocando

fisicamente do CAPS-AD, ele ainda faz parte do serviço, deve ser tomado como tal, respeitando o momento de folga dos trabalhadores que o constituem.

A importância do CAPS-AD como espaço acolhedor e de promoção de saúde também deve ser destacada dentro dos conteúdos levantados nos grupos. Desde a retomada dos encontros, os usuários do serviço pautam como a pandemia promoveu o afastamento deles em relação ao serviço, sendo que para alguns o CAPS era o principal centro de convivência e cuidado. Nesse sentido, a discussão acerca das relações sociais que apoiam cada usuário foi levantada, trazendo um aprofundamento da reflexão sobre a rede de apoio no contexto do uso de substâncias.

O entendimento de que o CAPS é um espaço de encontro e cuidado, em tempos de pandemia, torna-se principal dentro dos grupos GAM, pela crescente participação ativa dos usuários em seus projetos terapêuticos singulares, como efeito da horizontalização das relações com os trabalhadores. Em contrapartida, o afastamento desse espaço e, conseqüentemente, da GAM, também traz novos desafios para a dimensão do cuidado, como, por exemplo, a participação da família nas atividades pela falta de privacidade, uma vez que o grupo acontece na casa de cada um dos participantes. Isso, sem contar, os que não têm acesso a esse tipo de recurso.

A concepção acerca das “recaídas” aparece como uma temática central dentro dos grupos, pautada na lógica da abstinência frequentemente questionada pelos moderadores. Desta forma, a discussão acerca da redução de danos fez-se presente nos encontros na tentativa de promover um novo olhar sobre o uso e ultrapassar o ciclo melhora-piora apresentado pelos usuários que pautavam seu humor pelo uso de substâncias. Para tal, a reflexão sobre outros aspectos prazerosos na vida dos participantes passou a ser mais frequente na tentativa de retirar do foco a questão do álcool e outras drogas, mas, ainda assim, acolhendo o sofrimento diante do uso de drogas em um momento pandêmico.

A emergência de questionamentos é inevitável, afinal, o grupo está sendo experimentado de outra forma. A questão do sigilo, por exemplo, foi pauta de alguns encontros, buscando a construção de uma postura de grupo no modelo remoto, que, por sua vez, também apresenta suas peculiaridades e limitações. Ademais, as crises e momentos de sensibilidade são transpassados pela distância, dificultando o manejo e acolhimento dos participantes, demandando desdobramentos para além da grupalidade, como atendimentos individuais e presenciais. De todo o modo, é importante ressaltar que a experiência GAM on-line, assim como a GAM no campo AD, é uma construção recente e seus desdobramentos são objetos de diversas discussões dentro e fora do grupo, prezando pela consistência e inovação da prática GAM em diferentes contextos de promoção de saúde.

## Considerações finais

A GAM como ferramenta na produção de autonomia das pessoas que fazem uso de álcool e drogas, sejam elas proscritas ou prescritas, se mostra como uma estratégia potente, alinhada às dimensões ético-políticas da redução de danos. Com base na experiência no CAPS AD III Brasilândia, é possível perceber uma transformação acerca das chamadas “recaídas”, que trazem consigo uma culpabilização em relação ao uso, um reflexo da lógica proibicionista.

Nesse sentido, nota-se a importância de manutenção deste espaço de reflexão, uma vez que, com o distanciamento do grupo ocasionado pela pandemia, a culpa em relação ao uso volta a ser um assunto central dentro das discussões on-line, trazendo também a necessidade de sustentar um olhar crítico e não reproduzir as expectativas de abstenção de uso, geralmente presentes nos espaços AD. A forma de fazer a GAM no CAPS AD é transpassada pela caracterização desse campo como a clínica da repetição, de modo que a experiência frise a importância de retomar temáticas já discutidas a fim de atualizar as vivências e as perspectivas dos participantes acerca dos pontos levantados pelo Guia GAM-BR.

A pandemia exigiu esforços de todos na reconfiguração de estratégias cogestivas para manutenção da grupalidade a essa nova modalidade de encontros virtuais. Nesse sentido, a grupalidade torna-se interessante ao pensarmos em como a configuração on-line permitiu a construção de novas formas de estar no coletivo. A ideia do grupo constituído somente por usuários, que se desenhou ao fim do ano de 2019, precisou ser adiada, mas a formação de um grupo de WhatsApp abriu espaço para a extensão do cuidado para além do espaço físico da GAM. É neste novo ambiente que os participantes se apoiam com mensagens de bom-dia e acolhimentos em momentos mais vulneráveis, ampliando o lugar daquele que cuida, geralmente atribuído ao profissional da saúde. A nova organização pode ser entendida como uma continuidade do processo desenvolvido na GAM presencial, responsável por inaugurar esse espaço de compartilhamento das vivências sem julgamentos.

## Referências

- AVARCA, C. (2019). *Drogas e Autonomia em tempos de contrafissura*. Relatório de qualificação de tese no Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.
- AVARCA, C. A. C., e PEREZ, T. G. (2020). "A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no CAPS-ad da Brasilândia/SP: reflexões sobre o cuidar a partir da autonomia do usuário". In: ALENCAR, R., SILVA, R. E., e AVARCA, C. A. C. (orgs.). *Drogas e autonomia: interseções entre clínica e políticas públicas*. São Paulo, Benjamin editorial,
- BRASIL. (2011). Portaria n. 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, Ministério da Saúde.
- CAMPOS, R. T. O. et al. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 16, n. 43, pp. 967-980, dec. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>.

- CARON, E. (2019). *Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo*. 260 p. Tese de Doutorado em Saúde Pública. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- CORRÊA, G. C. (2010). "Drogas para além do bem e do mal". In: SANTOS, L. M. (org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre, Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.
- FERREIRA, I. M. F. (2019). *Gestão Autônoma de Medicação (GAM) e Redução de Danos no contexto potiguar: uma composição possível?* 207 p. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Natal, RN, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- FIGUEIREDO, M. (2013). *Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. 210 p. Tese de Doutorado. Campinas, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- FREI, A. E., e LOMONACO, D. F. F. (2019). A metodologia da Gestão Autônoma da Medicação radicalizada às drogas proscritas: proposições éticas e biopotências. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*. Salvador, n. 246, pp. 92-120, jan./abr.
- GONÇALVES, L. L. M. et al. (2013). *A Gestão Autônoma da Medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental*. Tese de Doutorado. Campinas, Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.
- LANCETTI, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo, Hucitec. pp. 28-9.
- MALVASI, P. A. (2012). *Interfaces da vida loka: um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo*. Tese de Doutorado. São Paulo, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- MEDEIROS, R. G. (2013). *O bem e o mal-estar das drogas na atualidade: pesquisa, experiência e gestão autônoma*. Dissertação de Mestrado. Rio Grande do Sul, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 16, n. 43, pp. 967-980, dec. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000400009-&lng=en&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009-&lng=en&nrm-iso)>. Acesso em: 16 dec. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>
- PASSOS, E. et al. (2013). Estratégias Cogestivas- na Pesquisa e na Clínica em Saúde Mental. *Ecos Estudos Contemporâneos de Subjetividade*, v. 3, n.1.
- REEVES, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, pp. 185-197.
- ROSA, E. Z. et al. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis e Psique*, v. 10, n. 2, pp. 76-98.
- SOUZA, R. M. P., e COSTA, P. P. (orgs.). (2019). *Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola*. vol. 2. Rio de Janeiro, Fiocruz, ENSP, RedEscola.

# A experiência de implantação da GAM no território: função apoio e cogestão como dispositivo de formação em saúde mental

Deborah Sereno<sup>1</sup>

Maria Cristina Gonçalves Vicentin<sup>2</sup>

## Introdução

As experiências com a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) na PUC-SP, em curso desde 2016<sup>3</sup>, se assentam na articulação entre ensino, pesquisa e extensão junto ao território sanitário da Freguesia do Ó/Brasilândia, com o qual a PUC-SP desenvolve um projeto de integração universidade-serviços de saúde, desde os anos 1980. Tais processos, que preferimos chamar de “interferências criativas” (Conceição et al., 2015), mais do que de “integração”, se intensificaram a partir de 2008 com a proposta, feita conjuntamente pelos

---

1 Professora doutora do Departamento de Psicologia Social da FACHS/PUC-SP. Mestre em Psicologia Clínica pela USP. Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP. Tutora do Pet-Interprofissionalidade.

2 Professora doutora do Departamento de Psicologia Social da FACHS/PUC-SP. Mestre em Psicologia Social e doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Docente voluntária no Pet-Interprofissionalidade.

3 Para maiores informações sobre a implantação da GAM no território da FÓ-Brasilândia em parceria com a PUC-SP, ver: Rosa, E. Z., et al. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Rev. Polis e Psique*, v. 10, n. 2, pp. 76-98 e “Saúde mental em rede: o curso de Psicologia na articulação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde”. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/46817/31314>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

Ministérios da Saúde e da Educação, dos Programas de Reorientação da Formação em Saúde (PROSAÚDE) (Brasil, 2005) e de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (Brasil, 2010)<sup>4</sup>. Esses Programas estão orientados para a formação de profissionais de saúde qualificados para fazer avançar a enorme conquista social que o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990), um dos maiores sistemas universais de saúde do mundo, representa; e colocaram em pauta especialmente a necessidade de mudanças curriculares, conforme já aparece nas novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Saúde (Brasil, 2001).

Este projeto de integração ensino-serviço, que se dá na forma de uma parceria entre os cursos de Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviço Social da PUC-SP e os serviços da rede pública de saúde, na região da Freguesia do Ó e Brasilândia do município de São Paulo, visa ampliar as transformações do processo de formação, de geração de conhecimentos e de prestação de serviços à população, numa abordagem integral do processo saúde-doença.

Nossas experiências no âmbito desses projetos focalizaram a complexificação das respostas ofertadas às demandas de saúde mental e de reabilitação no território, com especial atenção ao fortalecimento de uma rede efetiva de saúde mental e de reabilitação, pela articulação das ações e estratégias dos diversos serviços que a constituem (Brasil, 2011), com especial atenção ao tema da medicalização/desmedicalização. Tal tema foi objeto das ações desenvolvidas de 2012 a 2018, no âmbito do Propetsaude III (Programa de educação pelo trabalho para a saúde), que acompanhou os itinerários de casos de saúde mental na rede de atenção psicossocial, com foco no papel das UBS. Como diagnosticamos ao final do processo de pesquisa (2012-2014), um campo importante de problematizações emergiu deste tempo dedicado à análise das trajetórias dos casos: i) a escassa oferta de cuidados em saúde mental na atenção básica, muitas vezes reduzida à

4 Pró-Saúde II (2008-2016); o Pró-PET-Saúde III (2012-2018); o PET Redes e o PET-Saúde Interprofissionalidade (desde 2019, com previsão de término em 2021).

troca de receitas; ii) as queixas dos usuários quanto aos efeitos adversos e incômodos dos remédios psiquiátricos; iii) o consumo exagerado e continuado de drogas prescritas; a pouca visibilidade e oferta de cuidado na atenção básica quanto às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e iv) a demanda de usuários de saúde mental por espaços de expressão, escuta, reconhecimento e troca (Vicentin et al., 2016; Rosa, 2016).

De fato, no Brasil, as dificuldades de superação do circuito medicalização/internação na rede de saúde vêm representando uma questão de grande relevância para a Reforma Psiquiátrica brasileira, cuja prática não superou completamente o modelo biomédico e a redução sanitária da complexa experiência da loucura (Rosa, 2016).

Nessa perspectiva, propusemos um projeto de trabalho junto ao território visando à implantação do dispositivo da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como estratégia de cogestão do cuidado em saúde mental e, principalmente, como experiência capaz de alterar processos de trabalho em saúde mental.

A GAM, construída no Canadá por movimentos de usuários de saúde mental e adaptada por meio de pesquisas recentes à realidade brasileira (Onocko-Campos et al., 2012) tem sido considerada uma metodologia de caráter emancipatório, interessada no cuidado relativo ao uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida das pessoas que os usam (Onocko-Campos et al., 2013). Essa experiência foi iniciada em 2016 no território da FÓ/Brasilândia, com a oferta de processos formativos sobre a metodologia GAM, convidando os serviços a iniciarem as experiências. Posteriormente, a partir de maio de 2017, iniciamos um segundo tempo do processo formativo entendendo ser importante o apoio sistemático de professores e pesquisadores da PUC-SP às equipes dos serviços interessados em experimentar a GAM ou já experimentando, de forma a adensar e consolidar as experiências.

Neste período, desenvolvemos uma estratégia territorial de formação (o Gamzão ou o Coletivo Gam) que será abordada com maiores detalhes neste capítulo, tendo em vista seus importantes efeitos.

O “Coletivo GAM”, ou o “Gamzão”, ou “GAM de todos nós” é um espaço de troca e de aprendizagem coletiva, em que usuários, trabalhadores, gestores, docentes e pesquisadores partilham suas experiências com a GAM, para lidar com o desafio de criar espaços participativos de atenção às necessidades em saúde mental nos territórios e implementar práticas em que a autonomia e o protagonismo se ampliem no trabalho em saúde e na vida dos usuários. A participação de usuários neste espaço de formação e apoio tem demonstrado grande potencial de modificar modos de ver, posicionamentos e atitudes de profissionais e acadêmicos, além de dar visibilidade ao valor da participação dos usuários nos processos de cuidado.

A partir de 2019, o PET Saúde-Interprofissionalidade que reúne professores da graduação (tutores e voluntários), estudantes bolsistas e voluntários e profissionais preceptores têm apoiado e possibilitado a ampliação da experiência GAM<sup>5</sup>.

Atualmente, estão em seguimento as três experiências iniciadas em 2017 (em duas Unidades Básicas de Saúde e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas) e foram iniciadas, em 2019, experiências nas UBS Terezinha<sup>6</sup>, Brasilândia, Icarai e Vista Alegre. Nas UBS Icarai e Vista Alegre, o foco da GAM é a primeira infância. Deste projeto da GAM com crianças participam diferentes serviços que atendem a crianças que fazem uso de medicação psicotrópica e suas famílias, além da UBS, o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSIJ) e o Centro Especializado de Reabilitação (CER). Neste caso, pretende-se tanto um trabalho em

---

5 O PET Saúde-Interprofissionalidade pretende sistematizar e avaliar as experiências GAM em curso neste território, com o apoio da universidade. Pretende-se, mais especificamente: sistematizar as experiências em curso e caracterizar a população beneficiada pela GAM; identificar e analisar peculiaridades, dificuldades e desafios relacionados à implementação das experiências GAM no território da FÓ/Brasilândia, em diferentes contextos (atenção básica, centro de atenção psicossocial, álcool e outras drogas; infância/adolescência); analisar os efeitos das experiências GAM nas concepções e práticas em saúde mental dos trabalhadores da rede, assim como no processo de cuidado dos usuários.

6 Ver nesta coletânea a experiência do GAME desenvolvido na UBS Terezinha.

rede, incidindo sobre o projeto terapêutico e a articulação entre os serviços, quanto o empoderamento das famílias em relação ao uso da medicação.

A experiência do PET Interprofissionalidade da PUC-SP tem sido um importante espaço de reflexão e consolidação de Educação Interprofissional e de práticas colaborativas entre docentes e discentes da PUC-SP (dos diferentes cursos, como psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social), profissionais da saúde do território (médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde), e usuários dos serviços, reafirmando a disposição formativa dos projetos de integração ensino-serviço: i) a ampliação do contato de estudantes e professores com os princípios norteadores do SUS; ii) os ganhos quanto à continuidade e sustentabilidade das ações desenvolvidas no território; iii) a complexificação, integração e processualidade das ações; e iv) a participação dos profissionais dos serviços de saúde nas atividades de ensino e dos docentes e estudantes nos serviços, com consolidação de mudanças no processo de trabalho (Vicentin et al., 2020).

Já com a GAM, temos visto tais processos formativos se intensificarem do ponto de vista micropolítico; temos visto potentes processos de deslocamento dos profissionais e usuários envolvidos nas experiências GAM em relação às suas posições usuais. Do lado dos usuários, a possibilidade de vinculação de alguns deles, que apresentam intenso sofrimento, as estratégias ampliadas de cuidado, superando a exclusividade da medicação na relação com o serviço. Do lado dos trabalhadores, o reconhecimento de que o desenvolvimento da estratégia permite, efetivamente, a experiência e o conhecimento do que representa a Reforma Psiquiátrica enquanto mudança de perspectiva de cuidado em saúde mental.

Este capítulo tem por objetivo apresentar e refletir sobre os efeitos da GAM como dispositivo de formação de estudantes, trabalhadores e docentes, tendo duas experiências como fios

condutores desta apresentação: a experiência do “Gamzão” e a experiência junto à infância nas UBS Vista Alegre e Icaraí, pelo PET Saúde Interprofissionalidade (2019-2021).

Por fim, vale destacar que, com o contexto da pandemia em função da Covid-19 e com as determinações sanitárias de isolamento social – a partir da segunda quinzena de março de 2020 –, houve um esforço de transformação do trabalho do PET na universidade e no território. Isso significou a invenção de novas formas de trabalho para manter as grupalidades interprofissionais e a participação dos usuários, criadas nos serviços para o cuidado em saúde mental com base na estratégia GAM. O PET Saúde se mostrou essencial para o resgate dos grupos GAM em andamento nos serviços por meio de tecnologias remotas e, assim, de promoção de um cuidado em relação à saúde mental e à atenção interprofissional nos processos de medicalização, com base nos princípios da cogestão, da autonomia e da participação dos usuários.

### **O Coletivo GAM: a formação como dimensão coletiva e cogestionária**

Nossa experiência formativa na GAM, enquanto universidade, tem adotado a perspectiva da “Função Apoio” (Figueiredo e Campos, 2014) em diferentes e simultâneos desenhos: a presença de professores, pesquisadores e apoiadores nos grupos, os espaços de diálogo entre os profissionais em torno da experiência de cada grupo e os encontros gerais das equipes GAM. O apoio estabelece uma “dinâmica criativa circular e multiplicadora” (Caron, 2019, p. 121): os trabalhadores que participam do apoio são apoiados e se tornam apoiadores (Passos et al., 2013). Trata-se de um aprendizado ativo, de um *aprender-fazendo* que incrementa uma disposição transversal e uma criatividade operativa no processo de trabalho (Conceição et al., 2015).

Na esteira dos processos de formação permanente em saúde (Brasil, 2003), na finalização de um segundo ciclo formativo sobre a GAM (na forma de um conjunto de oficinas), em junho de 2017,

deliberamos pela importância da manutenção dos encontros gerais dos participantes dos grupos GAM, reunindo mensalmente as equipes envolvidas nas experiências GAM – gestores e equipes dos serviços, gestores do território sanitário, estudantes e professores que participavam dos grupos GAM nos serviços – para pensar e planejar o conjunto das experiências, estudar e debater temas relativos à saúde mental, medicalização e GAM, assim como acolher outros atores do território interessados em desenvolver a experiência. Essa experiência ganhou várias nomeações e diferentes “momentos”, podemos dizer que passamos do “grupo de formação ampliado” ao “grupo gestor da GAM” e, depois, ao “coletivo GAM”:

A passagem do grupo de formação à conformação de um comitê gestor foi o momento no qual as experiências GAM deixaram de estar mais referidas a cada “serviço” e começaram a se referenciar uma à outra em suas ressonâncias e diferenças, afirmando e legitimando, no espaço coletivo, uma ação de pactuação coletiva dos modos de fazer GAM neste território, cogestão da GAM. Nesta etapa ainda, novos interessados, sejam do território ou mesmo de outros pontos da cidade, passaram a frequentar o grupo, de forma permanente ou pontual. Esta função de acolhida e de formação de outros membros pode ser tomada como indicativo de uma conformação que nomeamos de Coletivo e que se intensificou a partir do segundo semestre de 2018, quando os usuários dos grupos GAM iniciaram sua participação sistemática na reunião geral, marcando uma mutação substantiva do seu funcionamento. (Rosa et al., 2020, p. 82)

A participação dos usuários no que também se denomina “Gamzão” se ampliou por ocasião da participação de um usuário de Campinas (município que participou das experiências iniciais da GAM, responsáveis pela adaptação da GAM no Brasil), moderador da GAM, em uma atividade formativa em 2018. Ao trazer a experiência do usuário para o centro da conversa, numa relação radicalmente horizontal, com a sua moderação, configurou-se um espaço sistemático de participação dos usuários (Rosa et al., 2020). Cabe destacar que no território sanitário da

Freguesia do Ó/Brasilândia existem outros espaços coletivos que reúnem trabalhadores e gestores de várias unidades, como os Fóruns e as reuniões de microrredes, mas nenhum deles tem a participação de usuários.

Em 2019, o “Coletivo GAM” incluía sete Unidades Básicas de Saúde, CAPS Adulto, CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infantojuvenil, coordenação e profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), representantes da Supervisão Técnica de Saúde e profissionais de outro território sanitário. Os encontros são realizados mensalmente; em média, quatro a cinco por semestre; participam de 30 a 50 pessoas por encontro entre usuários, gerentes, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educador físico, médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, docentes, pesquisadores, estudantes de graduação e de pós-graduação da PUC-SP.

De modo geral, aborda-se nos encontros, a saber: i) um planejamento do encontro; ii) depoimentos das experiências realizadas nos diversos serviços; iii) depoimentos e problemas trazidos pelos usuários em torno da experiência de uso de psicofármacos (medicamentos, álcool e outras substâncias) e suas necessidades de cuidado; iv) a ampliação dos grupos GAM locais em outras unidades; temas que emergem do processo de trabalho do grupo ou temas que a GAM suscita: i) medicamentos; ii) medicalização; iii) grupos; e iv) redes, etc.

A presença dos usuários nos encontros gerais da GAM, diferentemente do que ocorre nos grupos em que ainda prevalece a função de apoio mútuo e de projetos de cuidado, pautou para os serviços e para os trabalhadores o debate sobre temas invisibilizados e colocou o saber do usuário em pé de igualdade com o dos profissionais no debate sobre o que é crucial, para o usuário, no que diz respeito ao cuidado.

Duas situações analisadoras nos permitem olhar com mais detalhe a estes deslocamentos.

A presença de usuários do GAM CAPSAD no Gamzão trouxe a pauta da medicação psicotrópica usada como “tratamento” para o

consumo de drogas, colocando perguntas sobre a linha divisória entre as drogas e sobre a desnaturalização do que se entende como “droga”. Um participante da GAM de uma UBS leva no dia em que este tema foi pautado um vinho na mochila, tira a garrafa, colocando-a no centro da roda: *“é para animar a conversa..., mas também para aproveitar e eu vender aqui (ri)”*. Ele de fato, também ex-usuário de CAPS AD, agora sob cuidado na UBS, trabalhava como representante de uma distribuidora de vinhos e produzia neste ato o deslocamento de muitas fronteiras, podendo falar do consumo como questão que não é individual, mas ao contrário, conecta muitas redes: a de saúde, a do mercado, a do consumo, a do trabalho, não podendo ser um tema proscrito, mas igualmente não apenas “medicalizável”. Este tema permitiu abordar as mortes e os riscos de morte decorrentes da associação dessas drogas: i) o uso do medicamento como droga; e ii) sem contar o aparecimento dos medicamentos nos circuitos do uso e distribuição de substâncias psicoativas, que coloca em questão os efeitos iatrogênicos da medicamentação (Avarca, 2019; Caron, 2019). Se nos grupos GAM, as relações profissionais-usuários não se orientam pelo diagrama do saber especialista – terapêutico, medicalizante – mas privilegiam a horizontalidade entre os participantes e a acolhida dos modos de vida dos participantes, no Gamzão esta horizontalidade se agudizava, pois era propriamente de formação (como dimensão coletiva) e de gestão da GAM que se tratava e não da gestão dos projetos terapêuticos singulares que ainda reificavam a posição do usuário como objeto do cuidado.

Tal agudização encontrou no Gamzão também a problematização do uso da noção de usuário. Esta experiência foi mobilizada pela presença da professora visitante Ana Karenina Arraes, que apoia pela UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) as experiências GAM em vários contextos no Rio Grande do Norte. Lá se problematizou o uso da ideia de usuário, deslocando-se para participante. O relato feito por ela sobre esse deslocamento numa atividade do Gamzão aqueceu o que já vinha se desenhando no protagonismo intenso dos “ex-usuários”, desde então, também participantes. Assim,

o “Coletivo GAM” é um espaço de estreitamento de vínculos, de cogestão e construção compartilhada de saberes em que as diversas falas e proposições entram em composição. Como espaço horizontal de produção de conhecimento, avaliação, reflexão e planejamento das experiências tem quebrado barreiras nas relações entre especialistas de saúde mental e trabalhadores da atenção básica e tem modificado a relação dos usuários com a rede de atenção à saúde e com os profissionais de saúde.

## **GAM e a Formação Interprofissional em Saúde Mental: uma reflexão desde a experiência com a infância**

### *A Gam no campo da infância*

Tendo como foco, no PET-Interprofissionalidade, o enfrentamento da medicalização da vida pelo cuidado compartilhado e interprofissional em saúde mental, um dos eixos de pesquisa-intervenção foi a ampliação da GAM no território, com foco na infância e adolescência.

Considerando a recomendação de Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) explicitaremos o conceito de medicalização utilizado no contexto desta pesquisa. Tomaremos o conceito tal como definido pelo Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade<sup>7</sup>:

Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das

---

7 O Fórum sobre “Medicalização da Educação e da Sociedade”, criado em 2010, tem como objetivo a articulação de entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento (CFP, 2012). Disponível em: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2021.

peças. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades. (Brasil, , 2012, p. 13)

Medicalização, aqui neste contexto, é sinônimo de “patologização” e “psiquiatrização” da vida. Questões sociais tornam-se problemas individuais que incidem no corpo do “doente”, “das pessoas que têm problemas/ transtornos”, “dos disfuncionais”, “dos que não se adaptam”.

Na edição de março/abril de 2008 do Jornal PSI (CRPSP, 2008) com o tema “Rotular e Excluir” dedicado a uma ampla reflexão sobre a Psicologia na Educação, Moysés<sup>8</sup> explicita a demanda da sociedade pela medicalização: acalma os conflitos. Atribuir um problema de aprendizado a uma doença, por exemplo, desresponsabiliza pais, escolas, governos. Além disso, como indica Salum<sup>9</sup>, nesta mesma matéria do JornalPSI, numa sociedade imediatista como a nossa, escapar do sofrimento psíquico por meio de um comprimido é tentador (CRPSP, 2008). E as tentações não são poucas e vêm de várias partes. De acordo com Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), Peter Conrad enfatiza, desde seu primeiro trabalho em 1975, a medicalização como processo irregular, indicando a existência de grupos mais medicalizáveis do que outros, a contribuição das diferenças sociais e de gênero no acirramento de processos de medicalização e a contribuição ativa de agentes fora da profissão médica que operam a favor da medicalização, tais como a “indústria farmacêutica,

---

8 Maria Aparecida Affonso Moysés, professora titular de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

9 Maria de Lima Salum e Moraes, doutora em Psicologia e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde de São Paulo e integrante do Núcleo de Saúde do CRP SP.

as associações de cuidadores e pacientes, a mídia impressa e virtual e a divulgação científica, periódicos médicos e as propagandas de medicamentos” (Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior, 2014, s/n).

Nesta direção, crianças e adolescentes, que enfrentam também as relações de idade como relações de poder, são alvo de processos de medicalização, especialmente em torno do excesso de diagnósticos de TDAH e da prescrição do metilfenidato<sup>10</sup>, que envolve diferentes dimensões da vida destas crianças e adolescentes, como a educação, a família, a comunidade e o território.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) ainda apontam que, este processo de irregularidade da medicalização que acaba por determinar pessoas mais medicalizáveis, tal como sinalizado por Conrad, indica também a possibilidade de haver, paralelamente, processos de desmedicalização, e citam como exemplo, a retirada da homossexualidade do DSM-II, no início da década de 70, como uma conquista do movimento norte-americano pelos direitos civis dos homossexuais.

Em 2008, ainda nesta matéria do Jornal PSI, o CRPSP propõe “Sete formas de combater a medicalização” sendo algumas já consolidadas nos serviços. Resumidamente: atuar em equipes multiprofissionais e interdisciplinares (da pesquisa às ações profissionais e práticas institucionais); garantir centralidade do usuário e do vínculo entre profissional de saúde e usuário na atenção (respeito à pessoa e ao conhecimento dos usuários em relação ao próprio corpo e à própria saúde); descentralizar o papel do médico (fuga do modelo médico hegemônico); potencializar ações e intervenções comunitárias, inter-setoriais (assistência social, justiça e educação entre outras); realizar diagnóstico precoce para prevenção de doenças e promoção da saúde;

---

10 O metilfenidato é uma droga controlada ministrada a crianças e adolescentes por médicos de várias especialidades com a finalidade de melhorar os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH (distúrbio que não raramente está acoplado aos diagnósticos de dislexia). Atualmente, o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de metilfenidato. Na cidade de São Paulo, por exemplo, dados recentes da Secretaria Municipal de Saúde (2011), informam que em 2009 foram comprados 110.300 comprimidos da droga; esse número cresce para 180.000 comprimidos em 2010 e até maio deste ano foram comprados 150.000 comprimidos” (CFP, 2012, p. 7).

olhar o humano para além de seu corpo, incluindo suas dimensões psicológica, social e cultural; trabalhar na conscientização dos limites do saber técnico. (CRP-SP/2008).

Essas ações de combate à medicalização (dispositivos desmedicalizantes) propostas em 2008 e fundamentadas nos princípios do SUS, da reforma psiquiátrica antimanicomial e da atenção psicossocial, são mais urgentes do que nunca, agora na pandemia, mas, se impõem desde antes, nas demandas de formação permanente das equipes de saúde mental. A necessidade dessas ações se aprofunda após o golpe de 2016, com o acirramento de políticas neoliberais de desmonte e precarização dos serviços públicos<sup>11</sup>.

De todo modo, é digno de nota a publicação, em 2014, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo da Portaria n. 986/14 – SMS, que institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato com o objetivo de regular a prescrição e dispensa de metilfenidato. Essa portaria foi fundamental para conter esse alastramento de diagnósticos e prescrições indevidas, constituindo-se também como um dispositivo desmedicalizante (SMS, 2014).

Podemos situar a GAM como mais um dispositivo desmedicalizante, conforme aponta o “Guia da Gestão Autônoma da Medicação – Guia GAM”, ao afirmar: “Sou uma pessoa e não uma doença”. No Canadá isso se expressa na denominação do guia: “Guia pessoal da gestão autônoma da medicação *da alma*”. No CAPS AD da Brasilândia, na denominação dos grupos: “Grupo de gestão *da vida*”. Esses deslocamentos significantes marcam e operam no processo desmedicalização da vida.

---

11 No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica n. 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: <[http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota\\_tecnica\\_-\\_esclarecimentos\\_sobre\\_as\\_mudancas\\_da\\_politica\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2021. p. 4). Essas mudanças representam a antítese do que é proposto pela Reforma Psiquiátrica e configuram um retrocesso na política de saúde mental sustentada na Lei n. 10.216/2001, ver: Cruz, Gonçalves, e Delgado, 2020.

Nesse sentido e apoiado nos encontros no Gamzão e na participação dos docentes no grupos GAM no território, o “Grupo de trabalho Saúde Mental e a Reabilitação na Infância e na Adolescência” (G2), do Pet Saúde Interprofissionalidade, apostou na estratégia GAM para a qualificação do cuidado em saúde mental e para o enfrentamento dos processos de medicalização na saúde mental no campo da infância/adolescência. Pretendemos apresentar o modo como, neste processo, a GAM operou transversalmente, como campo de experimentação, promovendo importantes deslocamentos nas relações entre os serviços, entre profissionais e usuários, nas relações interprofissionais e na formação dos trabalhadores.

### **A transversal GAM: campo de experimentações**

Visando à qualificação do cuidado em saúde mental no campo da infância e adolescência e o enfrentamento da medicalização da vida, o G2 do Pet Saúde Interprofissionalidade teve como ponto de partida a implementação da GAM no campo da infância e adolescência, oportunizando a participação conjunta e em rede dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social junto aos serviços de saúde (Caps IJ, CER, duas UBS) da FÓ/ Brasilândia.

Apostamos no plano GAM como estratégia de exercício de educação interprofissional, pois traz na base a cogestão, isto é, a gestão compartilhada e colaborativa dos processos coletivos de saúde; e a horizontalidade de papéis, o que significa dizer que não há um saber mais relevante que outro na negociação e na construção de conhecimentos. Além disso, a GAM inclui o saber do usuário e sua participação central em seu projeto terapêutico (projeto de vida). Trabalhar com o dispositivo GAM é experimentar práticas de cuidado compartilhado entre usuários, trabalhadores, gestão dos serviços e comunidade acadêmica.

Do diário de campo de uma petiana:

O G2 inicia com o reconhecimento do território da Fó-Brasilândia e dos serviços de saúde implicados no PET: CER, CAPS IJ, e duas UBS (Vista Alegre e Icarai).

A ideia inicial era que entendêssemos a dinâmica dos serviços e as singularidades entre eles [...]. Nesse momento, a cada semana os alunos iam em um serviço diferente e participavam de atividades variadas. Além disso, buscamos identificar a interprofissionalidade nesse processo, entendendo-a como transversal e central ao projeto e em tudo o que fazíamos e planejávamos fazer. Alunos, preceptores e tutoras fizeram o curso Avasus<sup>12</sup> sobre essa temática. Em um segundo momento, quando já estávamos mais maduros em relação ao território e serviços, fizemos um mapeamento/recorte da nossa pesquisa e definimos a primeira infância (crianças de 0 a 6 anos) com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de TEA, TGD e TDAH como nosso enfoque. Nessa fase, buscamos entender como se dá o diagnóstico (o que os profissionais fazem para chegar nessa conclusão), o tipo de atendimento que cada serviço oferece a essas crianças, os encaminhamentos realizados (janeiro, 2020).

Esse primeiro tempo do processo de trabalho foi fundamental. Deparamo-nos com diferentes questões relacionadas à questão dos diagnósticos e das relações em rede entre os serviços dos territórios.

A questão do diagnóstico mostrou-se complexa e cheia de contradições, como é o caso da obrigatoriedade da inserção de um CID<sup>13</sup> no protocolo/ficha do usuário para garantir sua inserção no sistema e no serviço. Muitas vezes, os trabalhadores colocam um CID genérico

---

12 Curso da Avasus sobre Educação Interprofissional em saúde (EIP), promovido pelo Ministério da Saúde de modo remoto como parte das atividades formativas oferecidas aos participantes do PET Saúde Interprofissionalidade.

13 Classificação Internacional de Doenças, sendo atualmente utilizado o CID-10.

para garantir o acesso dos usuários ao serviço, porém é frequente a não revisão desse número e desse diagnóstico, que acompanhará o sujeito, muitas vezes pelo resto de sua vida, marcando-o para sempre.

Um evento analisador neste processo, relativo ao lugar da escola na demanda pela medicalização, é o fato de o CAPS IJ receber um encaminhamento de uma escola, com um laudo falsificado grosseiramente com suposta assinatura do psiquiatra do próprio CAPS IJ, exigindo medicação para conter a criança! Outras atitudes medicalizantes operam na rede como a *“neuropediatra que sempre medica e faz encaminhamentos independentes da equipe”*. Ou ainda o endurecimento das equipes no que tange à escuta dos usuários, endurecimento esse muitas vezes atravessado pela manutenção de certos privilégios – da branquitude, de classe, do saber técnico – agudizados nesse retorno do inferno manicomial dos nossos tempos. Esse endurecimento transparece em movimentos expulsivos de determinadas famílias, pouco acolhimento e potencialização do saber técnico em detrimento da escuta das famílias e das crianças.

O acolhimento nos serviços também é algo a ser considerado no enfrentamento da medicalização. Os acolhimentos nos serviços são muito diferentes entre si. Enquanto o CAPS-IJ atua com a porta aberta, a consulta no CER (Centro Especializado em Reabilitação) tem de ser agendada via regulação por encaminhamento específico. Isto determina diferentes demandas por parte das famílias: há um imaginário de que no CER a criança poderá receber atendimento individual específico (em geral de fonoaudiologia e neurologia). No CAPS-IJ, a proposta de trabalho grupal nas convivências, visando às relações, o lúdico e as transferências espontâneas, muitas vezes, é pouco compreendida pelos familiares. Ademais, a resposta do CAPS-IJ *“não trabalhamos com diagnósticos”* revelou-se pouco acolhedora e até expulsiva, confundindo o familiar que vem com o encaminhamento da escola, que já traz o diagnóstico da criança (por exemplo, TEA) e pede tratamentos específicos ao CAPS (geralmente psiquiátricos/ medicamentosos).

Outro analisador da rede foi a fragmentação da própria rede, o desconhecimento das especificidades de cada serviço, a duplicação de encaminhamentos e ações e a falta de diálogo entre os serviços. No contraponto da duplicação, a desassistência e o recurso aos convênios.

Durante esse primeiro ano do PET Saúde Interprofissionalidade a GAM acompanhou as ações do Grupo de Trabalho de diferentes maneiras: nas atividades formativas abertas à universidade e aos serviços da rede sobre a GAM com profissionais que atuam no Brasil e convidados internacionais; nas reuniões mensais do Gamzão. Além disso, foram realizados dois matriciamentos específicos sobre a GAM: um com equipe do CER, com a demonstração do GAME (uma adaptação do GAM na forma de um jogo de perguntas) e outra ação na UBS Vista Alegre. Antes disso, porém, já no segundo semestre de 2019, o PET (tutoras, petianas e preceptoras) iniciou o acompanhamento do grupo de monitoramento infantil da UBS Vista Alegre, composto por uma oficina com as crianças (espaço lúdico) e o grupo de pais. Até a entrada do PET, os pais participavam das atividades junto aos filhos nas Oficinas. O grupo específico de pais/ responsáveis se inicia com a entrada do PET.

Esse trabalho com os pais/ responsáveis pelas crianças, construído com base nas reuniões do PET e junto à UBS, no qual a preceptora teve papel fundamental, foi elaborado baseado nos princípios da GAM, de cogestão e autonomia. Quinzenalmente os pais se reuniam no corredor da UBS em frente à sala onde as crianças estavam em oficina e eram convidados a compartilhar suas vivências, dificuldades, modos de lidar com as situações. As discussões eram tão ricas e intensas que mais de uma vez acabou por atrair a participação de outras pessoas que estavam no corredor esperando por sua consulta.

Paralelamente a isso e à formação sobre a GAM, com base nas atividades do segundo semestre de 2019, desenvolvidas no PET sobre a GAM e sobre o tema da medicalização da vida, fomos convidados pela coordenadora do NASF a apresentar a GAM numa reunião de matriciamento em saúde mental nesta UBS onde já participávamos do grupo de monitoramento infantil. Essa demanda ao PET ensinou

diferentes questões. De um lado, o desconhecimento da equipe sobre a estratégia gerava certa desconfiança. Médicos diziam que os usuários já vêm com o remédio certo para seu problema de acordo com pesquisa que realizaram no google e se recusam a sair da consulta sem a prescrição. Em último caso, acharão um médico em algum lugar que fará essa prescrição. Por outro lado, parte da equipe se referia a dispositivos desmedicalizantes como as Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS), os grupos de caminhada e de Shantalla, que contam com número expressivo de participantes.

Desse matriciamento, surgiu a demanda de um grupo GAM com os trabalhadores da UBS interessados na estratégia. O grupo foi composto por seis agentes comunitários de saúde, dois médicos, psicóloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta do NASF (preceptoras PET), duas docentes da PUC-SP dos cursos de psicologia e fonoaudiologia (tutoras PET) e dois estudantes petianos. Esse grupo, que se deu nos dois últimos meses de 2019, serviu como experimentação dos passos do guia GAM entre todos os participantes e serviu de ensaio para o projeto que se delineava para o ano de 2020: a constituição de um GAM interserviços.

Importante frisar o “se delineava”. Não tínhamos clareza de como se daria esse grupo GAM interserviços. Tínhamos certeza que a GAM poderia intervir em algumas destas questões que fomos observando ao longo do ano: a fragmentação da rede, a duplicação dos atendimentos, as diferenças entre os acolhimentos nos serviços, apropriação, participação e construção de autonomia das crianças, adolescentes e famílias com relação aos encaminhamentos/tratamentos. Fazer um GAM na praça? GAM interserviços? Ideias não paravam de pipocar...

Desnecessário dizer o quanto fomos surpreendidos pela pandemia. Necessário dizer sobre esse início de 2020 e a renovação de grande parte dos petianos deste Grupo de Trabalho (seis novos em um grupo de nove) e a mudança de dois preceptores do grupo, uma delas que

pôde dar continuidade às atividades na UBS Vista Alegre, das quais já vinha participando, e o outro que implicou a mudança de UBS do qual era referência, passando à UBS Guarani a participar do G2.

De modo mais geral, podemos afirmar a necessidade de reconfiguração de todos os serviços de saúde da rede desde o início da pandemia. CER tentando contato telefônico com usuários e disponibilizando seus profissionais para apoio de outros serviços; CAPS-IJ atendendo crises e apostando na construção de atividades remotas como a rádio comunitária, yoga on-line, produção de vídeos com atividades para as crianças; grupos com mães por WhatsApp; NASFs paralisando todas as atividades grupais e as equipes se dividindo para plantões nas portas das UBS.

As reuniões PET seguiram de modo on-line e nosso desafio se entrelaçava com o domínio das novas plataformas de encontros virtuais, a aproximação dos novos petianos com o território de modo remoto (poucos deles tiveram oportunidade de conhecer algum serviço antes da quarentena); compartilhar nosso acúmulo de experiências do ano anterior sobre a GAM; pensar em estratégias de apoio às equipes diante desta nova situação.

Várias foram as estratégias pensadas: produção de vídeos com atividades com base nos passos da GAM; retomada do grupo de mães/responsáveis das crianças do monitoramento infantil da UBS Vista Alegre de modo on-line; grupo de mães de crianças com autismo do CER por WhatsApp. Estratégias pensadas, algumas iniciadas, praticamente todas abortadas. A realidade do território, a vulnerabilidade social dos usuários, a exclusão digital, somados à precarização dos serviços, os quais tiveram de lidar com apenas um número de celular oferecido pela Organização Social, responsável pela execução dos serviços de saúde do território, com pacotes de dados irrisórios diante da demanda, constituíam parte dos obstáculos. Outra parte dos empecilhos estaria relacionado aos desafios

macropolíticos, como o acirramento do desmonte da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), da AB, o fim dos NASFs no início do segundo semestre.<sup>14</sup>

A leitura dos textos de Chaves e Caliman (2017) e Caliman, & César (2020) sobre GAM na infância e na relação com as escolas e com os serviços de saúde mental nos serviu de inspiração e motivou nosso desejo de nos reunirmos com Luciana Caliman. Esse encontro, possível graças a imensa generosidade e disponibilidade de Luciana, que se encontrava em Portugal fazendo seu pós-doutorado, teve efeitos supervisivos.

Foi possível retomar com Luciana o projeto do G2, da nossa intenção de um GAM interserviços com mães e responsáveis de crianças de 0 a 6 anos com autismo, psicose ou grave sofrimento psíquico. Esse GAM interserviços visava ao encontro de famílias e crianças com profissionais da UBSs, CER e CAPS-IJ, e tinha como objetivo buscar uma compreensão mais abrangente do diagnóstico, contexto de vida e cuidado das crianças, de uma forma combativa à medicalização da infância. Visava ainda romper a fragmentação, aproximar os serviços. Projeto abortado diante de todos os obstáculos decorrentes da pandemia.

Nesse encontro com Luciana, pudemos ainda situar a GAM operando em ações que levassem em conta a importância da aproximação dos vínculos com as famílias, em como garantir a presença, o fortalecimento das redes e coletivos, garantidores da autonomia; em considerar a expressão individual das crianças; em promover o acolhimento no pós-pandemia e garantir o resgate da relação e da vivência de cada um.

Para concluir, trazemos os desdobramentos das ações do G2. Foi realizado um levantamento pelo CAPS-IJ de todas as crianças de

---

14 Cf. Nota Técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS. Sobre novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Programa Previne Brasil e revogando normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), extinguindo o NASF publicada em 28/1/2020: Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. (Brasil, 2020).

zero a 6 anos que são ativas no serviço. De um total de 80 crianças, 42 foram contatadas por telefone pelos petianos. O objetivo do contato era saber como estavam após aproximadamente cinco meses de quarentena, sobre a criança, sua rotina, convivência familiar, se tinham alguma demanda para o CAPS-IJ, se mantinham contato com o serviço, e algumas mais específicas, sobre o uso ou não de medicação, entre outras. As outras 38 crianças não foram acessadas, pois os telefones já não correspondiam mais aos anotados no prontuário.

Em que pese o fato de ainda estarmos no início da tabulação dos dados destas entrevistas telefônicas, dois pontos saltam aos olhos: todas as crianças assistidas por convênios médicos passaram por neurologistas, receberam um CID ou um DSM-5 e foram medicadas com psicotrópicos (explicitando o risco colocado nas políticas neoliberais e privatizantes da saúde em parceria com os laboratórios farmacêuticos na medicalização da sociedade). O mesmo não se repetiu no CAPS-IJ onde a grande maioria das crianças ligadas ao serviço não estavam medicadas, o que nos pareceu como uma surpresa, além do fato de as mães referirem melhor convivência familiar agora, que se adaptaram à quarentena. A maioria das mães deste grupo também relatou ao menos um contato do CAPS-IJ nesses cinco meses.

O segundo ponto reflete a importância mesma do PET. Ao compartilhar esses dados brutos do questionário na reunião geral de equipe do CAPS-IJ, a preceptora mobilizou a equipe para a busca ativa por meio de visitas domiciliares dessas famílias que não foram acessadas por contato telefônico.

Já mais para o final do ano, com a flexibilização das regras de isolamento e a possibilidade de alguns grupos nos serviços, e também pela nova configuração do CER, que deixará de atender crianças com autismo, para se dedicar exclusivamente à reabilitação das sequelas neurológicas pós-Covid, foi possível criar dispositivos presenciais de passagem dessas crianças para o CAPS-IJ, com inclusão das famílias, da criança e de profissionais dos dois serviços (rede interserviço em ato!).

Ainda que não tenhamos de fato realizado o dispositivo grupal GAM interserviços, a estratégia GAM foi acionada nos processos

formativos e no direcionamento das ações do GT: a GAM como campo de experimentação dessas estratégias de compartilhamento, dialógicas, coletivas, horizontais, geradores de redes e autonomia, desmedicalizantes.

A interferência da GAM nas palavras de alguns atores do PET.

Foi proporcionado um espaço de autocuidado e apoio afetivo, fala observada entre os cuidadores participantes, foi a oportunidade para aproximação e estreitamento de vínculo com os profissionais de saúde e da Universidade. Os encontros puderam nos fazer refletir em que práticas de cuidado estamos ofertando a essas cuidadoras, e se não estamos integrando o grupo social que julga e oprime esta mulher. Um desafio que se coloca neste projeto e na rotina do trabalho com as equipes de Saúde da Família, a proposta da GAM e EIP vem de encontro com essas reflexões e podem nos guiar para ações mais humanizadas, afetivas, efetivas e desmedicalizantes com esta população<sup>15</sup>.

Entendo que a produção de colaboração e a qualificação na formação em saúde também estão no cerne do projeto PET Saúde Interprofissionalidade, sobre isso, a estratégia GAM é revolucionária, em especial na saúde mental, por privilegiar a cogestão, inclusive da medicação, que abarca a união e o entrelaçamento entre os saberes dos usuários, da equipe e dos demais. Para os estudantes, a experiência de conhecer e participar de grupos GAM é excelente no que diz respeito à interprofissionalidade por tratar-se de um campo de aprendizagem diversificado e com situações reais em que os saberes se misturam e se complementam. Para estes, diversas competências cognitivas, motoras e, principalmente, atitudinais podem ser exploradas, auxiliando-os na capacidade não só de resolver problemas, mas também de evitar que demandas se tornem problemas a partir de sua capacidade criativa, comunicativa e crítica<sup>16</sup>.

---

15 Relatório preceptoras NASF VA: Priscila e Luciana Bueno.

16 Extraído do diário de campo de Isabelle Martins De Assis.

Enquanto a Interdisciplinaridade estaria para os fios desse tecido que sustentam o SUS, a GAM, para os furos propositais. A partir dos quais aquele que faz uso – o usuário, pode ser capaz se enxergar para além daquilo que lhe é oferecido como solução, que na maioria das vezes segue a lógica da medicalização da vida. Qual então seria a riqueza do que está sendo produzido na “tecelagem PET/GAM”? A riqueza está em um fio especial que não é citado ao considerar a Interdisciplinaridade do SUS, o fio do conhecimento e da experiência do próprio Usuário, o qual ultrapassa as paredes das universidades. É exatamente nesse ponto que esse tear da PUC é singular<sup>17</sup>.

## Considerações finais

Nas duas experiências referidas aqui, a estratégia cogestionária da GAM, mais do que o dispositivo grupal da GAM, se faz estratégia formativa que horizontaliza de forma radical as relações usuários-profissionais, ampliando a participação e deslocando posições de saber-poder, inclusive em relação às crianças.

No âmbito do território, afirma-se como um espaço horizontal de produção de conhecimento, avaliação, reflexão e planejamento das experiências de cuidado, quebrando barreiras nas relações entre especialistas de saúde mental e trabalhadores, modificando a relação dos usuários com a rede de atenção à saúde e com os profissionais de saúde. A GAM operou no desafio da construção de redes entre os equipamentos de saúde, entre crianças, familiares, equipes de saúde, estudantes, docentes, favorecendo o protagonismo e a autonomia das crianças e suas famílias.

A GAM operou também transversalizando todas as ações das equipes de trabalho na constituição de um grupo cogestor, horizontal, favorecendo a participação de todas as vozes, relações horizontais

---

17 Extraído do diário de campo de Ana Carolina Zanusso Garcia.

entre preceptores/ profissionais de diferentes núcleos profissionais e de diferentes serviços de saúde, estudantes e professores de diferentes cursos.

## Referências

- AVARCA, C. A. C. (2019). *Drogas e Autonomia em tempos de contrafissura. Relatório de qualificação de tese de doutoramento*. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.
- BRASIL. (1990). Lei n. 8.080/1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília.
- BRASIL. (2001). Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em enfermagem, medicina e nutrição*. Parecer CNS/CES1133/2001. Brasília. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BRASIL. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS*. Brasília.
- BRASIL. (2005). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. (2010). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010. *Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências*. Brasília.
- BRASIL. (2011). Portaria n. 3.088/11. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília.
- BRASIL. (2012). Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Subsídios para a campanha Não à Medicalização da Vida – Medicalização da Educação*. Brasília, CFP. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2021.

- BRASIL. (2020). Ministério da Saúde. *Nota Técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília, Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- CALIMAN, I., e CÉSAR, J. (2020). A GAM no ES: invenções com crianças, familiares e trabalhadores. *Rev. Polis e Psique*, v. 10, n. 2, pp. 166-188. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/issue/view/3924>>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- CARON, E. (2019). *Experimentações intensivas: psicofármacos e produção de si no contemporâneo*. Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universi, dade de São Paulo.
- CHAVES, F. A. M., e CALIMAN, F. (2017). Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação. *Rev. Polis Psique*. Porto Alegre, v. 7, n. 3, pp. 136-160, set./dez. ISSN 2238-152X.
- CONCEIÇÃO, M. R. et al. (2015). Interferências criativas na relação ensino-serviço: itinerários de um Programa de Educação pelo Trabalho par a Saúde (PET-Saúde). *Interface*, n. 19, pp. 845-855.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/SP (2008). Medicalização – Rotular e excluir. *Jornal PSI, CRPSP*, n. 155, mar./abr. Disponível em: <[http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/jornal\\_crp/155/frames/fr\\_medicalizacao.asp](http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/155/frames/fr_medicalizacao.asp)>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- CRUZ, N. F. O., GONÇALVES, R. W. E, e DELGADO, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.18, n. 3 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.
- FIGUEIREDO, M. D., e CAMPOS, G. W. S. (2014). O apoio Paideia como metodologia para os processos de formação em saúde. *Interface (Botucatu)*. v.18, Supl 1, pp. 931-43.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. O. et al. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, n. 16, pp. 967-980.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 18, pp. 2889-2898.
- PASSOS, E. (2013). Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. *Ecos*, v. 3, n. 1, pp. 4-17. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1110/815>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

- ROSA, E. Z. (2016). *Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social*. Tese de Doutorado. São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ROSA, E. Z. et al. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Rev. Polis e Psique*, v. 10, n. 2, pp. 76-98.
- SMS/SP. (2014). Portaria n. 986/14 – SMS. *Protocolo de Uso de Metilfenidato*. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/21%20-%20PORTARIA%20N%20986-2014\\_metilfenidato.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/21%20-%20PORTARIA%20N%20986-2014_metilfenidato.pdf)>. Acesso em: 3 jan. 2021.
- VICENTIN, M. C. G. et al. (orgs.). (2016). *Saúde Mental, Reabilitação e Atenção Básica: encontro entre Universidade e Serviços de Saúde*. São Paulo, Artgraph. 260 p.
- VICENTIN, M. C. G. et al. (2020). Saúde mental em rede: o curso de Psicologia na articulação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde. *Psic. Rev.* São Paulo, v. 28, n. especial, pp. 624-649.
- ZORZANELLI, R. T., ORTEGA, F., BEZERRA JÚNIOR, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, jun. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>

# GAME: a construção coletiva de um dispositivo lúdico no cuidado em saúde mental

Guilherme Aleixo Sandrin<sup>1</sup>

Manuela Melo Aires<sup>2</sup>

Marcia Maria de Oliveira Julio<sup>3</sup>

Natália Zanatta Sena<sup>4</sup>

Raquel Andrade Meira<sup>5</sup>

Renata Escorcio<sup>6</sup>

O território da Freguesia do Ó e Brasilândia está situado na região da zona norte da cidade de São Paulo. A UBS Vila Terezinha está localizada no distrito da Brasilândia, caracterizado como uma zona de expansão urbana sobre a Serra da Cantareira. O primeiro período de ocupação da região se deu na década de 1940, momento em que a população mais pobre da cidade de São Paulo foi expulsa do centro para áreas mais periféricas. O segundo período ocorreu na década de 1970, quando houve uma intensa substituição de áreas

---

1 Mestre e doutorando do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP.

2 Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

3 Preceptora, terapeuta ocupacional, trabalhadora na UBS Vila Terezinha, São Paulo.

4 Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

5 Estudante de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

6 Professora, doutora, fisioterapeuta, docente na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

rurais por loteamentos clandestinos. A partir de 1990, as ocupações se intensificaram sobre as áreas de proteção ambiental. Tal expansão se deu de forma desorganizada, em movimentos migratórios de pessoas de outros estados, que vinham em busca de trabalho e melhores condições de vida.

A Brasilândia está entre os dez piores distritos da cidade de SP no que se refere a desigualdade social e pobreza. Alguns dados chamam atenção, como, por exemplo, é a 7ª região mais populosa da cidade com 280.278 habitantes, numa área correspondente a 21 km<sup>2</sup>, onde 25,8% dos domicílios estão situados em favelas. Onde 50,6% da população residente é preta e parda; e 48,1% tem entre 0 e 29 anos, sendo a região com a 3ª maior taxa em mortalidade de jovens entre 15 a 29 anos por homicídio; a idade média ao morrer é de 60,5 anos, enquanto no Jardim Paulista e Alto de Pinheiros é de 81,5 e 81,1 anos, respectivamente. É a 4ª região da cidade com maior proporção de mortalidade infantil, 18,9%, taxa que reflete baixos níveis de saúde, desenvolvimento socioeconômico e condições de vida. No Brasil, essa taxa era de 53,7% em 1990, e chega em 17,7% em 2011; e 96,2% da população tem cobertura da atenção básica, por equipes de estratégia de saúde da família e, por fim, a taxa de emprego formal por dez habitantes em idade ativa é a quarta menor da cidade. Esses dados demonstram a baixa qualidade de vida e a violência cotidiana a que esses moradores estão submetidos.

A desigualdade social se caracteriza como uma ameaça permanente à existência, ela impõe diferentes formas de exclusão, humilhação, produz sofrimento e tristeza (Sawaia, 2009). Borges (2015) alega que variáveis socioculturais, como pobreza, religiosidade, urbanização, criminalidade e violência exercem influência tanto na forma como na manifestação de diversas síndromes psicopatológicas. As condições de vida e de trabalho de uma população estão intimamente relacionadas com a sua situação de saúde mental. E, para sanar o mal-estar e o sofrimento psíquico da população, a administração de medicamentos se torna uma via rápida de solução, pois tais sentimentos devem ser amenizados a qualquer preço.



**Figura 1.** Distrito da Brasilândia (2020)

Fonte: Foto cedida por Hugo Luis Fernandez (médico da UBS Sylmaria).



**Figura 2.** Distrito da Brasilândia (2020)

Fonte: Foto cedida por Hugo Luis Fernandez (médico da UBS Sylmaria).

A UBS Vila Terezinha se localiza, portanto, em um território mergulhado em demandas de saúde mental, sob muitas formas de sofrimento psíquico e vem apresentando diferentes alternativas para possibilitar o cuidado em saúde, tendo em vista as especificidades da região.

Grupos sempre foram parte instituída do cotidiano da UBS e, por meio da dinâmica que se foi criando nesses encontros, é possível perceber a necessidade de um olhar para essa população que leve em conta as vivências percebidas no território que desencadeiam sofrimento psíquico.

Infância, saúde da mulher, reabilitação e alimentação eram linhas de cuidado com base nos quais grupos semanais tinham seu espaço garantido; sempre compostos tanto por usuários quanto por trabalhadores. A participação dos trabalhadores nos diferentes grupos que tomavam lugar na UBS teve desde sempre uma característica bastante relevante: preconizava-se – e ainda preconiza, apesar dos inúmeros desafios que o desmonte da estratégia Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) impõe à organização da unidade atualmente – que cada um participasse dos grupos que sentisse maior afinidade, respeitando assim o desejo de cada um (bem como suas respectivas agendas).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), instituídos oficialmente a partir da Lei n. 10.507, de julho de 2002 (Brasil, 2002), têm a peculiar característica de transitarem entre dois mundos: o já instituído, encarnado em sua incumbência governamental, e o território, conhecendo bem as suas dinâmicas, desafios e características por comporem essa comunidade à qual agora atendem também como profissionais. Essa dupla atuação, como morador e profissional, viabiliza a criação de vínculos mais resistentes entre pacientes e o sistema de saúde, fazendo assim uma ponte entre usuário e seu cuidado e promovendo um modelo de saúde cujo olhar se dá de forma integral e personalizada, em conformidade aos princípios norteadores do SUS. Essa dupla função parece promover, por si só, o ímpeto de mudar e adequar o serviço para melhor atender às necessidades

específicas dos habitantes daquele território, revelando-se como a vertente instituinte, como definiria Baremlitt (1996), sendo esta uma vertente dialeticamente oposta à já instituída, representada pela instituição em si como pré-concebida e dada. Esse desejo nasce em conjunto com a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e é o grande responsável pelo sucesso da UBS Vila Terezinha na promoção de um modelo de saúde horizontal e potente, em que o usuário se vê em um lugar de poder e querer entender e questionar sua linha de tratamento, tornando-se assim ativo em tal processo. No território da Brasilândia, onde o descaso governamental atravessa as muitas dificuldades e privações às quais seus habitantes são submetidos, o potencial transformador dos ACSs fez de seu espaço de interlocução um lugar de construção de medidas efetivas, que visam à população e promovem transformação com base neste ímpeto de criar uma nova possibilidade de existência em consonância com os habitantes do território e suas especificidades.

Neste contexto, havia um grupo um tanto peculiar que acontecia todas as quartas-feiras na UBS Vila Terezinha: o de artesanato. Encabeçado por uma enfermeira e uma ACS, o grupo visava, além das práticas manuais, promover, principalmente, convivência, trocas, conversas e uma referência para pacientes com questões como depressão e ansiedade, para saírem de casa e participarem de alguma grupalidade. Devido às inúmeras demandas que a atuação cotidiana em uma UBS impõe, muitas vezes o grupo era tocado apenas por ACSs. O artesanato como forma de promoção de saúde demonstra como é frutífera essa abertura a qual o SUS se propõe ao ter em seu cerne a construção coletiva e os ACSs da Brasilândia, há mais de dez anos tomam essa oportunidade para pensar e fazer saúde em sua multiplicidade de possibilidades. Eventualmente, com a saída da ACS que havia idealizado a princípio o grupo, sua força se esmoreceu. Mas, seu potencial havia sido tamanho que a equipe NASE, na tentativa de fazer vingar um grupo de saúde mental, optou por realizá-lo logo em

seguida ao grupo de artesanato, tentando assim absorver seu potencial agregador, porém, este grupo que visava diretamente abordar questões de saúde mental sempre se encontrava esvaziado.

Falar em saúde mental ainda se trata de um tabu em toda a sociedade e em um território imerso em violência, de diferentes modalidades, abordar essa questão parece se tornar ainda mais delicado. Em reuniões técnicas, gerais e de matriciamento, a questão de como promover um grupo que abordasse esse tema sempre se reapresentava. Passaram-se anos até que, por fim, os trabalhadores da UBS Terezinha entraram em contato com o fato de que questões relativas ao sofrimento psíquico perpassavam todos os grupos que ali tomavam lugar. No grupo de alimentação, questões relativas à ansiedade e à depressão eram indissociáveis; no infantil, questões relativas às dinâmicas familiares e seus conflitos; no de reabilitação, o manejo da dor e suas implicações.

Esse entendimento levou um grupo de ACSs a reerguer o grupo de artesanato, que continuou a atender pacientes com as mais diversas demandas: depressão, esquizofrenia, deficiências cognitivas ou mesmo acometidos pelo sentimento de solidão e a possibilitar, naquele espaço, o pertencimento a alguma grupalidade. Desde esta retomada, o grupo se mantém com força até hoje – com exceção do período da pandemia, em que todos os grupos foram pausados –, demonstrando assim a disposição da UBS em encarar de frente o desafio de promover saúde. Então, com base no saber de cada profissional, trabalhar com saúde mental passou a ser entendido em sua multiplicidade de possibilidades; construindo assim uma importante prerrogativa ao criar, na unidade, essa livre circulação de ideias que visassem o cuidado levando em conta as diversas formas de sofrimento psíquico e pensando em diferentes terapêuticas, buscando, assim, romper com o estereótipo do que implica tal cuidado, principalmente com a paralisadora concepção de se tratarem de grupos de difícil manejo.

## A força de um encontro: GAM e UBS Vila Terezinha

No período de agosto de 2019 até o presente momento, gerou-se um movimento na UBS Vila Terezinha no sentido de agrupar os trabalhadores interessados em conhecer a estratégia GAM e, com isso, constituiu-se um grupo engajado no estudo do Guia GAM, que passou a se reunir semanalmente para leituras, debates sobre a estratégia e o levantamento de casos do território para serem colocados sob uma nova ótica de entendimento da saúde mental. O movimento do grupo expressava a necessidade de se pensar mais amplamente o cuidado em saúde mental na UBS.

Para além do Guia GAM nas mãos, havia outros elementos preciosos que compunham esse cenário frutífero de criações e ideias. Havia ali pessoas, café e goteiras no teto da sala e baldes no chão; retratos da vida de cada um para compartilhar, rir e chorar juntos; talentos ocultos, conversa boa e solta; batalhas de rima e provocações; ali havia, essencialmente, encontros e diálogos, e muita alegria de compor aquela grupalidade. Ademais, novos ACSs entraram na equipe da UBS. Novos não só no espaço, mas também pela sua idade, trouxeram certo espírito criativo aos grupos da unidade; arejando alguns espaços e propiciando o surgimento de novas formas de cuidado, que carregavam em si certa espontaneidade e ludicidade da juventude.

Compunham no momento de início do grupo, portanto, ACSs, equipe NASF (agora equipe multiprofissional), um Agente de Promoção Ambiental (APA), uma farmacêutica, petianos da PUC-SP e uma jovem aprendiz da UBS. Essa junção de diferentes categorias de profissionais conferiu uma abertura para discussões mais amplas, levando-se em conta os diferentes saberes e suas potências. Esse movimento heterogêneo que foi se desenhando no grupo é também reflexo da forma como ele se constitui: a participação neles não é uma obrigação ou uma determinação institucional; os trabalhadores e trabalhadoras eram convidados a compor e construir coletivamente o grupo, o que já era uma prática habitual na UBS.

Para além da constituição desse grupo, seus integrantes participavam também de algumas atividades propostas pela parceria PET-Saúde/Interprofissionalidade, como os encontros mensais que tinham o intuito de compartilhar as experiências GAM nos diferentes equipamentos na cidade de São Paulo, apelidados de Gamzão.

Os primeiros encontros objetivaram, portanto, uma leitura coletiva teórica e metodológica do guia GAM, visando introduzir o que é a estratégia, para que todos comessem do mesmo ponto de partida. Lia-se desde a introdução e o histórico da estratégia até os passos de cuidado e acompanhamento que o Guia indica. Dessa forma, começou-se a configurar um espaço de reflexão, em que cada participante foi deixando um pouco de si mesmo, das suas trajetórias e emoções. Essa leitura coletiva direcionou o grupo para um espaço de troca, em que se foi trabalhando questões da própria vida. Entendia-se ali que todos, em momentos e situações diversas, também são usuários de medicamentos, controlados ou não, podendo-se assim pensar de maneira mais crítica os efeitos da medicação na própria qualidade de vida, o espaço que aquela medicação ocupa para si e na sociedade atual e a saúde mental para além de diagnósticos e medicação.

Com a leitura conjunta do guia GAM, houve o reconhecimento de que cada um ali também era usuário de medicamentos e que, de diferentes formas, precisava falar de saúde mental, já configurando, portanto, um grupo GAM, se pensarmos no resgate da autonomia e o entender-se sujeito de direitos. O guia possui em sua forma de se construir o grupo essa retomada do protagonismo do sujeito para o próprio cuidado, ele o reivindica, como coloca Onocko Campos et al. (2012, p. 968):

Seguindo o Guia, a pessoa é convidada a fazer um balanço da própria vida para determinar os aspectos suscetíveis de serem melhorados, com vistas a sua qualidade de vida. A medicação pode ou não se incluir como um desses aspectos, sendo disponibilizadas informações sobre indicações, efeitos colaterais, interações e doses terapêuticas.

Ainda que o grupo GAM não tivesse acontecido com usuários até então, essa preparação foi de enorme potência, pois proporcionou aos integrantes uma renovação da ideia de autonomia, convidou a pensar os aspectos que atravessam a vida e que, por sermos sujeitos de direitos, somos sujeitos ativos. Por conseguinte, o processo de trocas e reflexões do grupo foi corroborando com a ideia de Onocko Campos, et al. (2012, p. 968), de que, a partir da leitura do Guia, podemos “[...] fazer um balanço da própria vida para determinar os aspectos suscetíveis de serem melhorados [...]”. Nesse sentido, o grupo foi reconhecendo a potência de cada encontro, mesmo sem usuários, entendendo que esse momento de reflexão da própria vida, trabalho e prática, era necessário para se pensar um grupo de saúde mental.

Os balanços sobre a própria vida que iam tomando as discussões trouxeram à tona a possibilidade para todos do grupo de trabalho revelarem suas dúvidas, medos, angústias e histórias pessoais em relação aos estigmas que permeiam a área da saúde mental. Poder falar e se deparar com os aspectos históricos desse tema criou um círculo de debates precioso para que alguns paradigmas pudessem ser reconstruídos com base na análise de cada um. Colocar na roda questões que giram em torno da vida gerou falas relevantes para a verificação já de alguns dos efeitos desse início de projeto e garantiu também a aproximação afetiva dos integrantes, pois reconheceram nesse espaço um campo seguro e acolhedor para as suas falas e dores.

O grupo como um todo era composto por profissionais de saúde não médicos e contava com apenas uma profissional da área farmacêutica. Nesse sentido, a grande maioria pouco lidava com prescrições e receituários médicos, quando muito, alguns profissionais como as ACSs realizavam trocas ou alertavam os usuários para o vencimento das receitas, ou seja, a demanda vinha de usuários da UBS e dos médicos de equipe, pouco se pensava na própria receita ou nas prescrições. Momentos atrás, foi apresentada a ideia de que o guia faz o “convite” de se fazer o balanço da vida. Dentro do grupo que se construía, esse balanço ia tomando uma forma mais crítica de se pensar o uso da medicação, principalmente por trabalhadoras e

trabalhadores não médicos. Os medos e desconhecimentos sobre a saúde mental passavam por essa lógica médico-centrada de queixa-conduta, de troca de receitas, sem um olhar crítico sobre a prescrição e uso de medicação. O grupo passou então a discutir esse uso ou não uso, essa lógica institucionalizada na figura médica, e passou a pensar criticamente sobre a medicação. Onocko Campos, et al. (2012, p. 974) contextualiza essa mesma expressão acrítica médico-centrada do uso da medicação:

Os profissionais não médicos declararam falta de conhecimento sobre a medicação e seus efeitos, manifestando, sobre essa temática, dúvidas menos elaboradas do que as dos próprios usuários e familiares. Porém, expressaram alguma crítica ao fato de a relação entre médico e paciente limitar-se à prescrição medicamentosa e ao dever do paciente de aceitá-la.

Pode-se perceber, dessa forma, os desafios presentes na atenção básica no que se refere à saúde mental. Dúvidas, anseios e preocupações tomam conta do agir dos profissionais. Em paralelo à dificuldade de trabalhar saúde mental em equipe, está o saber médico-centrado, que reproduz essa lógica ambulatorial e impede outras práticas de cuidado na área. Falar desse tema tabu e da medicalização esbarra em questões não somente pessoais, mas também institucionais. A lógica médico-centrada não é apenas a do médico que receita, ela conduz a uma forma de se organizar a UBS, de se pensar um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Em certo sentido, podemos chamar essa construção coletiva de “desconstrução coletiva”. É a desconstrução de uma lógica médico-centrada de pensar a saúde mental; do pensar saúde; do pensar um PTS. Uma desconstrução coletiva de entender que o usuário que entra na UBS está em seu direito, não somente em ter garantido seu atendimento, mas ao seu atendimento integral em saúde, assegurado pelas diretrizes do SUS. Essa desconstrução foi fundamental para o momento de começar a estruturar os encontros com os usuários.

Na mesma linha da “desconstrução coletiva” foi se desenhando um sentimento de adaptação do Guia GAM ao território. A leitura do Guia pelo grupo de trabalho em certa medida era truncada, com uma linearidade que fugia ao que o GAM propunha. Como já colocado, a Brasilândia é um território de extrema vulnerabilidade social, questionavam-se, portanto, as dificuldades que poderiam surgir dos usuários da UBS ao se depararem com um Guia repleto de textos e informações. Surgia, assim, a vontade de buscar uma prática grupal com relações mais horizontais e democráticas, no sentido de trazer para a realidade da Brasilândia o que a estratégia GAM orienta: o convite, a cogestão e a formação de redes de apoio.

### **A GAM vista com humor: o brincar como resposta**

Foi observado, em outros formatos de grupos de saúde mental no histórico dessa UBS e em muitos outros serviços da rede, um endurecimento das imagens, um enrijecimento das palavras e certo grau de dificuldade de articular horizontalmente todos os saberes ali conectados. Então, na intenção de que o grupo GAM pudesse comunicar de maneira mais democrática, horizontal e leve essa forma diferente de promover o cuidado em saúde mental, a ideia de transformar o Guia GAM num jogo se revelou como uma possibilidade potente para todos, inspirados pela crença de que o caráter lúdico poderia conferir um tom mais leve, cuidadoso e humanizado nas abordagens levantadas pelo Guia. Dessa forma, passou-se a acreditar que poder brincar com os temas trazidos pelo Guia por meio de um jogo de tabuleiro de cartas de perguntas e respostas poderia viabilizar um formato interessante para tratar de assuntos tão complexos e delicados quando se fala em sofrimento mental, que já vem historicamente carregado de estigmas, tensões, dores humanas e violência.

A verificação de que o grupo partiria para a confecção de um jogo concreto para trazer à tona questões de relevância da vida, suas problemáticas, sonhos, aspectos da saúde, projetos profissionais entre outros, estimulou um olhar de forma mais profunda sobre o que de

fato o lúdico, o poder do brincar, poderia provocar nos participantes do jogo. Ao legitimar o jogo como a tecnologia pensada para que o sofrimento da alma pudesse ser acolhido de um jeito diferente, possibilitou-se que todos ali tivessem minimamente um conforto emocional para se sentirem potencialmente preparados para escutar o outro e falar.

No meio dessas indagações, o grupo reconheceu um início, o ponto de partida. De fato, a ludicidade passou a desenhar o processo de implantação da GAM na UBS Vila Terezinha. Acreditou-se que era essencial atender às necessidades mais naturais das pessoas e que o brincar poderia resgatar de certa forma, pelo menos momentaneamente, a alegria como sentimento presente quando se brinca. Segundo Nylse Cunha, apud Santos (2000, p. 28),

A alegria é uma sensação muito saudável, pois o sentimento de felicidade provoca a manifestação de potencialidades, desperta a coragem para enfrentar desafios e motivação para criar. A felicidade é, portanto, um fator imprescindível para a operatividade.

Dessa forma, a felicidade autoriza a liberdade de expressões que talvez em um outro modelo não fossem tão simples de serem externalizadas; articula-se perfeitamente com o manifesto do cuidado, à medida que impulsiona a pessoa a se olhar mais generosamente; ela integra pares, pois permite a pessoa estar com o outro, de coração mais aberto.

Nesse sentido, pode-se dizer que a introdução do lúdico no cuidado do sofrimento mental facilita a produção de falas e reflexões, promove a desmistificação da saúde mental como campo de difícil manejo, recolocando-a numa posição mais leve, em que o brincar com temas da vida pode ressignificar a forma de olhar para a própria vida e encontrar novas janelas.



colorido e um dado de pelúcia, as demandas advindas dos encontros com os trabalhadores debruçados sobre o Guia GAM finalmente encontraram um suporte.

Parte do impulso para o processo de elaboração do GAME surgiu da necessidade do grupo, na época composto apenas por trabalhadores da UBS e petianos da PUC-SP, de se apropriar da estratégia GAM e transformá-la em algo também produzido por eles. Se antes a GAM era vista como algo externo ao grupo, não relacionada ao contexto dos trabalhadores e do território, após a produção do GAME passou a ser parte da identidade do grupo. O que gerou parte desse movimento foi justamente o desejo pela democratização do acesso ao Guia, e o caminho se mostrou ser o da colaboração coletiva.

O desenvolvimento do GAME vai em busca, assim, não apenas de trazer o lúdico para o cuidado, mas também de proporcionar um cuidado que faça sentido onde está sendo feito, ou seja, que converse com a população e a conjunção do território, que atenda às demandas que advêm das suas especificidades e que possa ser plenamente compreendido por aquele a quem o cuidado se propõe atender. Ao traduzir o Guia GAM para a linguagem de jogo, em que as perguntas são feitas com base nas cartas que podem ser lidas e respondidas oralmente por qualquer um, o acesso a esse cuidado passa a ser democratizado, viabilizando uma atenção que integra a seus pressupostos a participação ativa do sujeito e, que, portanto, faz dele parte essencial para sua elaboração.

Diante disso, o Guia GAM propõe a transversalidade das relações institucionais, de forma que o protagonismo é distribuído entre os presentes no grupo, que se colocam lado a lado implicados no processo de produção de saúde (Passos, Sade e Macerata, 2019). Consequentemente, a transversalidade também está presente no GAME, que tem indicado em seu tabuleiro o caminho que será trilhado coletivamente, por uma única peça que representa o grupo. Cada casa do tabuleiro representa um tema, do qual é retirada uma carta-pergunta que pode ser respondida por qualquer pessoa do grupo. O fato de os trabalhadores se colocarem juntamente aos

usuários para responderem perguntas tão pessoais faz com que os papéis, tão bem estabelecidos e cristalizados na Saúde, circulem, de forma que os usuários se veem também no lugar do cuidado. Essa circulação dos papéis no grupo faz com que o saber do usuário seja colocado como relevante, possibilitando que o sujeito se veja como portador de significados, de respostas, capaz de produzir e gerar afetos que tocam o outro. O usuário se distancia do lugar de objetivado e encontra, ali, mais um espaço na vida em que é atuante, protagonista.

A maneira como o GAME propõe essa transversalidade cumpre o objetivo da GAM em produzir experiências de autonomia. Conceito esse que, na Reforma Psiquiátrica Brasileira, é subvertido de tal forma que o entendimento de alguém “autônomo” passa de um entendimento do sujeito individualizado, independente, para um sujeito que está inserido num espaço de trocas, de conversa e elaboração conjunta sobre pensamentos e sentimentos. Segundo o Guia (Onocko Campos et al., 2014, p. 10), “para viver a autonomia, as pessoas têm que compartilhar, umas com as outras, o que pensam e o que sentem, ao invés de se fecharem em suas ideias e posições”. Para além de promover esse compartilhamento, o jogo traz questões relativas a Direitos, Saúde, Qualidade de vida, etc., de forma que os participantes do grupo se colocam na postura de cidadãos, numa atitude participativa, enxergando-se como sujeitos de direitos e capazes de reivindicá-los.

No âmbito da saúde, essa autonomia se traduz exatamente no processo de trocas e partilhas entre o usuário e aqueles responsáveis pelo desenvolvimento do seu tratamento, de forma que esse espaço também vá se tornando mais transversal; em que o sujeito, autônomo, corresponsável pelo seu cuidado, seja o protagonista e crucial para as decisões tomadas ao longo do desenvolvimento do seu projeto terapêutico. Onocko Campos et al., (2012, p. 977) reafirma a GAM como espaço potente para tal movimento:

O GAM mostrou-se potente para instituir espaços de fala a respeito da medicação, chamando a atenção da equipe e dos gestores sobre a importância desse tema, cujo enfrentamento não se restringe à clínica, mas tem consequências éticas e políticas. Fez reafirmar os direitos dos usuários, trazendo sua discussão à tona entre usuários, suas famílias e equipes. (p. 977)

A autonomia e cogestão propostas pelo Guia e vivenciadas nos encontros propulsionam um cuidado que acompanha as mudanças do sujeito e está, portanto, em constante mudança, em constante desconstrução e reconstrução. O GAME acompanha esse movimento: suas cartas não são todas inspiradas diretamente no Guia GAM, sendo também criadas durante os encontros. São perguntas surgidas com base naquele contexto, daquela realidade e que dialogam, portanto, com a população do território.

Com esse trabalho em conjunto para a construção e reconstrução do GAME, foi-se tornando possível uma maior aproximação entre os trabalhadores, petianos e usuários, que se veem no jogo. De certa forma, o jogo materializa as contribuições de cada um para o grupo, e essa confirmação da produção coletiva dos encontros reforça a grupalidade, já que se vê concretamente a relevância da participação de cada um, fazendo com que os participantes se sintam parte do que é produzido e, portanto, pertencentes ao grupo. Esse contexto contribui com a construção de um espaço de acolhimento, no qual a participação se torna cada vez mais natural e interessada, favorecendo maior partilha e aprofundamento nas questões de cada um na grupalidade, consonante com a proposta da transversalidade e cogestão dos encontros.

Na história da criação do GAME fica perceptível como as mudanças provocadas por ele foram surgindo já desde o início desse processo e fica difícil saber se o dispositivo é o que proporcionou essa grupalidade ou se, ao contrário, o motivo da sua construção veio de algo anterior, de uma demanda dos próprios trabalhadores da UBS,

que por meio da construção do dispositivo foram constituindo esse espaço promotor do cuidado de si, para que então pudessem cuidar do outro.

Assim, o grupo jogou, motivado pelo desejo de jogar o dado, como se tivesse ali o poder de jogar com a própria vida e buscar respostas para ela. Construir-se-ia ali também certa sensação de segurança, pois o espaço de encontro, permeado pelo lúdico, tornou-se um espaço seguro para tantas demandas emergidas dos envolvidos.

## **A pandemia e o GAME**

Em março de 2020, os encontros do grupo GAM na UBS precisaram ser reestruturados; passaram a ocorrer não mais presencialmente, mas então virtualmente, em decorrência da anúncio do isolamento social em São Paulo como forma de prevenção à disseminação do novo coronavírus.

Semanas foram necessárias para que os encontros com a equipe da UBS Vila Terezinha pudessem voltar a acontecer; para que a equipe de trabalhadores participantes do grupo GAM conseguissem se organizar dentro da UBS – submetida a inúmeras mudanças e demandas advindas da Covid-19 – e também virtualmente, para que todas e todos aprendessem a usar os aplicativos que seriam utilizados para os encontros, para que encontrassem espaços na unidade onde a internet fosse suficiente para ligações de vídeo em grupo, entre outros entraves que a tecnologia pode oferecer.

O primeiro encontro do grupo GAM on-line foi realizado no início de abril. Das duas usuárias que começaram a participar dos últimos encontros na unidade antes da quarentena, nenhuma seguiu para o modo virtual, portanto os primeiros encontros on-line contaram apenas com trabalhadores da UBS e petianas/o da PUC. Mais de quatro meses depois, em meados de agosto, foi discutida a ideia de abrir os encontros virtuais aos usuários e na semana seguinte o grupo contou com a presença da primeira usuária nessa nova estrutura. O grupo se encontrava, desta forma, em contexto novo em muitos

sentidos; pandemia, isolamento social e a necessidade de manter um grupo de acolhimento e cuidado em um novo suporte, o virtual. Não somente novidades concretas e materiais foram aparecendo, mas também novos medos, angústias e o fato da súbita mudança que o cotidiano de todos sofreu, disparados pelo cenário de uma epidemia mundial.

Nesta nova conjuntura, densa e intensa, de muita demanda emocional e de muita demanda de uma saúde pública que sofre com desmontes há anos, o dispositivo GAME se mostrou, mais uma vez, muito potente. Com o sistema de saúde já bastante sobrecarregado com a pandemia, o NASF sofreu seu desmonte, o que mobilizou ainda mais funcionários da UBS, principalmente os atuantes da estratégia saúde da família.

O GAME, contornado por esse emaranhado de acontecimentos e sentimentos, foi possibilitando a retomada da escuta e da fala de maneira mais leve. Se existe uma dificuldade e até resistência de se trazer questões mais profundas sobre si; inseguranças, medos, sonhos, traumas e desejos, no modo virtual certas barreiras podem ser ainda mais estruturantes das relações. O GAME colaborou para que as reuniões pudessem abordar tudo aquilo que já constituía a história de cada participante e aquilo que surgia de novo por um contexto comum a todos. Trazendo o tom leve e lúdico aos encontros, possibilitou que os mergulhos de cada um em si e na história do outro se tornassem mais fluidos; como se as questões se tornassem mais diluídas em meio ao tabuleiro, ao dado de pelúcia e às perguntas, brincadeiras e risadas compartilhadas pelo grupo.

Em um dos encontros, enquanto o grupo jogava o GAME, uma carta foi tirada: “o que você mais gosta do seu dia a dia?”. As falas de cada um foram construindo uma discussão não apenas sobre os “gostos”, mas também os “desgostos”. Uma ACS nova na unidade e no grupo desabafou sobre seu dia a dia no antigo trabalho, narrando o peso da sua rotina naquele contexto. Ao mesmo tempo, um Agente Ambiental da UBS, um dos precursores do grupo e criadores do GAME, trouxe a importância, para ele, de se ter uma rotina, já que

tem dificuldade para lidar com imprevistos. Da rotina, foram sendo lembradas as preguiças e o consenso do grupo foi que a “louça suja nunca acaba”. Daí a conversa passou para um levantamento de métodos para lidar com essa louça: lavar a louça assim que acabar a refeição ou reduzir a louça da casa, conferindo a cada um apenas um copo, um prato, um conjunto de talheres?

A situação supracitada ilustra a potência que o dispositivo GAME carrega. De uma carta tirada no jogo, inúmeros temas para discussão foram se desdobrando e sendo compartilhados por cada um do grupo, de maneira leve e espontânea: troca de trabalho, infelicidade, rotina, dificuldades, preguiças e resoluções. Vale ressaltar que para além de o jogo trazer essa possibilidade de partilhas e trocas em um formato mais leve, ele corrobora com a própria estruturação dos encontros: é com base nessa ferramenta que o grupo como um todo vai se permitindo brincar, não apenas na hora do jogo, mas a ter uma postura mais lúdica no próprio cuidado; na própria escuta e também na fala, sem tirar a seriedade desse processo.

Viabilizar a implantação da GAM na UBS Vila Terezinha, tendo como seu eixo o lúdico para abordar o sofrimento da vida, por meio do GAME, nos sinaliza ainda e de forma muito potente a possibilidade do desenvolvimento de trabalhos interdisciplinares e inter-setoriais, proporcionando uma visão de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. O jogo, o seu tom prazeroso e descontraído, é um dos caminhos para a promoção da saúde mental, não tendo somente a função de divertimento, pois tanto a criança quanto o adulto faz do jogo uma atividade significativa, algo cuja utilidade é proporcionar ao homem uma vida mais harmoniosa com as suas questões. O jogo, no adulto, pode representar a rota possível de se ver numa condição outra, mais natural, resgatando elementos da sua criança interior e, certamente, contribuindo para aliviar angústias e construir novas imagens positivas sobre si. E, se para alguns ou muitos ainda é tarefa árdua se permitir brincar e jogar... vale aqui terminar com o poema de Fernando Pessoa (1942, p. 166):

## QUANDO AS CRIANÇAS BRINCAM

“Quando as crianças brincam  
Eu as oiço brincar,  
Qualquer coisa em minha alma  
Começa a se alegrar.  
E toda aquela infância que não tive me vem,  
Numa onda de alegria  
Que não foi de ninguém.  
Se quem fui é enigma,  
E quem serei visão,  
Quem sou ao menos sinto  
Isto no coração.”

## Referências

- BAREMBIITT, G. (1996). *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. 3. ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- BORGES, Marcos Antonio Rodrigues, e AMARAL, Alessandro Freitas (2015). A desigualdade social e suas influências na subjetividade contemporânea. *Psicologia e Saúde em Debate*. v. 1, n. 2, ago.
- BRASIL. (2002). Casa Civil. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. *Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências*. [S. l.], 10 jul.
- ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n.43, pp. 967-80, out./dez.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (2014). *Gestão autônoma da medicação: Guia de apoio a moderadores*. Campinas, Unicamp.
- PASSOS, E., CARVALHO, S. V., e MAGGI, P. M. A. (2012). Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na gestão autônoma da medicação. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del-Rei, v. 7, n. 2, pp. 269-278.
- PASSOS, E., SADE, C., MACERATA, I. (2019). Gestão Autônoma da Medicação: inovações metodológicas no campo da saúde pública. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 28, n. 4, pp. 6-13.
- PESSOA, Fernando (1942). *Poesias*. Nota explicativa de João Gaspar Simões e Luiz de Montalvor. Lisboa, Ática.

- REDE NOSSA SÃO PAULO (São Paulo). (2020). *Mapa da desigualdade 2020*. [S. l.]: Rede Nossa São Paulo, out. Disponível em: <<https://www.nossasao-paulo.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Mapa-da-Desigualdade-2020-TABELAS-1.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2021.
- SANTOS, Marli Pires dos (2000). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis, Vozes.
- SAWAIA, Bader Burihan (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, n. 3, set./dez.



# Grupo de monitoramento infantil: resgate de infâncias não reconhecidas

Maria Lucia Hage Masini<sup>1</sup>  
Luciana Bueno Lopes Zorzetto<sup>2</sup>

## Introdução

Como produzir saúde, no contexto atual, em que as demandas sociais e de saúde estão em constante transformação, é tarefa contínua para os profissionais da área de saúde em função dos impactos que a desigualdade social pode produzir na saúde dos indivíduos. A pobreza incide de forma danosa e perversa na qualidade de vida das pessoas. Neri e Soares (2002), em uma qualificada revisão bibliográfica apontam que existe um consenso nas pesquisas em saúde de que a desigualdade social contribui para o adoecimento de maneira precoce de pessoas menos privilegiadas socialmente. Até mesmo doenças crônico-degenerativas aparecem com 30 anos de antecedência na população da base da pirâmide social, comparativamente aos indivíduos do topo, conforme House et al. (1990, apud Neri e Soares, 2002, p. 79).

---

1 Fonoaudióloga, docente do curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP

2 Psicóloga, especialista em Inclusão Social, Saúde Mental da infância adolescente e Estratégia de Saúde da Família, preceptora PET Saúde Interprofissionalidade

Por serem cada vez mais complexas e em constantes transformações, resultado das mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e da conjuntura política que vivemos, tais demandas exigem um modelo de atenção centrado nas pessoas, suas famílias e comunidade, em que o trabalho interprofissional deve prevalecer. Para Merhy (2002), deve-se incidir no campo de ação do *trabalho vivo em ato* e na sua capacidade dos novos arranjos tecnológicos, como as tecnologias leves, para a produção de saúde.

Este é ainda um desafio tanto para as universidades, cuja formação é majoritariamente uniprofissional e centrada no modelo biomédico (Peduzzi et al., 2013), de caráter curativo e reabilitador, quanto para os profissionais de saúde que, como consequência da formação, adotam práticas em saúde centradas nessa visão biomédica, que, conforme Gesser, Nuernberg e Toneli (2012) e Barnes, Barton e Oliver (2002), reduz as explicações ao corpo. Dessa forma, este modelo acaba por afirmar uma suposta causalidade e dependência entre um corpo com impedimentos ou falhas e as desvantagens sociais vivenciadas pelas pessoas com e sem deficiência (Diniz e Santos, 2009).

A formação voltada para a interprofissionalidade pode ser uma importante resposta para esse desafio de se voltar às problemáticas sociais para construir estratégias promotoras de saúde, uma vez que o trabalho interprofissional tem se mostrado como uma forma de produzir cuidado centrado na comunidade e seus componentes, que valoriza a autonomia e o saber da população e dos outros profissionais da equipe, priorizando a articulação intersetorial e a colaboração entre os serviços de saúde (Ceccim, 2018). Trata-se de uma modalidade de formação e trabalho em saúde em que o foco está

nas necessidades de saúde de usuários e população, com a finalidade de melhorar as respostas dos serviços a essas necessidades e a qualidade da atenção à saúde. (Peduzzi, 2013, p. 982)

O que trazemos aqui, neste capítulo, é fruto de uma experiência compartilhada entre universidade e serviço de saúde, na formação e acompanhamento de um grupo de crianças e seus respectivos

cuidadores, denominado Monitoramento Infantil, desenvolvido numa Unidade Básica de Saúde (UBS), no território da Freguesia do Ó-Brasilândia. Com base nos princípios do trabalho interprofissional, o grupo foi pensado apoiado em demandas que surgem frequentemente nas reuniões de equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/AB): avaliação e atendimento de crianças cujas ausência de linguagem e presença de comportamentos diversos, não aceitos socialmente, têm sido sistematicamente tomadas como desviantes e patológicos.

Assim, o grupo foi formado por crianças de 2 a 6 anos que apresentavam hipótese diagnóstica de transtorno global do desenvolvimento, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, atraso na fala e entre outras deficiências associadas à vulnerabilidade social e vínculos familiares fragilizados. Por motivos diversos, essas famílias não tiveram acesso ao serviço de reabilitação ou saúde mental, ou ainda, estavam com vínculo em diferentes serviços.

Com periodicidade quinzenal, o grupo de crianças era conduzido por uma equipe interprofissional, composta por psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional, que organizava e conduzia brincadeiras diversas com o objetivo de aproximar as crianças de situações discursivas e lúdicas. Antes de confirmar possíveis hipóteses diagnósticas, a ideia primeira era a de se observar as crianças em situações livres e carregadas de estímulos para melhor compreender o que poderia estar contribuindo para a ausência de oralidade e presença de comportamentos diversos.

A resistência à medicalização da infância foi o ponto comum entre este trabalho e os princípios que regem o projeto PET Interprofissionalidade desenvolvido pela PUC-SP. Entendemos por medicalização (Fórum, 2015), uma racionalidade que desconsidera a complexidade própria da vida humana e a reduz a questões individuais, marcadas no corpo dos indivíduos, seja em termos orgânicos ou psíquicos, reduzindo e naturalizando, também, aspectos de ordem social, política e econômica que produzem desigualdade.

Nesse sentido, o indivíduo é tomado em uma perspectiva reducionista, isolado de seu contexto para ser culpabilizado e responsabilizado por aparentes inadequações aos padrões idealizados da sociedade (Fórum, 2015).

O efeito disso, muitas vezes, é que a presença do indivíduo [...] é antecipada por hipóteses do campo clínico que se transformam em traços estigmatizantes que, parafraseando Goffman (2004), impedem que outros atributos sejam vistos [...]. (Masini e Santos, 2020, p. 3022)

Na resistência à medicalização, trouxemos para este trabalho a proposta de se suspender os diagnósticos para que se revelassem infâncias singulares, sendo essa a tônica para o trabalho colaborativo entre docentes, estudantes da PUC-SP e profissionais do serviço.

Subsidiando os participantes desse trabalho, foram realizados encontros na UBS, na PUC-SP e reuniões em rede para a compreensão das necessidades territoriais e sensibilização sobre a proposta do PET/PUC-SP, que tem como base para o trabalho interprofissional a estratégia Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

O uso da estratégia GAM não é recente no território da FÓ-Brasilândia. Desde 2016, com a participação sistemática de docentes e pesquisadores da PUC-SP, são desenvolvidas ações com a metodologia GAM, junto a trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, instaurando uma experiência crítica à medicalização na saúde mental (Rosa et al., 2020, p. 84). Usuários dos serviços que passaram pela experiência do efeito GAM relatam que ela “não sai da gente depois que a gente aprende” (p. 85). Estabelece-se uma nova relação entre usuário e trabalhador da saúde, em que os modos de vida importam mais do que os dados nosológicos para o estabelecimento dos projetos terapêuticos singulares.

No âmbito da experiência relatada neste capítulo, isso significa dizer que a complexidade dos fatores que interferem no desenvolvimento da infância se compreende no encontro de várias vozes: profissionais da área da saúde e da educação, familiares e as próprias

crianças. Assim, embora não tenhamos trabalhado integralmente com a metodologia GAM, isto é, com todos seus passos definidos no guia proposto no Canadá e adaptado ao contexto brasileiro<sup>3</sup>, aqui nos interessa salientar alguns dos princípios que a regem, a saber: promoção da autonomia, cogestão do trabalho e a horizontalidade dos saberes. Tomamos o conceito de autonomia tal qual expresso por Tykanori (1996), para quem a autonomia é conquistada pela rede de vínculos e relações que uma pessoa estabelece. Segundo suas palavras,

somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (Tykanori, 1996, p. 57)

Também cogestão ou autogestão, como explica Onocko (2003), é entendida no exercício do coletivo e implica a derrubada do poder hierárquico estabelecido na gestão. Segundo Passos et al. (2013), a quebra do poder hierárquico pressupõe a abolição da figura do líder em favor de que o grupo possa gerir (e também gestar) suas próprias regras de funcionamento interno. E, nesse sentido, a horizontalidade de saberes se faz presente e depende do estabelecimento de uma prática dialógica e, portanto, de muita negociação de sentidos.

A sustentação desse cruzamento de vozes para a construção de saberes acerca de infâncias em risco em si já é um ato potencializador

---

3 Com início em Quebec, Canadá, desde 1993, a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação visa ao resgate da participação ativa do usuário de psicofármacos nas decisões sobre sua medicação junto aos médicos responsáveis pelo tratamento. Isso estimula não só o compartilhamento das informações necessárias sobre o uso de medicamentos como centra a discussão nos sentidos da sua utilização, partindo da afirmação de que o sujeito com adoecimento psíquico é muito mais que uma doença. Elaborado no Canadá e adaptado aqui no Brasil, faz parte dessa estratégia um Guia – Guia Pessoal da Gestão Autônoma da Medicação – que auxilia os usuários a definirem as possibilidades de ações diante do quadro singular de seu adoecimento. O guia canadense, composto por duas partes, estimula, na primeira, o usuário a pensar sobre sua própria vida, no sentido de observar vulnerabilidades e formas de superação; e, na segunda, a criar métodos, junto aos médicos, de diminuição da medicação de forma consciente e segura. No Brasil, este trabalho pode ser conhecido nos estudos de Onocko-Campos et al. (2012).

e revolucionário, lembrando que estamos falando de uma forma de produção de saúde em um território marcado por vulnerabilidades: a Brasilândia.

Situada nos limites da Freguesia do Ó, a Brasilândia é fruto do loteamento de um antigo sítio, de propriedade da família de Brasília Simões, vendido para a Empresa Brasilândia de Terrenos e Construções. Os primeiros moradores do loteamento vieram principalmente das moradias populares e cortiços existentes no centro e que foram demolidos para dar lugar às avenidas São João, Duque de Caxias, Ipiranga, durante gestão do prefeito Prestes Maia. A partir de processos migratórios de pessoas de outros estados, em busca de trabalho e melhores condições de vida, a população cresceu desordenadamente e hoje caracteriza-se por superpopulação, predominantemente de baixa renda (Santiago apud Takeiti, 2014). Brasilândia, marcada, em seu início, pela exclusão e pelo abandono, assim permanece, tendo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,769 (84º lugar entre os 96 distritos da capital) (São Paulo, 2010). Diante desse contexto, no qual as condições de vida e do território impactam os modos de ser, de se relacionar e de constituição da subjetividade, suspender os diagnósticos para dar lugar à compreensão de modos de vida marcados por diversas opressões foi o desafio a que nos propusemos com este trabalho.

O local, onde a atividade ocorreu, denominada UBS Jardim Vista Alegre, é uma das 17 UBS que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde da região da Freguesia do Ó/ Brasilândia. Trata-se de uma unidade com modelo de atendimento tradicional (Integral) e modelo Estratégia da Saúde da Família (ESF) com 6 Equipes de ESF, cuja gestão é feita em parceria com uma Organização Social de Saúde. Encontra-se em área urbana periférica e empobrecida, de alto índice de vulnerabilidade social, de ocupação crescente e com grande parcela de áreas irregulares fronteiriças à Serra da Cantareira, contendo aproximadamente 29 comunidades. Atende uma população de 80 mil pessoas, sendo aproximadamente 19 mil pessoas (5.763 famílias)

com cadastro na ESF e a estimativa de 60 mil pessoas em atendimento pela UBS Integral. Apenas 8% da população possui plano de saúde privado; a maior parte utiliza os serviços do SUS.

A região conta com pequenos comércios e algumas linhas de ônibus, porém com difícil acesso a outras regiões. Em sua área descrita estão os seguintes estabelecimentos de educação: EMEI João Ministro Bilac Pinto, EMPG João Amós Comenius, Creche Jd. Vista Alegre, telecentro e um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Um dado relevante da região a ser citado é que 25% da população convive com esgoto a céu aberto e 4% não dispõe de coleta pública de lixo.

Foi com famílias provindas dessa região que se formou o grupo de crianças para monitoramento em situações lúdicas livres. A vulnerabilidade e a violência estrutural, muito presentes na constituição familiar dos casos atendidos, influenciavam na forma como se davam as relações, demonstrada por pouca troca afetiva e/ou estímulo por parte dos cuidadores. Na visão dos profissionais envolvidos, tais relações encontravam-se fragilizadas ou pouco adequadas às necessidades das crianças assistidas, que não se adequavam aos padrões impostos na sociedade para a chamada infância normal<sup>4</sup>. Havia um estranhamento entre cuidadores e crianças (muitas vezes pais e filhos, mas também avôs e netos, irmãos mais velhos cuidadores dos mais novos, ou ainda, padrastos e enteados).

O objetivo inicial desse espaço, criado em 2018, foi o de acolher e estimular as crianças. No entanto, foi difícil mantê-las entretidas na sala, afastadas de seus cuidadores, ainda que elas soubessem que eles estavam no corredor do lado de fora, à espera do fim da atividade. Paradoxalmente ao estranhamento que se observava na relação entre eles, havia a necessidade, em ambos os lados, de se saber o que estavam fazendo: tanto as crianças quanto os adultos sentiam a

---

4 Como dito no início deste texto, crianças com ausência de linguagem e presença de comportamentos diversos que não aceitos socialmente têm sido sistematicamente tomadas como desviantes e patológicos. A discussão sobre infância “normal” e a medicalização da infância pode ser encontrada, nesta coletânea, no Capítulo 4 intitulado Produção do Olhar Medicalizante da Infância).

necessidade de se olharem, de estarem juntos, mesmo que não desenvolvessem nenhuma atividade lúdica conjunta. Assim, a porta da sala não se constituiu um impeditivo do livre circular e, durante a formação inicial do grupo, cuidadoras e cuidadores estiveram em tempo integral acompanhando suas crianças. Além de suprir a necessidade da presença física já citada, essa participação resultou em orientações e observação da relação que se estabelecia entre eles. Mais à frente detalharemos o impacto da presença de cuidadores dos dois gêneros na dinâmica do grupo formado por eles.

Mas a análise do desenvolvimento do grupo, durante as reuniões do projeto PET, nos revelou uma contradição desse fazer com o que trabalhávamos teoricamente em relação à estratégia GAM, que visa desconstruir o modo de se produzir saúde fragmentado e medicalizante, com base na promoção de autonomia e da horizontalidade nas relações. A prática de orientações nem sempre rompe com a hierarquia dos interlocutores integrantes dessa situação discursiva. São profissionais da saúde, com suas expertises e saberes, orientando familiares de como lidar melhor com as crianças, sem que a horizontalidade estivesse, de fato, presente nas relações. Era preciso que se rompesse com esse modelo, muitas vezes calcado num olhar medicalizante, para que algo novo emergisse.

O trabalho com a estratégia GAM é tradicionalmente mais desenvolvido com adultos, profissionais e usuários de serviços ligados à Saúde Mental, uma vez que, originalmente, foi desenvolvido para enfrentar o uso excessivo e pouco crítico dos medicamentos psiquiátricos no Canadá, como dito acima. Buscava-se, com isso, diminuir ou mesmo eliminar o uso de psicotrópicos, apostando no maior protagonismo dos usuários de saúde mental em relação aos seus projetos terapêuticos (Chaves e Caliman, 2017). Trazida para o Brasil, em 2010, pela cooperação entre pesquisadores de universidades do Rio de Janeiro, Campinas, Rio Grande do Sul e Montreal, a experiência também se iniciou e se dá, majoritariamente, com o público adulto. Foi Caliman com sua experiência em um CAPSi de Vitória, em 2013, que iniciou a utilização da estratégia em cenários infanto-juvenis na

relação saúde mental e educação (Chaves e Caliman, 2017). Nesse trabalho, o olhar e cuidados estavam voltados para familiares, crianças e adolescentes usuários de medicamentos psicotrópicos. No caso infantil, os medicamentos são aqueles cujo composto ativo é o metilfenidato, droga amplamente usada para tratar os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, diagnóstico frequentemente dado a estudantes que tenham dificuldades de aprendizagem. A experiência do grupo GAM descrita por Chaves e Caliman (2017) passou pelas questões escolares. Nesse sentido, foi importante, segundo os autores, criarem estratégias de cuidado que pudessem acessar a rede de relações das quais as demandas escolares emergissem para, a partir delas e com elas, inventar novas possibilidades na saúde e na educação.

O grupo de monitoramento infantil da UBS Jardim Vista Alegre não abrange necessariamente essa mesma problemática. Com crianças entre 2 e 6 anos, estávamos diante de questões ainda da primeira infância, dos primeiros laços sociais, e, se relacionados à escola, diante das questões da Educação Infantil. Ainda que, em alguns casos, houvesse prescrição de medicamentos, a tônica para a discussão era a de desvelar o olhar medicalizante para modos singulares de crescer e ser no mundo. Era preciso nomear, com aspectos concernentes à vida das próprias crianças e famílias, todo aquele estranhamento em relação ao desenvolvimento infantil, que uma leitura mais rápida insistia em enquadrar em alguma patologia.

Assim, entendemos que, como as crianças estavam tendo seu espaço para brincarem, conversarem do modo como lhes era possível, explorarem novas possibilidades de ser e agir, os cuidadores também deveriam ter seu espaço para falarem de si, seus temores, dúvidas, certezas e acertos.

Foi configurado, então, um grupo composto pelos cuidadores, profissionais do serviço, docentes e estudantes da PUC-SP, pertencentes ao projeto PET-Interprofissionalidade. Enquanto as crianças estivessem na sala com a equipe de profissionais, os cuidadores

estariam em uma roda de conversa, na sala de espera mesmo, de modo que cuidadores e crianças ficassem tranquilos em relação a já conhecida proximidade desejada e sempre conferida.

Acreditamos que formar um grupo de cuidadores na própria sala de espera se revelou uma forma de mostrar compreensão e acolhimento a um modo de serem sem julgamentos, que contribuiu para a própria formação do grupo, com o princípio na horizontalidade dos saberes. Foi visível a tranquilidade que essa configuração trouxe para os dois grupos: tanto as crianças quanto os adultos sabiam que estariam ali próximos para qualquer eventualidade, mas estavam cada qual em atividades próprias, podendo assim também olharem para si e não só para o outro.

Foi curioso observar a mudança de postura de um dos pares mãe-filho presentes neste grupo infantil. Havia uma criança que saía muitas vezes da sala em disparada para a porta da UBS em direção à rua. Enquanto ainda não tínhamos o grupo de cuidadores, a mãe estava sempre na frente da porta da sala, em alerta, para o caso de ter de correr atrás dele. Quando iniciamos o grupo, seu posicionamento foi o mais próximo do corredor para o caso de ter de sair correndo, como aconteceu ainda repetidas vezes. Mas, deixou de ser uma situação constrangedora; o não saber angustiada a respeito daquela atitude do filho deu lugar a uma característica infantil que seu filho tinha naquele momento. Para o grupo, ele passou a ser “a promessa brasileira da São Silvestre”, “o maratonista campeão”, o “The Flash”, entre tantas outras personagens que uma criança pode assumir sem o peso de sua atitude ser vinculada a uma patologia. Isso parece pouco, mas não é. A mudança de olhar para o outro promove mudanças de postura, de expectativas, de atitudes que refletem em seus comportamentos e, não raras as vezes, os sintomas “patológicos” desaparecem.

Foram cinco encontros do grupo de cuidadores, em 2019, e mais dois em 2020, antes da suspensão dos trabalhos presenciais por conta da pandemia. Por volta do terceiro encontro, já vivenciávamos os grupos com cuidadores e crianças separados, sem a necessidade

constante da proximidade dos corpos. As crianças permaneciam dentro da sala com a porta fechada, desenvolvendo suas atividades, enquanto os cuidadores tinham a oportunidade de falar de si e ouvir o outro.

Os cuidadores, como anunciamos acima, eram, em sua maioria, mulheres jovens, que se dedicavam aos cuidados da casa e do(s) filho(s); algumas relatavam que, além disso, realizavam trabalho autônomo para complementação de renda. Mas o grupo era formado também por homens: pais que cuidavam dos filhos sozinhos, avô que se responsabilizava pelo cuidado do neto e, ainda, irmão mais velho, que acompanhava a caçula porque o pai não podia levá-la no horário. O contraste com a ideia de que apenas a mulher assume a tarefa do cuidado com as crianças gerou frutíferas conversas.

Embora não tenhamos usado o Guia GAM, como dito anteriormente, mantivemos sua lógica de apresentação dos componentes do grupo. Para cada apresentação que acontecia quase que invariavelmente: “*Sou a mãe de X quem está no grupo de monitoramento porque não fala*”, buscávamos saber quem era essa pessoa que ali estava na função de mãe, pai, avô, irmão... Assim, no lugar de cuidadores surgiram Ana, Pedro, Maria, José...<sup>5</sup>

Para que garantíssemos a horizontalidade das relações ali desenvolvidas foi fundamental que a ferramenta utilizada fosse comum a todos. Nada de explicações teóricas sobre patologias, nada de orientações que não fossem sensíveis culturalmente ao território em que nos encontrávamos. Assim, o diálogo alicerçado nas narrativas foi fundamental para que todos se sentissem pertencentes àquele espaço e potentes para intervir nas histórias de vida ali reveladas. Desse modo, os profissionais do serviço, docentes e estudantes da PUC apresentaram-se por seus nomes e histórias.

E foram histórias de vida e relações permeadas por violência psicológica, física e até institucional; drogadição; dificuldades socioeconômicas; dificuldades conjugais, apontando sobrecarga e conflitos

---

5 Nomes fictícios para preservação da identidade dos participantes do grupo.

relacionados às opressões que vivem no cotidiano. De modo recorrente, as mulheres relatavam viver essa opressão, revelando que se sentiam culpadas e responsabilizadas pela família e sociedade pelo filho considerado desviante dos padrões de normalidade. Embora os homens também relatassem um sentimento de desaprovação social pelo fato de terem um “filho com problemas”, foi visível observar que a carga sobre a mulher ainda é maior, estando ou não presente. O peso do julgamento social, no caso dos homens cuidadores, recai sobre as mulheres que abandonam o lar e o(s) filho(s). Enquanto no discurso das mulheres abandonadas a tônica é sobre o olhar da família, da sociedade e do que ela faz para cuidar das crianças sem nem, muitas vezes, mencionar a ausência do pai, no discurso dos homens, a mulher ausente é figura sempre presente.

Os encontros, em formato de roda de conversa, em que todos os participantes se mostravam como pessoas a partir de aspectos de suas histórias de vida, foram potentes para abordar temas densos como estigmas sociais diante do diagnóstico de patologias, abandono, traição, alienação parental, rede de apoio e vínculos fragilizados. A possibilidade de falar, segundo seus próprios valores e cultura, sem se sentir julgado por isso, e também a possibilidade de escutar o outro, de um lugar extrapositionado, proporcionou um entendimento das situações particulares não antes experimentado, segundo alguns participantes do grupo.

Vale exemplificar com a seguinte situação vivida, num dos encontros, em que só mulheres estavam presentes. A conversa começou com uma delas dizendo que teve uma reunião com a advogada para homologar o divórcio e a guarda dos filhos. E que tinha sido muito difícil porque ela não aceitava o regime de visitas das crianças ao pai, porque ela não queria que seus filhos convivessem com a nova mulher do ex-marido. E seguiu-se a isso uma série de exemplos de situações em que ela não permitiu que as crianças falassem com o pai, sobretudo aquele que fazia parte do grupo de monitoramento infantil. A certa altura do seu discurso, ela mesma questionou: “*será que por uma questão minha não estou prejudicando meu filho?*” Pudemos, então,

entrar no tema da alienação parental, já que ela havia mencionado o termo dito pela advogada no encontro que tiveram, e o quanto isso pode intervir na saúde física e mental das crianças. Alienação parental é um tema de difícil compreensão e percepção pelos envolvidos, pois se dá no interior das relações em que é produzido. No contexto nacional, a Alienação Parental é definida como crime e, a despeito de debates no campo acadêmico, a Lei n. 12.318/2010 define como

Considera-se ato de alienação parental a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou pelos que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância para que repudie genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este. (Brasil, 2010, s/n.)

Obviamente o tema não foi tratado com caráter legalista ou acadêmico, trazemos a lei neste texto apenas para dar o contorno ao conceito. O grupo todo teve o cuidado de entender e problematizar os efeitos da alienação parental, partindo das histórias e das relações de cada um, nos diferentes pontos de vistas propiciados pela horizontalidade dos integrantes.

Nessa mesma conversa, uma segunda participante do grupo perguntou à participante acima referida se ela conhecia a atual mulher de seu ex-marido e a resposta foi *“não, mas mesmo sem conhecê-la, não gosto dela, não pode ser boa coisa”*. Esta segunda participante disse, então, que perguntava por que ela estava na posição de atual mulher do ex-marido de alguém e, nesta condição, sentia a pressão social de ser *“a outra”* com todos estigmas que esse papel carrega socialmente. Disse, ainda, que sempre quis se aproximar dos filhos do atual marido e acolhê-los do mesmo modo como acolhe o deles dois, mas que nunca pode porque a ex-mulher não permitia, mesmo não tendo nunca conversado com ela para saber quem, de fato, era ela. E fez a colega do grupo pensar ao dizer: *“A gente não conversa bem aqui? Você não se dá bem comigo? Por que a mulher do seu ex-marido não pode ser igual a mim? Que culpa a gente tem se o amor do casal acabou?”*.

Foi a deixa para conversarmos sobre relação conjugal e relação parental, o que acaba e o que continua e os desdobramentos disso para, novamente, a saúde física e mental dos filhos.

O que já parecia suficiente para boas horas de conversa e reflexão ficou mais complexo quando a terceira mulher do grupo pediu para falar. Ela contou para ambas, mas se dirigindo principalmente à primeira, que também fora traída e que, diferentemente da primeira colega do grupo, conhecia a mulher: era sua amiga. Disse ter ficado em choque com o fato, mas procurou entender a parte que cabia a cada um nessa história, inclusive a dela própria. Entendeu que o amor entre eles havia acabado e não só aceitou a nova relação como se permitiu ser feliz também. Casou-se com outro, com quem teve mais um filho, e todos se relacionam muito bem, em nome da família que formaram. E terminou perguntando à primeira: “você se permite continuar vivendo sua vida e ser feliz?”, o que nos permitiu conversarmos sobre possibilidades de elaboração de lutos e sofrimentos para que a vida pudesse fluir de novo. Tema pertinente inclusive em relação aos fatores que levavam aquelas mulheres a buscar atendimento para seus filhos.

Três facetas de um mesmo drama de origem cultural, social e econômica que, em última instância, refletiam nas hipóteses diagnósticas de seus filhos. Três mulheres em três posições diferentes que, ao se escutarem umas às outras, puderam de seus lugares de origem ampliar o olhar para aquilo que cada uma não conseguia ver em sua própria história.

Como exemplo, a primeira mulher, quando iniciou a conversa, já mexida pelo encontro que havia tido com a advogada, passou a questionar se o fato de seu filho chorar muito e não se mostrar com mais vitalidade não estaria relacionado à proibição que ela lhe impunha de não ver o pai, mesmo ele demonstrando esse desejo com constância. A labilidade emocional e a apatia da criança, observadas no ambiente escolar e também em casa, entre outros aspectos que levavam à busca de um diagnóstico, possivelmente estavam relacionadas à privação que a criança vivia e isso não podia ser desconsiderado no estabelecimento do diagnóstico e das condutas terapêuticas.

O mesmo movimento já havia sido pontuado num encontro em que um pai relatou que também proibia seus filhos de verem a mãe porque ela deixou os filhos com ele.

Untoiglich (2019) nos diz que um diagnóstico na infância deve servir para que compreendamos o estado da criança em um determinado momento de sua vida e não destacado de sua história e posto como marca definitiva em sua vida. Conrad e Schneider (1992) também apontam para os riscos de medicalização da infância quando adultos a avaliam sem levar em consideração o que pensam sobre si e suas vidas. Ainda incorremos no erro de não considerar que crianças possam apresentar sintomas físicos ou psíquicos por viverem intensos sofrimentos em suas dinâmicas de vida. A via mais recorrente tem sido a de enquadrá-la em uma patologia.

A roda de conversa com os cuidadores trouxe, para todos, essa possibilidade de inserir as crianças nas dinâmicas familiares, revelando o que Angerami (2011, p. 6) nos alertam: “a criança também sofre, tanto em níveis orgânicos como emocionais, em decorrência de sua condição humana”.

Como já dito, foram sete encontros, somente interrompidos pela pandemia, que, também por conta dos efeitos da desigualdade social, impossibilitou a continuidade deste trabalho. Infelizmente não pudemos observar com mais regularidade e profundidade os efeitos da dinâmica dos encontros, mas eles foram suficientes para que o grupo pudesse se vincular ao ponto do pai de uma criança ir, num dos últimos presenciais, mesmo sem ter levado seu filho naquele dia por estar doente, porque, segundo ele, “*não queria perder a conversa que era sempre muito produtiva*”. Foram diálogos em que emergiram angústia e sofrimento diante do cuidado com os filhos e do autocuidado fragilizado dos cuidadores; estigma diante de um diagnóstico ou da possibilidade de uma doença; autocobrança e cobrança social; mas também estratégias para lidar com essas adversidades e um espaço de reflexão coletivo sobre os sentimentos aflorados, as falas opressoras e as atitudes do senso comum. Esse espaço de autocuidado e apoio

afetivo, de construção coletiva de elaboração de conflitos, também foi a oportunidade para a aproximação e estreitamento de vínculo entre os profissionais de saúde e da universidade.

## Considerações finais

Chaves e Caliman (2017) falam do quanto a dificuldade de acesso ao cuidado na rede pública de saúde, saúde mental e educação produzem uma forma de cuidar na qual cada vez mais se cuida só. A forma como a equipe de profissionais envolvida no Grupo Monitoramento Infantil lidou com as crianças e seus cuidadores, assegurando espaços coletivos de interlocução horizontal, apontou para a construção de uma rede de apoio no sentido de promover a autonomia, tal como preconizam os princípios da estratégia GAM. Entendemos que a dinâmica de roda de conversa, em um grupo constituído e horizontal, propiciou reflexões e ressignificação das histórias de cada um.

O Grupo Monitoramento Infantil se mostrou como um momento fundamental de suspensão de raciocínios que levassem a um quadro nosológico definitivo para dar lugar a uma maior reflexão do impacto de um diagnóstico na vida de crianças, em situação de vulnerabilidade social.

Consideramos imperioso que espaços como este sejam reproduzidos e se tornem uma ferramenta de transformação dos efeitos nefastos de um olhar medicalizante para a infância, permitindo que a reflexão sobre a desigualdade social e opressões que dela decorrem seja ponto de partida para a análise de qualquer estratégia promotora de saúde.

Por fim, importante ressaltar que a experiência do PET Saúde Interprofissionalidade proporcionou vivências em campo e reflexões conceituais que convidam os estudantes a se deslocarem de seus saberes específicos, integrarem conhecimentos de outras áreas e reconhecerem a sabedoria da própria população atendida de modo que a análise das situações levadas aos serviços de saúde como “sintomas”

sejam objeto de cuidado integral. E, assim, exercerem processos de cuidado que proporcionem a afirmação da vida em sua diversidade e potência, o desenvolvimento de estratégias que respeitem particularidades de pessoas, populações, territórios e singularidades dos sujeitos. E, a longo prazo, fortaleçam direitos de exercício de autonomia e participação social autopositada, apesar de possíveis limitações e/ou diferenças.

## Referências

- ANGERAMI, V. A. (2011). *O atendimento infantil na lógica fenomenológico-existencial*. 2. ed. São Paulo, Cengage Learning.
- BARNES, Colin, BARTON, Len, e OLIVER, Mike (2002). *Disability studies today*. Cambridge, Polity Press.
- BRASIL (2010). Lei n. 12.318, de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2010/Lei/L12318.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Lei/L12318.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- CECCIM, Ricardo Burg (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 22, supl. 2, pp. 1739-1749. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mar. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
- CHAVES F. A. M., e CALIMAN L. V. (2017). Entre saúde mental e a escola: Gestão Autônoma da Medicação. *Rev. Polis e Psique*, v. 7, n. 3, pp. 136-160.
- CONRAD, Peter. e SCHNEIDER W. J. (1992). "Medicine as an Institution of Social Control: Consequences For Society". In: NANCY, J. Herman (org.). *Deviance: A Symbolic Interactionist Approach*, Philadelphia: Temple University Press. p. 250.
- DINIZ, Debora, BARBOSA, Livia, SANTOS, Wederson Rufino dos. (2009). Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur, Rev. int. direitos humanos*, São Paulo, v. 6, n. 11, pp. 64-77, dec. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-64452009000200004-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000200004-&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mar. 2021.

- FÓRUM Sobre Medicalização. (2015). Carta do IV Seminário Internacional A Educação Medicalizada: Desver o Mundo, Perturbar os Sentidos. In: Seminário Internacional A Educação Medicalizada: Desver O Mundo, Perturbar Os Sentidos, 4, Salvador. *Anais...* Salvador, BA., Disponível em: <<http://anais.medicalizacao.org.br/index.php/educacaomedicalizada/article/view/4>>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- GESSER, M., NUERNBERG, A. H., e TONELLI, M. J. F. (2012). A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 3, pp. 557-566. DOI: doi: 10.1590/S0102-718220120003000.
- MASINI, M. L. H., e SANTOS, J. G. R. (2020). Fonoaudiologia na escola: a abordagem dialógica como estratégia desmedicalizante. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. Araraquara, v. 15, n. esp. 5, pp. 3020-3037, dez. e-I SSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp5.14572>.
- MERHY, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec.
- NERI, Marcelo, e SOARES, Wagner. (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, supl. pp. S77-S87. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- ONOCKO, R. (2003). "A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas". In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec. pp. 122-149.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. O., et al. (2012). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, n. 16, pp. 967-980. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- PASSOS, E., et al. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*. Canoas, n. 41, ago.
- PEDUZZI, Marina et al. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo, v. 47, n. 4, pp. 977-983, aug. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mar. 2021.

- ROSA, E. Z. et al. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis Psique*. Porto Alegre, v. 10, n. 2, mai./ago. DOI: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.103447>.
- SÃO PAULO. (2010). Prefeitura Municipal. Freguesia/Brasilândia. *Dados demográficos*. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/dados\\_demograficos/index.php?p=12758](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758)>. Acesso em: 2 out. 2017.
- SÃO PAULO. (2015). Prefeitura Municipal. Freguesia/Brasilândia. *Histórico*. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/freguesia\\_brasilandia/historico/index.php?p=142](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/freguesia_brasilandia/historico/index.php?p=142)>. Acesso em: 2 out. 2017.
- SÃO PAULO. (2017). Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região/Zona Município de São Paulo. dez. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid\\_Munic\\_Saude\\_Zona.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Zona.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- TAKEITI, Beatriz Akemi (2014). *Juventudes, subjetivação e violências: inventando modos de existência no contemporâneo*. 263 f. Tese de Doutorado em Psicologia. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
- TYKANORI, R. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, Editora Hucitec. pp. 55-59.
- UNTOIGLICH, G. (2019). *En la infancia los diagnósticos se escriben a lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Centro de Publicaciones Educativas Y Material Didáctico.



# Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: não há soluções mágicas ou conto de fadas no mundo real

Deborah Sereno<sup>1</sup>

Helen Isabel de Freitas<sup>2</sup>

Isabele Martins de Assis<sup>3</sup>

Raphaela Medeiros Costa<sup>4</sup>

Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico passam pelo CAPS-IJ diariamente em atividades que vão do acolhimento ao desenvolvimento de grupos, sendo eles de convivência, terapêuticos, familiares, passando por atendimentos individuais, domiciliares e compartilhados com a rede de serviços do território. O capítulo tem por objetivo discutir a dinâmica do CAPS-IJ e suas estratégias, construídas no exercício interprofissional, para encontrar saídas que amenizem graves sofrimentos de crianças e adolescentes. A análise da dinâmica, com base no olhar e nas ações conjuntas do PET Interprofissionalidade, mostra o itinerário percorrido pelas

---

1 Professora doutora do Departamento de Psicologia Social da FACHS/PUC-SP. Mestre em Psicologia Clínica pela USP. Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP. Tutora do Pet-Interprofissionalidade.

2 Preceptora; Terapeuta Ocupacional; Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil FÓ-Brasilândia

3 Estudante; Serviço Social; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

4 Estudante; Psicologia; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

famílias dos usuários, na busca por resolubilidade para os problemas que as afligem, e o quanto isso nos diz sobre o sentimento de pertencimento de usuários e suas famílias não só aos serviços de saúde como à sociedade, sobre a prática do cuidado integral e o imperativo da construção de redes intra e intersetorialmente.

## Introdução

Quem conta um conto? Por meio de quem o conto chega até nós? Contos têm autores? Essas são questões que irão nortear o olhar que vamos dispensar ao trabalho desenvolvido no CAPS-IJ “da Brasa” (Freguesia do Ó/Brasilândia) pelo PET Saúde Interprofissionalidade para tentar entender quem chega ao CAPS-IJ, por meio de qual história e como ela é passada de boca em boca para que o CAPS-IJ se torne um serviço de saúde mental que acolhe a população do território.

Um dos principais ingredientes de uma receita de conto de fadas é a magia, não se sabe muito bem como nem por que, mas as coisas aconteceram e acontecem de forma mágica nesses tipos de histórias. Talvez a grande magia que paira sobre o serviço passe bem longe das inexplicáveis mágicas. Sem dúvida, algo acontece dentro das paredes verdes e portões destrancados na casa da Rua Manuel Madruga, 129, na Freguesia do Ó.

O que há nessas linhas pelas quais o serviço vai ajudando a escrever a história dessas crianças, que brilham aos olhos dos que veem as transformações (ou os processos) como mágica? Onde está o passe de mágica nessa compreensão acerca da infância que torna o cuidado qualificado e inigualável? Que condições de possibilidade são necessárias para que esse passe de mágica se dê?

## A Rede de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (smca) e o PET interprofissionalidade

Não há passe de mágica! Para que algo em nível de inclusão, participação, pertencimento social e comunitário opere na vida

dessas crianças e adolescentes tão diferentes, a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial sempre indicou a rede como ponto comum, seja no início da Reforma, com a relação hierarquizada e o sistema de referência e contrarreferência, e depois com a concepção de rede horizontal, desde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), implicando corresponsabilização no cuidado de projetos comuns.

Em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, a RAPS busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. O atendimento é de portas abertas (não é necessário encaminhamento para ser recebido e avaliado pela equipe), visando acesso e qualidade, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, além de desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

O CAPS Infante Juvenil é um dispositivo dedicado ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes que apresentam intenso sofrimento psíquico. Assim como outros dispositivos da RAPS – rede integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) – o CAPS-IJ é um serviço de base territorial, articulado com a rede formal e informal de apoio à população atendida e tem como premissa o cuidado em liberdade (Portaria n. 3.088, 2011).

A construção de redes ampliadas de atenção à SMCA, com garantia de acesso e cuidado qualificado nos territórios, é um dos principais desafios para consolidação da política de SMCA no país.

Concordamos com Couto e Delgado (2016) e Teixeira, Couto e Delgado (2017), que defendem a posição do CAPS-IJ como *motor de rede, organizador da demanda em SMCA nos territórios, presença viva*, esta última referida à responsabilidade do CAPS-IJ de agenciar

a organização da demanda em SMCA nos territórios como *ponto de partida* para construção de redes ampliadas intra e intersertoriais. Este ponto de partida diz do protagonismo do CAPS-IJ no processo, da “tomada de responsabilidade pelo projeto psicossocial” (Couto e Delgado, 2016, p. 182), imprescindível para a construção de rede.

Pensar essa “tomada de responsabilidade como princípio ético, e a lógica da rede, o modo de sua aplicação” (Couto e Delgado, 2016, p. 182). Convocar e fazer valer a necessidade da rede psicossocial. Posteriormente, este ponto de ancoragem será mais um dentre os componentes da rede, numa relação de corresponsabilização, compartilhamento de conhecimentos e colaboração intersetorial “como marcas do processo, próprias à operação em rede” (Couto e Delgado, 2016, p. 182).

Como afirmam os autores (Couto e Delgado, 2016), os problemas da SMCA foram naturalizados social e historicamente como questões educacionais ou de justiça, sendo que, até o final do século XX, as instituições de assistência se guiavam por esses discursos com práticas pedagógicas ou corretivas como forma de cuidado.

Nesse sentido, afirmar a potência de redes ampliadas na SMCA e o CAPS-IJ como presença viva significaria “fazer valer a criança como passível de sofrimento mental, de idiossincrasias” (p. 183) e afirmar os “efeitos inclusivos que poderão advir do cuidado pautado no reconhecimento da criança ou adolescente como sujeito pleno” (Couto e Delgado, 2016, p. 183). Isto possibilitaria

experiências de pertencimento social a uma legião de meninos e meninas que portam uma radical forma de estar no mundo e abalam os ideais da figura sem sofrimento ou dor existir que marcam ainda a imagem social da criança. (Couto e Delgado, 2016, p. 179)

A presença viva no território exercida pelo CAPS-IJ dependerá de sua efetiva articulação com a Atenção Básica Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF).

No modelo colaborativo, o serviço de saúde mental, em estreita parceria com a AB, é integrado ao processo de cuidado dos casos e situações, e pode incrementar a efetividade geral do sistema de atenção em um território delimitado. Uma articulação intrasetorial potente, entre CAPS-IJ e AB, pode constituir-se como a base de sustentação para o desenvolvimento da colaboração, compartilhamento e corresponsabilização entre diferentes setores de assistência à infância e adolescência, permitindo a instauração de novos modos de cuidar que ultrapassem a fragmentação e a dispersão. (Teixeira, Couto e Delgado, 2017, p. 1940)

## O PET saúde interprofissionalidade no campo da infância

O grupo que constitui o PET Interprofissionalidade PUC-SP se subdividiu em dois, o grupo de trabalho 2 (G2) “Saúde Mental e a Reabilitação na Infância e na Adolescência”, ao qual vamos nos deter, contou com a participação de preceptores de quatro serviços de saúde da FÓ-Brasilândia – CAPS-IJ (terapeuta ocupacional), Centro Especializado em Reabilitação (CER) (fonoaudióloga) e duas UBS (uma fisioterapeuta e uma nutricionista ligadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs no primeiro ano PET e depois, uma psicóloga e um psicólogo também ligados ao NASFs<sup>5</sup> no segundo ano), estudantes dos cursos de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e docentes tutoras do PET, professoras dos cursos de Fonoaudiologia e Psicologia.

O G2 tinha como objetivos a qualificação do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, apostando na estratégia GAM para o enfrentamento dos processos de medicalização de vida.

---

5 No 1º ano do PET (2019): NASF Penteado (UBS Vista Alegre) e NASF Guarani (UBS Icarai); No 2º ano, por mudança de preceptores: NASF Penteado- UBS Vista Alegre (VA) (uma psicóloga) e NASF Guarani, UBS Guarani (1 psicólogo). Ainda é importante destacar no segundo semestre de 2020 a efetivação do desmonte do NASF (ver Nota Técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS), o que implicou outra mudança do projeto PET, uma vez que os profissionais passaram a compor equipes multidisciplinares vinculadas às linhas de cuidado das UBS e não mais numa perspectiva territorial e comunitária.

Necessariamente, teríamos de passar pela composição da rede no território, pois com base nas discussões em grupos tutoriais concluímos que as crianças, por vezes, frequentavam ou já haviam passado por, pelo menos, dois dos três equipamentos de saúde apontados no parágrafo anterior. E, ainda, compreendemos que integrar os cuidados seria fundamental tanto para qualificação da demanda quanto para a elaboração de projetos terapêuticos, além facilitar o acesso e otimizar recursos

De fato, isso já se explicita na primeira reunião do G2, conforme registro abaixo retirado do primeiro relatório:

Neste 1º encontro, a atenção esteve voltada para a apresentação das questões que envolvem os atendimentos de crianças com diferentes demandas (atraso no desenvolvimento, TEA, TGD) nos diferentes serviços. Profissionais desses serviços falaram de suas preocupações em entender qual o lugar e função do serviço no território e as diferenças entre o acompanhamento de crianças com TEA no SUS e na saúde suplementar. Como são oferecidos os serviços de Fono, Fisio e TO? Foram muitas as perguntas levantadas:

Como o paciente chega nos serviços? Encaminhamento da escola, da própria família, da pesquisa no google? Qual a efetividade do trabalho dependendo do lugar de entrada? O que é prioridade em cada um dos serviços? No CER, por exemplo, TEA não é prioridade e, muitas vezes, a mãe chega nesse serviço para ter atendimento para seu filho que já traz esse diagnóstico, ainda que difuso. Já no CAPS-IJ, pelo intenso fluxo de usuários<sup>6</sup>, há dificuldades em absorver crianças pequenas com atraso no desenvolvimento. Como abarcar todas as questões que chegam para a área da saúde?

6 O CAPS-IJ da Brasa é o único CAPS infantojuvenil no território da Freguesia do ó e Brasilândia, que juntas somam aproximadamente 500 mil habitantes, o que indica a densidade de demandas com as quais o CAPS-IJ deve lidar.

Por esta conversa inicial, ficou bastante evidente que algumas questões necessitam de aprofundamento. Uma delas, o mapeamento do que se entende conceitualmente por TEA e TGD. [...] Outra questão de igual importância é o funcionamento e fluxo dos serviços de modo a se compreender como se dá a integralidade e a interprofissionalidade na Infância e na Adolescência.

Já aqui, nesse primeiro encontro, estão colocadas todas as questões que atravessaremos no G2, nas reuniões tutoriais do PET: a visibilidade dos serviços, especificidades e funções, diferenças no acolhimento institucional, o fluxo entre a rede e o problema dos diagnósticos.

No primeiro ano do projeto, foi feito um estudo de campo, no qual as petianas puderam conhecer e participar de algumas das estratégias desenvolvidas nos serviços. Inicialmente, circularam para conhecer os serviços do território envolvidos no projeto e fizeram uma espécie de observação participante em atividades de assistência, como acolhimentos, grupos, consultas, atendimentos individuais e familiares, monitoramento infantil, avaliações multiprofissionais, reuniões de equipe e articulação de rede, como reuniões com educação, assistência e outros dispositivos da saúde.

## Conhecendo a rede

Com relação ao CAPS-IJ, inicialmente foi importante compreender essa modalidade de serviço, sua forma de organização tanto no que se refere à inserção na RAPS, quanto em relação às articulações com a rede de serviços do território, e ainda como as práticas de cuidado são elaboradas e desenvolvidas. As petianas se dividiram para conhecer o serviço e participar de diferentes atividades clínico-institucionais. Dentre essas, destacamos as Convivências – dispositivo clínico grupal interdisciplinar organizado em diferentes dias da semana e de acordo com a faixa etária.

Assim, podemos citar, como exemplos de experiências vividas pelas estudantes os seguintes grupos: às terças-feiras pela manhã,

coordenado por profissionais de serviço social, psicologia, técnico de enfermagem e fonoaudiologia, atendendo crianças de 0 a 6 anos, independente do diagnóstico. Às quintas-feiras, com crianças de 6 a 9 anos, coordenado por profissionais de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem), oficinairo, terapeuta ocupacional e médico. Concomitantemente a essa estratégia da Convivência, acontecem grupos de familiares.

Houve também acompanhamento de grupo de estimulação de crianças de 0 a 6 anos com atraso no desenvolvimento – muitos com hipótese diagnóstica de Transtorno do Espectro Autista (TEA), coordenado por Psicóloga, Técnico de Enfermagem, e Assistente Social. E também em grupos denominados “grupos de medicação”, que têm por objetivo discutir questões sobre o uso de medicações, temas relativos à medicalização da vida<sup>7</sup>, trocas de experiências e saberes entre os participantes, além da atualização das receitas de cada um dos usuários participantes após uma breve conversa individual ao final. Um dos grupos é coordenado por médico, fonoaudióloga e farmacêutica, no qual a participação dos usuários é variada, já o outro por um médico, duas psicólogas e uma enfermeira.

Já em outros pontos da rede as estudantes puderam conhecer, na UBS Jd. Vista Alegre, diferentes atividades junto ao NASF, porém seguiram acompanhando o Grupo de Monitoramento Infantil, com crianças de até dois anos, coordenado por psicóloga, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional. Este grupo, quinzenal, atende a crianças com alterações de comportamento junto a seus pais e tem por objetivo o acolhimento de crianças com atraso no desenvolvimento, além disso, visa à estimulação por meio de atividades lúdicas junto às mães (em geral são as mulheres que seguem no cuidado dos filhos) e responsáveis, implicando a família no cuidado e reforçando suas possibilidades de estimulação. No CER, as petianas focaram as ações junto às Avaliações Multiprofissionais compostas por diferentes profissionais do CER e com a participação de profissionais da UBS, dentre

---

7 Ver Capítulo “Produção do olhar medicalizante da infância” nesta coletânea.

eles, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, médicos (ortopedista e neurologista), agentes comunitários da saúde da estratégia saúde da família; enfermeira; e quatro petianas que se revezam nas atividades. Nessas avaliações, busca-se compreender os fatores que contribuem para o quadro do usuário. A participação do PET deu-se no sentido de compreender e contribuir para a construção de caminhos para um olhar interprofissional e não medicalizante na avaliação, sobretudo, de usuários que se encontram na primeira infância.

Com base nessas experimentações, as discussões e elaborações das atividades de continuidade do trabalho do G2 seguiram com enfoque nos casos de saúde mental de crianças de 0 a 6 anos.

Vemos a interprofissionalidade como espinha dorsal das atividades oferecidas pela rede de saúde mental, ou seja, a interprofissionalidade está na base, na sustentação de dispositivos ofertados pelos serviços de saúde para o cuidado dessas crianças e famílias. No entanto, profissionais de diferentes núcleos de atuação, trabalhando em um mesmo ambiente, não garantem em si o olhar ampliado para o contexto de vida dessas crianças e adolescentes. Vale dizer, o que garante o olhar ampliado é o trabalho interdisciplinar, em equipe, o compartilhamento das experiências, dos sonhos, implicação e engajamento dos profissionais para sustentação de uma presença viva institucional de modo a ativar projetos de vida para essas famílias na comunidade.

### *Sobre o acolhimento*

No CAPS-IJ, a ficha de acolhimento é composta por itens amplos. Há espaço para o genograma, para se conhecer um pouco da família, e outros aspectos ligados à história da criança, como gestação e parto, nascimento e rede da criança. A avaliação é feita por uma dupla de profissionais que vai decidir como se dará a continuidade do processo de avaliação, se há necessidades de mais encontros individuais para uma melhor compreensão dos casos, ou se com base nesse primeiro encontro já é possível fazer o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e seguir o acompanhamento interdisciplinar.

Muitas crianças já chegam com diagnóstico fechado ou com hipótese diagnóstica de TEA. E aí há uma questão a ser analisada: de onde vem esse primeiro diagnóstico? No CAPS-IJ, a demanda não é encaminhada pela central de regulação de vagas, ela vem de todos os cantos do território, espontaneamente – por percepção da família de que algo não está caminhando conforme o esperado no processo de desenvolvimento da criança – ou por indicação de escolas ou outros serviços da saúde, assistência social, educação, justiça. Nesse sentido, eles podem chegar sem o diagnóstico fechado (no SUS é utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 – para classificar os usuários dos serviços). Isso não significa que escapem de uma classificação nosológica de antemão – CID inicial – pois para serem cadastrados no sistema do CAPS-IJ é preciso um código da CID válido para esse tipo de serviço. Uma vez que é uma postura do serviço não fixar diagnósticos precocemente, em muitos casos, é utilizado o Código F99, que corresponde ao transtorno mental não especificado com início na infância e adolescência, demonstrando um cuidado inicial de não rotulação da criança num diagnóstico. Mas, daqui também decorre um problema que é a dificuldade de se rever sistematicamente essa informação diagnóstica, podendo encerrar as fragilidades da criança numa patologia e todas as consequências subjetivas que dela decorrem. Essa dificuldade de revisão diagnóstica também está relacionada à alta demanda do serviço.

Como já foi dito, a efetivação das políticas de SMCA vive intensos desafios, dentre eles temos como exemplo, neste texto, o fato de que muitas crianças acompanhadas pelo CAPS-IJ já passaram ou passam por atendimentos na UBS ou CER, e é importante considerar que há diferenças sobre a compreensão de qual linha de cuidado<sup>8</sup> se deve seguir, especialmente nos casos de TEA – fechados ou

---

8 O panorama histórico acerca daquilo que conhecemos por autismo nos aponta para diferentes descrições e concepções clínicas, a destacar a compreensão do autismo como deficiência, ao considerar as questões neurológicas e do neurodesenvolvimento, e uma segunda compreensão mais centrada na dinâmica psíquica dos sujeitos que se encontram no Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para discussão mais aprofundada ver Oliveira et al. (2017) e Brasil (2015).

interrogados. O modo como se acolhe diz do olhar que o serviço tem sobre o sujeito, seus sofrimentos e necessidades, e há conflitos, bem como complementaridade entre compreensões e estratégias preconizadas pela Reabilitação Psicossocial – premissa dos serviços de saúde mental – e as políticas de atenção à pessoa com deficiência – balizadoras dos serviços de reabilitação.

Vemos que uma diferença essencial entre os serviços do CAPS-IJ e o CER diz respeito ao acolhimento institucional. Enquanto a entrada no CAPS-IJ se dá por porta aberta, no CER a entrada se dá por agendamento via central de regulação, o que já demonstra diferença na possibilidade de acesso. Havia um imaginário inicial entre os participantes do grupo de trabalho do PET de que no CER as “consultas” se davam por especialistas em moldes mais individualizados. Esse imaginário compõe o imaginário das famílias, das escolas, da rede intersetorial. Porém, ambos os serviços são procurados (ou encaminhados por médicos) para agendamentos direcionados a determinados profissionais, como atendimentos fonoaudiológicos, psicológicos, neurológicos, etc. E, no CAPS-IJ, como essa entrada não é regulada por um sistema operacional, apesar de também chegarem demandas semelhantes, há um esforço, nem sempre bem recebido, de diluir algumas expectativas no momento do acolhimento e construir, junto à família, outras possibilidades integradas de tratamento.

Essa breve descrição do que ocorre em cada um dos serviços vinculados ao projeto nos leva a refletir sobre a integralidade do cuidado. Além disso, também encontramos as potencialidades e fragilidades na comunicação entre os serviços, entre serviços e a escola, entre os serviços e as famílias, gerando muitas vezes um desencontro entre demandas trazidas e demandas atendidas, o que não seria um problema se isso fosse feito às luzes do esclarecimento, deixando as famílias cientes dos limites e possibilidades do serviço em questão.

## *Sobre o diagnóstico e o PTS*

O CAPS-IJ prioriza a elaboração do PTS amplo, conversado com a família, e feito pela dupla de profissionais que realiza a avaliação inicial. Por vezes, a dupla faz o PTS sozinha, outras junto à equipe geral composta por: enfermeiros, farmacêuticos, profissionais de apoio, oficinairos, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, e médicos: pediatra e psiquiatra.

No CER, existe a preocupação em questionar os diagnósticos para que não se recaia numa vivência naturalizada. Por exemplo, o médico prescreve atendimento fonoaudiológico para uma criança por ela apresentar problemas de aprendizagem e de linguagem, só que a criança tem dois anos de idade! Não podemos achar que a CID é colocado apenas para se conseguir o encaminhamento. Aqui temos uma CID totalmente inadequado para uma criança de dois anos. Precisamos pensar nas consequências desse ato para a criança na continuidade dos cuidados. Em quantos casos a CID foi revisto no sistema? A preceptora do CER conta que a neuropediatra encaminhou para o CAPS-IJ um paciente que ela acompanhava no CER, sem conversar com a equipe. Os profissionais não conversam entre si! Pensaram em um questionário para os profissionais/serviços: o que pensam quando encaminham? Qual olhar/entendimento sobre esses casos nos serviços?

Já no NASF (UBS Vista Alegre), existem o Grupo de Monitoramento e de Shantala (massagem indiana para bebês), que pretendem potencializar o desenvolvimento com base na estimulação construída e realizada em conjunto com os familiares, a fim de tentar evitar que os atrasos se tornem transtornos e necessitem de serviços de atenção especializada.

## *Ações do G2*

O grupo de trabalho G2, por meio das reflexões conceituais, compreende que é importante reconhecer os norteadores de encaminhamento dos profissionais que acompanham a primeira infância,

com base nos seguintes questionamentos: o que eles chamam do TEA, quais critérios e/ou parâmetros diagnósticos? Como encaminhá-los? Como iniciar esse conto? Como começar a contar a história dessas crianças?

Diante disso, foi elaborada e realizada uma entrevista com 7 profissionais da UBS: 2 médicos (sendo 1 deles há apenas 3 meses na UBS e que não conhecia CER nem CAPS), 2 enfermeiros, 2 profissionais do NASF e 1 nutricionista da UBS. Os dados mostram que apenas 2 encaminharam para o CER, os outros 5 *não sabiam* para onde haviam encaminhado. Tal fato revela grande despreparo e distanciamento por parte dos profissionais responsáveis pelo monitoramento da saúde de crianças e que, na maioria dos casos, exercem grande influência no olhar, compreensão e manejo de problemáticas tão importantes quanto delicadas que se apresentam na atenção básica.

No CER, a petiana que se debruçou na planilha de monitoramento do primeiro semestre de 2019 (de janeiro a junho) constatou que nenhuma criança com suspeita de autismo foi encaminhada pelas UBS Vista Alegre e Icarai para o CER. Na planilha, apareceram casos de bebês com sífilis ou casos neurológicos. Onde estariam as crianças com suspeita de autismo? No CAPS, e mais uma vez, retorna-se a este ponto: seria mais fácil o acolhimento no CAPS por que é porta aberta?

### *A Rede Intersetorial*

O diálogo entre a saúde e a educação sobre essas crianças ainda é muito incipiente. Quando o CER ou o CAPS solicitam relatórios para compreender como é a dinâmica da criança na relação com os profissionais, o ambiente, os amiguinhos, as atividades desenvolvidas naquele contexto, em geral recebem tal relato da professora de apoio; professores da sala regular tem mais dificuldade de qualificar o olhar e elaborar análises mais sensíveis. As crianças atendidas em salas de apoio normalmente são “laudadas” – já foram avaliadas por profissionais da saúde e receberam diagnóstico que justifica dificuldades

de acompanhar a sala regular e por isso tem direito a um espaço e a um profissional dedicado a desenvolver estratégias específicas e individualizadas. Não raro a escola também solicita esses relatórios aos serviços de saúde, exigindo e, muitas vezes, sugerindo que recebam diagnósticos que justifiquem o “baixo desempenho escolar” e para que possam ser inseridas em programas de Atendimento Educacional Especializado (AEE)<sup>9</sup>. Esse movimento recorrente é feito pelos familiares que chegam no CAPS-IJ com esse pedido da escola. Às vezes, o relatório da escola já vem com a CID de Deficiência Intelectual Leve.

Percebe-se também que existem lacunas/conflitos/ruídos/divergências na articulação da rede de saúde que atende a criança. Às vezes, a UBS compreende que é necessário o fechamento do diagnóstico por compreender que a família poderá receber, por meio da CID, os benefícios citados como Bilhete Único Especial da Pessoa com Deficiência<sup>10</sup>, Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>11</sup>, entre outros.

Apesar de compreender a questão diagnóstica também como direito e reconhecer sua importância para o tratamento, o CAPS-IJ é extremamente cauteloso em fechar diagnósticos que possam significar uma interrupção nas oportunidades de investimento nos processos de desenvolvimento da criança, ou que justifiquem seu afastamento de ambientes e vivências que favorecem pertencimento próprio à faixa etária, como, por exemplo, a transferência para o sistema de educação especial<sup>12</sup>. Entende-se que, na maioria das vezes,

9 Atendimento Educacional Especializado (AEE) na educação básica, regulamentado pelo do Decreto n. 6.571, de 18 de setembro de 2008.

10 O Bilhete Único Especial da Pessoa com Deficiência é o cartão utilizado no Sistema de Transporte Coletivo Público de Passageiros na Cidade de São Paulo, destinado às pessoas indicadas na Lei n. 11.250, 1º de outubro de 1992 conforme os critérios estabelecidos nas Portarias SMT/SMS 003/19, SMT 050/19 e SMT/SMS 007/2020.

11 Benefício de Prestação Continuada - BPC, previsto na Lei Orgânica de Assistência Social – Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

12 O desespero por um laudo que garanta os benefícios é tão grande que já aconteceu de crianças chegarem no acolhimento com relatório da escola que continha cópias de um laudo do psiquiatra do CAPS com o nome de outra criança apenas com nome e CID originais apagados. (extraído do relatório técnico Pet 1º semestre 2019).

uma criança “laudada” sofre interferências na constituição concreta e subjetiva de seu senso de pertencimento, prejudicando sua inclusão e contribuindo para processos de estigmatização.

Há também o manejo disciplinar dos comportamentos “inadequados”, em contextos escolares, culminando em processos de criminalização de dinâmicas de comportamentos tidos como disfuncionais – Estado policial – quando questões da escola e do convívio se tornam casos de polícia. O discurso policial condiz com o discurso medicalizante quando o sentido é culpabilizar para segregar o sujeito. Entendemos que a saúde e a educação fracassaram totalmente com a criança, quando a polícia é acionada para conter um aluno na escola. Como podemos citar entre muitos um exemplo do caso de um menino de 9 anos que, agressivo, jogava carteira, derrubava armário, deixando todos acuados. Os adultos, com medo de tocar no menino, chamaram a polícia. Muitas vezes um diagnóstico pode servir para calar a rebeldia dos jovens, as verdades de uma criança que pode estar vivendo experiências emocionalmente avassaladoras e, ao comunicar isso, é classificada como “patológica” ou “caso de polícia”.

Tais fatos instigam questionamentos como: qual o projeto comum da rede para esta criança? Como operar no paradoxo garantia de direitos – estigmatização?

Pensando nisso, temos o exemplo da estratégia utilizada pela UBS Jd. Vista Alegre, que solicita que as escolas preencham um questionário, próprio da UBS, com questões propositivas sobre a criança, suas atividades educacionais e sobre a relação da escola com a família. O intuito é fazer a escola olhar para os aspectos positivos dessa criança no contexto escolar e promover diálogo entre educação e saúde sobre outras bases.

## Participação e protagonismo dos usuários

Estão os profissionais da saúde reconhecendo como válidos e legítimos os saberes que a população traz sobre si e os seus? Este foi um tema pouco referido: a participação efetiva dos usuários nos seus processos.

Isto foi colocado como uma das hipóteses sobre as dificuldades na constituição do Conselho Gestor no CAPS-IJ. Muitas vezes, a própria equipe questiona a horizontalidade na hierarquia de seus membros, privilegiando os saberes especializados com pesos diferentes na avaliação de casos, trazendo à tona questões sobre a própria equipe e a resistência aos saberes não formais/acadêmicos e insistência nos saberes especializados.

Por outro lado, também ocorre do trabalho afirmativo dos saberes e potências da população ser exitoso, como aconteceu no grupo de mães da UBS Jd. Vista Alegre. Em um dos encontros, quando os profissionais, por intercorrência no serviço, precisaram se ausentar, ao retornarem foram surpreendidos pela plena realização da atividade de Shantala, que fluía entre as mulheres de modo autônomo.

Vemos, nesses apontamentos, uma série de questões que explicitam a fragmentação da rede de saúde mental de crianças e adolescentes; o desconhecimento das especificidades dos serviços, de questões acerca do acesso dos usuários aos serviços (insuficiente/replicado além do necessário); e o despreparo de profissionais sobre a rede, para o trabalho em equipe e, principalmente, para o problema dos diagnósticos em saúde mental. Ainda que surjam iniciativas e profissionais implicados com o olhar ampliado, isto não se dá na totalidade das equipes dos serviços. Ressalta-se a importância das habilidades de comunicação entre profissionais e serviços e a relevância do trabalho em rede intra e intersetorial, entre outros importantes pontos para a efetivação do trabalho interprofissional na saúde.

Temos, então, que a comunicação, quando um diagnóstico é proposto, é algo que deve ser melhorado, contemplando a complexidade do tema infância aos olhos dos serviços de saúde do território e

os mecanismos de acolhimento e de expulsão dos serviços. Para isso, também o G2 pensou na estratégia GAM, dispositivo que visa operar na autonomia, na cogestão e no protagonismo do usuário e sobre a qual vínhamos nos detendo, desde o início do PET. Pareceu-nos uma importante ferramenta para trabalhar essas questões: o protagonismo do usuário no PTS, construção da autonomia dos usuários por meio de consolidação de redes, o trabalho com as equipes e as redes.

Assim, na segunda metade do semestre de 2019, petianas, tutoras, preceptoras passam a participar e apoiar o grupo de monitoramento infantil da UBS coordenado pelo NASF, intervindo no próprio dispositivo, ao separar, para desenvolver estratégias complementares, mães e responsáveis das crianças. O objetivo era o trabalho com grupo de mães e responsáveis a partir dos princípios da GAM de autonomia e cogestão.

É também nesse momento que o grupo de trabalho é convidado pela gerente do NASF para apresentação da GAM numa reunião de Apoio Matricial em Saúde Mental<sup>13</sup> com a equipe dessa UBS. Não cabe aqui detalhar os efeitos deste matriciamento<sup>14</sup>, apenas a demanda que surge de instauração de um grupo GAM com os trabalhadores da UBS, o qual se concretiza no final do semestre com a participação de 2 médicos, 7 ACS, NASF, equipe PET. Finalizamos o primeiro ano com muita expectativa sobre o prosseguimento de todas essas ações recém-iniciadas.

Além disso, no CAPS-IJ, petiana e preceptora articulavam meios para implementação do GAM nos Grupos de Medicação, por avaliarem este espaço com grande potencial para a inserção dessa estratégia, uma vez que os profissionais já estão vinculados aos familiares fazem discussões sobre algumas temáticas pertinentes ao tema da medicalização, estão abertos à escuta e, portanto, à problemática

---

13 O Apoio Matricial é uma ferramenta estratégica da Política de Saúde Mental que visa a garantia do princípio da integralidade das ações em saúde. Ele se dá a partir da oferta de saberes-fazeres técnicos especializados às equipes da Atenção Básica, a fim de que possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações.

14 Ver capítulo GAM e formação nesta coletânea.

acerca da GAM, proporcionando, além da reflexão sobre o uso da medicação, os demais propósitos envolvidos, como autonomia e participação no cuidado.

A inserção de estudantes nesse campo de práticas proporcionou aproximação a diversos conceitos apresentados pela Educação Interprofissional (EIP). Dentre eles, conhecer como os macrodeterminantes, as políticas de saúde e de saúde mental influenciam os processos de produção de saúde e/ou de adoecimento de uma população, bem como a composição do olhar clínico. Foi possível reconhecer e ampliar a discussão sobre condições de vida X saúde, absorvendo a premissa de que os usuários do SUS são sujeitos biopsicossociais, e que suas demandas devem ser respondidas dessa maneira, por meio do trabalho interprofissional.

Enfim, algumas estratégias estavam sendo organizadas com base no estudo do campo e suas demandas. Além do trabalho com a GAM, no grupo de medicação do CAPS-IJ e com a equipe da UBS, o grupo de trabalho projetava a implementação de um grupo GAM composto por profissionais dos três serviços (CAPS-IJ, CER e UBSs) pelos quais as chamadas crianças do espectro autista ou sob hipótese diagnóstica de TGD ou Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), comumente circulavam a fim de promover cuidado integrado, otimização do acesso, e principalmente, qualificar a intervenção clínica, favorecendo a prática da integralidade do cuidado – princípio primordial para o SUS e para a interprofissionalidade.

## Pandemia

Entretanto, com a pandemia e o isolamento social fomos surpreendidas pela necessidade de desenvolvermos subitamente novas práticas; inventar e inovar a habilidade de lidar e resolver situações imprevistas. Profissionais técnicos dos serviços, preceptores, docentes e estudantes foram todos convocados a realizar uma quase total reorganização estrutural e subjetiva dos processos de cuidado em meio à pandemia da Covid-19.

E ainda, é importante ressaltar, o grupo de trabalho sofreu uma profunda modificação com a saída de seis petianos dos nove que acompanharam todo o processo do primeiro ano PET e a entrada de novos petianos para essas vagas.

Desse modo, queremos dizer que o G2 inicia o ano de 2020 com uma nova equipe de petianos e, na sequência, fomos todos surpreendidos pela pandemia o que nos restringiu ao mundo virtual.

Para construir uma reflexão coletiva sobre o processo vivido pelos participantes do PET Saúde Interprofissionalidade da PUC-SP no campo do CAPS-IJ FÓ/Brasilândia, durante o período pandêmico, é importante compreender o processo vivido. Um período de aproximações e experimentações.

### *Os desafios da composição do cuidado em tempos pandêmicos*

Logo no início da pandemia e com as novas normativas que surgiam a cada dia, o CAPS-IJ FÓ/Brasilândia experimentou apostar nos meios virtuais para realizar o cuidado. Muitos atendimentos telefônicos, orientações, projetos de atividades interativas on-line, disponibilização de material informativo, cultural, orientações, e até mesmo teleatendimentos em tempo real.

Nas reuniões de equipe, a preceptora teve importante papel para esclarecimentos em relação aos objetivos do PET Saúde Interprofissionalidade e a inserção de petianas nos planejamentos dos grupos, visto que a equipe havia chegado à conclusão de que a participação das estudantes durante os grupos remotos não seria viável.

Neste momento de inovação decorrente da pandemia, a impressão era a de que a equipe do CAPS-IJ enxergava o projeto PET e os seus estudantes-pesquisadores como mais uma demanda imposta ao serviço, entendendo de forma equivocada de que precisariam ensinar as petianas. Uma das hipóteses, com base na nossa reflexão coletiva, foi a de que a equipe pudesse estar vivenciando a necessidade de criar formas de desempenhar o cuidado à distância de um modo que se

sentiam muito desafiada. Aparentemente, a equipe ficou bastante fragilizada, neste período, criando resistências e possíveis barreiras para a efetivação da composição com as petianas.

No trajeto, foram realizadas reuniões com o gestor da unidade a fim de elaborar formas de participação das estudantes; com profissionais da equipe, objetivando esclarecer em que medida as petianas poderiam contribuir na compreensão desse fenômeno e na criação do novo, de novas estratégias.

Porém, muitas barreiras se impuseram e macrodeterminantes ainda maiores trouxeram demandas relacionadas à pandemia e também aos modos de seguir o cuidado. Dentre as diversas barreiras e macrodeterminantes<sup>15</sup>, podemos citar as diretrizes do SUS, a integralidade do cuidado e a redução da duplicação dos atos que eram pensadas e postas em prática em um mundo onde o toque e a presença não eram possíveis. Diante disso, o desafio de migrar para as plataformas digitais não foi ato contínuo nem simples, seja por conta da falta de acesso de grande parte da população usuária à tecnologia, ou pela resistência de alguns profissionais às mudanças ou, ainda, pelo pacote de dados insuficiente ofertados pela organização social para cada serviço.

As estratégias foram se revelando, em muitos casos, insuficientes, ineficazes e a equipe passou a questionar a viabilidade dos grupos on-line tendo em conta a falta de compreensão das famílias sobre sua efetividade e a dificuldade de acesso a essas ferramentas tecnológicas por questões socioeconômicas e culturais.

---

15 Além disso, podemos citar: impedimento dos trabalhos grupais para evitar aglomerações, desconhecendo a realidade do território; a mudança das políticas de saúde mental; as pautas conservadoras e reacionárias deste desgoverno.

## *Os desafios para uma educação interprofissional – PET: interferência criativa? Estamos preparados para a chegada de “fadas madrinhas”?*

Além de toda reviravolta de todos (universidade/PET, serviços, famílias) no início da pandemia, surpreendeu-nos a reação da equipe do CAPS-IJ. Imaginávamos que ter um projeto tal como o PET-Saúde, inserido em um dos dispositivos de saúde mental implicados, poderia ser uma potencialidade, uma oportunidade, em meio à dificuldade do contexto de construir conjuntamente soluções e, assim, não só promover um trabalho interprofissional que já vem sendo viabilizado cotidianamente no território, mas também a possibilidade de desenvolver e executar, na prática, os preceitos da EIP em saúde, em que as estudantes “aprendem – atuando/ fazendo” nos cenários em que estão inseridas, contribuindo com os processos do serviço.

No entanto, a equipe demonstrou enorme resistência à entrada das novas petianas. O fato é que a saída de grande parte das estudantes que estiveram no primeiro ano do projeto nos colocou dificuldades a mais em algo que já era desafiador por si só, a reconfiguração dos serviços na pandemia. Um ano de inserção no território e, ainda assim, o PET era visto como uma nova demanda ao serviço nesse momento. Como incluir as novas petianas? Como desenvolver as práticas formativas pretendidas?

Debruçamo-nos sobre essa problemática e elaboramos uma proposta de monitoramento das crianças de 0 a 6 anos, com diagnóstico de TEA ou graves problemas de desenvolvimento. No total, eram por volta de 80 famílias a serem contatadas. As estudantes participaram da elaboração de um roteiro que foi discutido com a equipe e com o supervisor do CAPS-IJ e a proposta muito bem aceita.

Desse total, foi possível conversar com 42 famílias. A proposta das ligações consistia na aproximação das famílias para conhecer a experiência neste período, mapear suas demandas, acolher sofrimentos e potencialidades vividas nos quatro/cinco meses de pandemia, isolamento social e consequente distanciamento do serviço.

As ligações não tinham um tempo máximo de duração e as estudantes se prepararam durante o trabalho no grupo tutorial e em interlocução direta com a preceptora.

Ainda que estejamos no início da tabulação dessas entrevistas, vale destacar que foi surpreendente e interessante perceber que a maioria dessas crianças, após cinco meses de pandemia, estavam bem, de acordo com suas mães, que atribuíam a melhora à entrada da criança na rotina familiar e maior convivência. Surpreendente porque no início da pandemia a notícia que tínhamos era a de que as crianças estavam muito agitadas com a mudança de rotina e as mães muito angustiadas com isso.

Também uma maioria referia, ao menos, um contato telefônico ou por WhatsApp de profissionais do CAPS-IJ, durante este período, e, para maior surpresa nossa, a grande maioria deste grupo de 42 crianças contatadas não usava medicação.

Tudo isso nos parece bastante interessante: a presença do CAPS-IJ junto a essas famílias, a autonomia das famílias, cada qual, por arranjo próprio, organizou e inseriu o “filho autista ou com grave sofrimento psíquico” na rotina familiar e, aparentemente, esse fato solucionou muitos dos problemas anteriores, indicando-nos enormes pistas sobre a potência dessas famílias. Vale dizer, soluções de convivência e não medicamentalizadas.

De outro lado, salta aos olhos, nesta primeira miragem grosseira dos dados, que todas as crianças atendidas pela saúde suplementar (convênios) passam por neurologistas e são medicadas com neurolépticos.

Um movimento importante derivado dessa ação das ligações foi a criação de uma planilha com todos os contatos não realizados e os respectivos motivos. Por intermédio da preceptora, em uma reunião de equipe, decidiu-se que tentariam entrar em contato com essas 38 famílias por meio de uma busca ativa, a visita domiciliar. Outro aproveitamento foi o da impressão desses formulários com as respostas e anexação nas pastas de cada um dos usuários. Os profissionais de

referência puderam entrar em contato com as demandas dos usuários e acompanhar o que lhes ocorreu o primeiro período da pandemia, contribuindo muito para as ações de cuidado a distância realizadas.

### *Questões intra rede PET. Ai... as redes!*

Houve tentativa de articular o PET aos grupos de convivência por WhatsApp que o CAPS-IJ tentava estruturar. Dos três grupos propostos, apenas dois aconteceram por um tempo. Várias foram as dificuldades: “*a correria do CAPS-IJ*”, “*difícil manter o contato telefônico com as famílias, elas não respondem*”<sup>16</sup>. Pensou-se em fazer visitas domiciliares, porém “*no momento, só uma família aceitou*”. O grupo de convivência (com crianças de 3 a 8 anos) acontecia da seguinte maneira: havia um grupo no WhatsApp com os pais que era aberto para envio de mensagens toda segunda por volta das 9h. Os pais interagiam com as trabalhadoras, que compartilhavam uma atividade para ser reproduzida em casa (a exemplo de um vídeo ensinando a plantar feijão). Contudo, apesar da adesão ser razoável, foi relatado que muitos pais não conseguiam participar e essa foi a maior dificuldade.

Quanto ao grupo de medicação e a estratégia GAM, com a interrupção das atividades devido à pandemia, não houve sequência nessa ação, pois um dos trabalhadores foi realocado para outro serviço e outra profissional não se sentiu à vontade para dar início a essa intervenção.

Por fim, entendemos que a articulação com os trabalhadores do CAPS-IJ que não compõem diretamente o PET tem se colocado

---

16 Do diário de campo de petiana: “[...] gostaria de destacar: o conhecimento dos usuários e seus familiares acerca das redes apoio que os servem, uma mãe recomendava para a outra outros aparelhos que conhecia pela região, e a implicação dos mesmos na construção e apropriação de um conhecimento sobre o próprio serviço. Uma das mães conta de um grupo de WhatsApp do qual faz parte e convida as outras para que participem, ela ainda convida os participantes da reunião para não só participarem da semana temática (aproveitando a data do dia da mulher) que seria promovida pelo próprio Caps, como também para estruturarem a mesma, propondo temas, debates, montando painéis. Em nossa conversa essa mãe relata que essa semana seria importante para que pudessem conversar com os profissionais de uma forma geral e ampla, para que entendessem a dinâmica e proposta de trabalho desse aparelho”.

como um grande e complexo desafio não só para o desenvolvimento do projeto, mas também para a realização de uma efetiva educação interprofissional em saúde. É preciso socializar ainda mais a noção de interprofissionalidade e suas implicações práticas, a fim de democratizar no serviço a premissa de que podemos e devemos aprender com o colega, com o docente, com o profissional de saúde, com o estudante, com a equipe, com o usuário e com a comunidade. Esse movimento produz educação e trabalho em saúde transformadores, capazes de superar a lógica mercantil e a fragmentação do cuidado.

## Considerações finais

Vimos a importância do compartilhamento das ações entre os serviços na constituição de uma rede ampliada de saúde mental na infância e adolescência. Vimos a fragmentação da rede, a dificuldade de comunicação e composição das ações/ condutas/ encaminhamentos entre os diferentes serviços.

Também pudemos olhar para a suposta magia que aconteceria no serviço e desmistificá-la entendendo a engrenagem por detrás do funcionamento não só desse dispositivo em questão, mas da rede como um todo, do exercício dos profissionais, do olhar para a saúde mental, do cuidado ofertado. Se há uma mágica, ela está na reunião desses fatores e na sua aplicabilidade, fazendo do CAPS-IJ um serviço de referência mesmo para aqueles que se beneficiam da saúde suplementar.

Se focamos no CAPS-IJ, no momento pandêmico, isto se deve à necessidade do CAPS-IJ de constituir presença viva no território. Fomos, ao longo desses dois anos de PET, atravessados por macrodeterminantes, como o subfinanciamento do SUS, a precarização dos serviços, o desmonte de políticas públicas importantíssimas para a saúde mental (como o desmonte do NASF e a reabertura

de regulamentação para internações fechadas). Enfim, a *boiada*<sup>17</sup> passando, neste momento pandêmico e mesmo pré-pandêmico, desde as portarias pós-golpe de 2016. Vimos o recrudescimento manicomial das equipes, disputas entre a atenção psicossocial e a manutenção de privilégios da equipe; disputas entre a saúde mental dos trabalhadores e dos usuários.

Compreendemos que os projetos PET, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (esse mesmo Ministério da Saúde que vem atuando contra a saúde pública, coletiva e o SUS e a Política de Saúde Mental, por meio de decretos e normativas que vão na direção oposta da Constituição de 1988 e da Lei n. 10.216, da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial) tem potencial revolucionário ao apostar no trabalho interdisciplinar como formação permanente para trabalhadores do SUS, pois em articulação com mais de cem universidades, o PET Interprofissionalidade opera como ilha de resistência a toda essa política de desmonte, e eis aí mais uma de suas potências.

E, portanto, chegamos ao final deste capítulo, após tantas constatações que revelam problemas e potências da rede de cuidados em saúde mental infanto juvenil, reconhecendo que, de fato, não há conto de fadas, porém é possível fazer com que a magia aconteça quando sujeitos implicados no cuidado respeitoso trabalham para que crianças e adolescentes que não se “encaixam” nas normatizações vigentes tenham o direito de existir.

## Referências

BRASIL. (2008). Ministério da Educação Secretaria de Educação Especial. Decreto n. 6.571, de 18 de setembro de 2008. *Diretrizes operacionais da educação especial para o atendimento educacional especializado na educação básica*. Brasília, DF.

---

17 Em referência à famosa reunião executiva do dia 22/4/2020 em que o ministro do meio ambiente refere que é o momento de *passar a boiada* nas leis ambientais *aproveitando* o momento em que a mídia está divulgando apenas dados da pandemia.

- BRASIL. (2011). Portaria n. 3.088/11. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- BRASIL. (2020) Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Brasília.
- COUTO, M. C. V, e DELGADO, P. G. G. (2016). Rede ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith, e LYKOUROPOULOS, Cristiane Beatrice (orgs.). *O desafio da gestão em rede*. 1. ed. São Paulo, Hucitec, ISBN 978-85-84-04-074-2.
- OLIVEIRA, B. D. C. et al. (2017). Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, pp. 707-726. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>.
- TEIXEIRA M. R., COUTO M. C. V., e DELGADO, P.G G. (2017). Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, pp.1933-1942. DOI: [10.1590/1413-81232017226.06892016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016).

# Reabilitação: precisamos falar sobre Breno

Alanna Raquel Freire Almeida<sup>1</sup>

Ana Carolina Zanusso Garcia<sup>2</sup>

## Introdução

Precisamos falar sobre Breno, como também precisamos falar sobre os Lucas, Antônios, Matheus, Anas e Vanessas, que todos os dias são encaminhados ao Centro Especializado em Reabilitação II Freguesia do Ó (CER), um dos serviços de referência no território que se ocupa da reabilitação/habilitação de pessoas com deficiência.

A escolha pelo título deste capítulo faz alusão ao livro de Lionel Shriver, *Precisamos falar sobre Kevin*, adaptado para o cinema por Lynne Ramsay, retratando uma relação bastante conflituosa entre uma mãe e seu filho. Kevin, antes de chegar aos 16 anos, comete um ato extremamente violento contra seu pai, irmã e colegas de escola. No entanto, para além da violência física retratada no filme, são abordadas, com muita delicadeza, questões componentes e constituintes do sujeito, tal como a rejeição, amor, luto, maternidade, conflitos afetivos, paternidade e agressividade. E, aos olhos e ouvidos mais atentos, nas entrelinhas, a vulnerabilidade dos laços e dos sujeitos.

1 Alanna Raquel Freire Almeida, preceptora, fonoaudióloga, CER II FÓ-Brasilândia

2 Ana Carolina Zanusso Garcia, estudante de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Mas por que metaforizar a reabilitação com um filme com uma temática tão forte? Porque ele nos convoca a uma urgência – a urgência de falar sobre Breno e todos os que ele representa.

Breno é uma criança de 7 anos que chega ao CER em 2018 devido a um atraso no desenvolvimento global. Seus pais vieram da Bolívia há cerca de 12 anos, mas conheceram-se aqui no Brasil, no Jardim Vista Alegre, localizado na Brasilândia, onde residem até o presente. Na anamnese contam como a gestação foi planejada e toda a dedicação que têm para com o único filho, sendo que, mesmo tendo se separado há quatro anos, preferem manter um bom relacionamento e compartilhar os cuidados com a criança da melhor forma possível. Relatam que a tão desejada gestação de Breno não teve intercorrências, assim como o parto, que foi natural, e que o desenvolvimento foi observado sem alterações até os 2 anos de idade.

As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) da UBS acompanham a família e observam não apenas um atraso no desenvolvimento, mas uma aparente piora progressiva com alterações na marcha, quedas, sialorreia e questões em relação à linguagem oral.

Frente às dúvidas das equipes sobre ser um caso de deficiência ou de falta de estimulação frente às questões de inserções sociais que as famílias bolivianas enfrentam, Breno é encaminhado pela atenção básica ao CER, passa por uma avaliação multiprofissional e inicia acompanhamento em grupo, além de avaliação com a neuropediatra que descarta alterações neurológicas, levanta a hipótese de diagnóstica de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e prescreve risperidona, pois havia queixas de dificuldade para dormir e agitação. Apesar desse possível diagnóstico, a equipe entende que Breno necessita de uma intervenção mais dirigida para as dificuldades funcionais que apresenta e passa a frequentar o grupo de estimulação no CER com fonoaudióloga e fisioterapeuta, ao mesmo tempo em que o pai adere ao grupo chamado de “monitoramento infantil” na UBS, em que há também um grupo de pais e um espaço de observação e convivência para as crianças.

Um encaminhamento para o CAPs Infante Juvenil não é cogitado pela equipe, uma vez que o caso não é tomado pela vertente do sofrimento psíquico, e sim pelo impacto dos prejuízos de déficits que Breno apresenta. Além disso, com dificuldade de aderir às terapias no CER pela própria dinâmica familiar e dificuldade de se locomover pelo território.

De qualquer forma, embora tenham ocorrido conversas pontuais sobre o caso, quando nos aprofundamos no histórico da criança pelo Centro de Reabilitação, percebemos que discussões de caso entre os profissionais do próprio serviço e da rede poderiam ter aberto novas possibilidades e, talvez, traçado outros rumos para esse menino.

Assim como dito anteriormente, Breno, neste texto, representa tantas outras crianças do território da Brasilândia e a escolha de seu caso, em específico, para costurar e explicar a urgência da discussão, é por ele escancarar questões que envolvem descaso, falta de escuta e excesso de práticas biomédicas e medicalizantes, lidas por nós como um exemplo de violência psíquica e institucional.

Uma das definições do termo violência é: “o ato de oprimir, de sujeitar alguém a fazer alguma coisa pelo uso da força”. Não restringindo o significado de força à força física, mas expandindo a aceção do termo ao poder, é possível perceber a violência da imposição do saber médico, que nem sempre se institui do mesmo modo em diferentes espaços e atendimentos, principalmente em espaços em que ficam evidentes as diferenças, similaridades e superioridades socioeconômicas e intelectuais. Uma violência que se dá sob a lógica da necropolítica que, segundo Achille Mbembe (2018), apresenta-se como expressão máxima da soberania, do poder e da capacidade de ditar quem pode viver e quem pode morrer. Se entendermos o poder como um controle sobre os corpos, corpos que trabalham para o aumento do poder daqueles que já o possuem em grande escala, o que resta aos corpos e mentes deficientes incapazes de contribuir dentro da linha de produção além do descaso que deixa morrer? Quais seriam então os limites, desafios e avanços das ações a serem

realizadas que resistiriam a essas políticas de morte? Uma violência discreta que escancara a vulnerabilidade em que aquela criança e seus cuidadores se encontram.

Pensemos no caso de Breno, uma criança boliviana que chega ao serviço devido a uma preocupação dos pais relacionada ao seu desenvolvimento. De pronto uma primeira barreira se apresenta: a barreira linguística, quase que como um cimento que solidificará os outros entraves para a vida daquela criança e de sua família. Entre as similaridades sonoras da língua portuguesa e espanhola e as diferenças de significados e significantes, uma criança e um pai não sendo escutados, quicá ouvidos.

Em meio à melhora de Breno devido à sua participação no grupo de estimulação no CER e no grupo de monitoramento infantil na UBS, em que se mostra mais atento às atividades grupais, há uma regressão de seu quadro motor. Sua marcha piora, o que faz com que ele caia muitas vezes, machucando-se por isso, a criança também não consegue segurar a saliva na boca, aumentando o volume de baba (sialorrea) que escorre pela boca e sua comunicação fica prejudicada. No paralelo, o pai, no grupo a ele destinado na UBS, fala sobre a incerteza do diagnóstico de seu filho. Embora falasse pouco, esteve muito envolvido no grupo, colocando suas dúvidas e suas percepções sobre o desenvolvimento do filho. Chegou a ir a um dos encontros, que aconteciam concomitantemente ao grupo monitoramento, mesmo sem ter levado o filho para a sessão, quando esteve doente, alegando que não podia faltar nesse trabalho que só fazia bem a ele.

Breno mantinha acompanhamento no CER e na UBS, frequentava a escola, apresentou evolução em relação ao quadro motor, à interação e comunicação, até que foram decretadas todas as regras de distanciamento e isolamento social devido à pandemia do Covid-19. Sem escola, sem estimulação nos grupos e o tempo todo em casa, isolado ora com o pai, ora com a mãe. A situação gera angústias, novas preocupações e questionamentos.

Quando retornam ao CER em consulta, trazem diversos questionamentos sobre o diagnóstico e a criança recebe alta do

acompanhamento médico devido à não adesão ao tratamento proposto. Breno recebe alta da neuropediatra de seu tratamento pelo fato de os pais não terem aderido à prescrição medicamentosa de risperidona para seu filho. Para sorte de Breno, os outros profissionais de referência do caso acolhem essa família que demanda uma escuta sensível e um olhar integral. Como uma família que se mostra engajada nos trabalhos oferecidos pelos dois serviços (CER e UBS) pode ser avaliada como não aderindo ao tratamento? De que tratamento estamos falando? Talvez seja essa a questão. O que vemos aqui, senão excesso de práticas biomédicas e medicalizantes, relações assimétricas e imposição de saberes, vulnerabilidade social e psíquica, violência e falta de escuta?

Alta por não adesão ao tratamento medicalizante, ou seja, pais que recebem alta por serem capazes de conhecer seu filho, por serem capazes de perceber que a questão de seu filho não é apenas psíquica, mas neurológica. Pais que percebem que as alterações motoras no corpo de quem tanto amam não podem simplesmente ser ignoradas. Pais que querem ser escutados e compreendidos, ainda que falem outra língua. Pais e filhos que gritam aos olhos e ouvidos de que pedem ajuda.

O bebê, ao sentir a condição de seu desamparo, grita. Um grito que será significado por seus cuidadores, uma demanda de significação que quer ser compreendida e que um dia poderá virar história a ser narrada e compartilhada. O recém-nascido está atravessado pelo grito que ainda não se tornou comunicação, à espera de outra pessoa que possa dar ao som, um valor de mensagem (Cintra, 2017).

Em uma das passagens do livro *Odisseia* de Homero, Ulisses, o personagem principal, passaria pelo rochedo das sereias aos arredores da Ilha de Capri. Depois de ter sido advertido por uma feiticeira de que, se escutasse a voz das sereias, ele se jogaria no mar e morreria, Ulisses segue seu conselho e pede que seus marinheiros o amarrarem ao mastro do navio. Não era a voz em si que o mataria, mas sua sonoridade faria com que pulasse para fora do navio, uma sonoridade que contém a inarticulação de um grito não significado, angústia pura

que se apresenta em som. Um conselho parecido foi dado sobre como proceder com a sua tripulação (já que eles precisariam remar e não poderiam ser amarrados), foi-lhes dito que tapassem seus ouvidos com ceras.

Fazendo um paralelo entre a voz (grito) das muitas crianças do território da Brasilândia que vem sendo diagnosticadas como autistas e a não escuta desse grito, que se apresenta tantas vezes inarticulado e, por vezes, sem invocação e endereçamento, assim como o dos bebês e crianças autistas (Vorcaro e Catão, 2015), é posta a seguinte questão: que grito é esse que ressoa e não se articula? Que grito é esse que, diante da angústia do não saber da médica, vem sendo silenciado com doses e doses de risperidona? É ao tentar responder tal pergunta que se apresenta a urgência de refletirmos sobre o cuidado das crianças apressadamente diagnosticadas como autistas, sobre as relações de poder ali postas e as vulnerabilidades em jogo.

Em um barco que navega em mares de ondas conturbadas, que nem sempre partilha empatia e saberes, como falar em trabalho comum, em atenção integral, em um olhar desmedicalizante, num ambiente favorável à fragmentação de fazeres e saberes? Como acolher e estabelecer relações de cuidado e afeto, quando as novas políticas implementadas, ou desmontadas, mantêm-se sob a lógica da necropolítica e da medicalização, reforçando aspectos da rejeição e exclusão do corpo deficiente, da falta de comprometimento e vínculo com o serviço? O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de uma luta pela democracia e por políticas sociais, tendo seu propósito assegurado na Constituição de 1988 – a saúde é direito de todos e dever do Estado. No entanto, desde o seu nascimento, o SUS sofre com as disputas e tensões políticas, resultando em práticas hospitalocêntricas, higienistas, não humanizadas e medicalizantes, que ocasionam a desvinculação dos profissionais de saúde com o território. Condutas que muitas vezes ignoram os fatores sociais nos quais o usuário está imerso e que excluem o saber sobre si do próprio indivíduo e sua corresponsabilidade no tratamento, ou seja, como sujeito de saber e de poder.

Voltemos a Breno, uma criança que apresenta várias evidências de um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ou desenvolvimento global. Sua dificuldade na aquisição da linguagem oral pode, sim, ser um reflexo neurológico, como também pode não ser, considerando aqui que as deficiências neuromotoras não necessariamente enquadram a criança como autista. Ou seja, bastou uma única avaliação médica para um diagnóstico tão complexo, como o autismo, ser estabelecido.

A reabilitação ainda é muitas vezes vista como algo específico, pontual, objetivo e fragmentado, no sentido de reduzir o sujeito a uma parte do corpo ou (in)habilidade, desconsiderando o todo e, principalmente, o contexto no qual esse indivíduo está inserido, suas relações familiares e sociais. É possível notar uma distância considerável entre aquilo que se propõe, enquanto propósito de sua existência de cuidado, e como ela, de fato, tem se dado na experiência das crianças que para lá estão sendo encaminhadas por suspeita de autismos, TDAH, TOD, dentre outros “transtornos” (com suas devidas aspas) que estão intimamente relacionados ao intenso sofrimento psíquico .

A reabilitação voltada para a lesão e para o dano, não para a pessoa, conforma-se a um espaço especializado de ações, profissões e processos, como herdeira das instituições totais; e a um olhar fragmentado sobre o sujeito. Dessa forma, desconsidera-se a importância da integralidade do cuidado como prática cotidiana, assim como a articulação do serviço na promoção de saúde, como prevenção e assistência, dois focos importantes sobre um debate possível sobre a integralidade na reabilitação (Pereira, 2009).

A Organização das Nações Unidas, nas Normas para Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência adotadas pela Assembleia Geral na sua resolução n. 48/96, define a reabilitação como um processo que

destinado a permitir que as pessoas com deficiências consigam alcançar e manter os seus melhores níveis funcionais, do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico e/ou social,

de modo a contar com meios que lhes permitam modificar a sua própria vida, adquirindo uma maior independência. A reabilitação pode abranger medidas destinadas a proporcionar e/ou a restabelecer funções ou a compensar a perda ou a falta de uma função ou determinada limitação funcional.

O estabelecimento de tais normas visa garantir que todas as pessoas com deficiências, enquanto cidadãos de seus países tenham acesso aos mesmos direitos e cumpram os mesmos deveres, sem que existam obstáculos que dificultem sua participação plena. Cabendo ao Estado adotar as medidas adequadas para tal, sendo porventura necessário prestar atenção especial a determinados grupos específicos, tais como as mulheres, as crianças, os idosos, os pobres, os trabalhadores migrantes, as pessoas com deficiências duplas ou múltiplas, as populações autóctones e as minorias étnicas.

No entanto, a realidade dos serviços de saúde coletiva do território da Brasilândia (estendível para a situação brasileira), que prestam assistência a tais grupos, escancara o fato de que tais normas acabam servindo apenas como um ideal a ser atingido, um ideal tão distante do contexto social ali existente que acaba sendo negligenciado.

Como é que essas pessoas conseguirão alcançar ou manter seus melhores níveis funcionais, especificamente do ponto de vista psíquico e/ou social, se são destituídas de seus lugares de saber de si em prol de uma lógica biomédica (focada na doença) em que reina o saber “supremo” do médico a respeito não só da doença, mas também do corpo e mente do paciente, desconsiderando a própria concepção de saúde proposta pelo SUS? Atuação e conduta bem distantes do princípio de cuidado integral, saberes interprofissionais, clínica ampliada e foco na saúde e bem-estar, tendo em conta os determinantes universais, sociais e singulares do indivíduo.

Os serviços de saúde em reabilitação e saúde mental, ao seguirem o modelo biomédico, limita sua atuação no acolhimento e cuidado da população do território em que atua, pois passa a funcionar sob uma lógica de serviço fragmentada, sem que o próprio usuário

possa se perceber inserido em uma rede de cuidado consistente e articulada, de modo a se sentir assistido, parte de um todo, proprietário daquilo que lhe oferecem enquanto cuidado e consciente não apenas de seu papel e lugar na sociedade, mas também consciente de si e confiante de sua própria autonomia.

Breno é um ótimo exemplo para denunciar o funcionamento de um serviço fragmentado, sob uma lógica medicalizante, diante de um saber uniprofissional e assimétrico. Um caso que passou diversas vezes pelas discussões de matriciamento, mas que em pouquíssimas vezes houve a preocupação em se ouvir e compreender aqueles pais que pediam ajuda, mas que não estavam dispostos a aceitar tudo o que lhes era dito a respeito de seu filho.

De acordo com Campos (2012), a assimetria é constitutiva das relações humanas e é constitutivo da sociabilidade. Essa assimetria passa por diferentes capacidades de conhecimento, tendendo para o campo de saber/poder ali posto em questão. Assimétrico também é o empenho pessoal em uma tarefa, o envolvimento, o desejo e o interesse. A relação entre profissionais de saúde, usuários e pacientes sempre será assimétrica, a questão é como é usada essa diferença, se para dominação/imposição de saberes/silenciamento, ou se para emancipação e fortalecimento do outro. Ao se trabalhar o conceito de cogestão do tratamento e da medicação (principal proposta da estratégia GAM- Gestão Autônoma da Medicação – que vem sendo implementada pelo PET) é mandatório pensar em arranjos que diminuam tais coeficientes assimétricos, de forma a evitar que pessoas ou instituições que ocupam posições de saber (e poder) imponham suas dinâmicas normativas sobre o corpo do outro. Essa perspectiva dialoga com a ideia de rede, apoio matricial e interdisciplinaridade, mas para tal é preciso que se reconheça o saber do outro.

### *Reabilitação e sofrimento psíquico*

Ao adentrarmos no campo da reabilitação, é fundamental que tenhamos como meta a ampliação dos modos de ser e fazer, dentro

das limitações de um corpo deficiente ou de um sujeito em imenso sofrimento psíquico. De forma a implementar um fazer articulado com as possibilidades físicas, psíquicas e territoriais, mas que primordialmente vise um desassujeitamento do usuário, diminuindo as assimetrias ali estabelecidas e articulando com suas potencialidades.

Segundo Pereira (2009), ampliar o campo de visão e amplificar a escuta de apenas um corpo deficiente para um sujeito de desejos e possibilidades, ainda que dentro de seus limites físicos, cognitivos ou psíquicos, pode ser um passo importante para a estruturação de estratégias que contribuam para a minimização das barreiras sociais que são impostas àquele indivíduo.

No caso de Breno, apesar de a equipe multiprofissional não estar fechada no diagnóstico, ainda assim ele foi medicado. Breno e sua família sofrem, como consequência da vulnerabilidade social que se encontram, violência e opressões diárias, diante da inércia do fazer, da angústia do não saber sobre o grito inarticulado e do silenciamento dos profissionais do caso, ao darem ao médico a palavra final, ainda que não concordem com ela.

Segundo Judith Butler (2019), em *Vida Precária*, se pensarmos a vulnerabilidade como central na criação de grupos humanos, será possível a criação de grupos nos quais a violência possa ir sendo gradualmente elaborada e parcialmente transformada. Segundo a autora, a dimensão mais irrecusável da vida em sociedade é a nossa própria interdependência e vulnerabilidade diante dos outros e daqueles com quem coabitamos o mundo. Ou seja, é impossível olharmos para o caso de Breno e não nos depararmos com a vulnerabilidade de tudo que lhe dá, ou deveria lhe dar, sustentação e suporte para um desenvolvimento saudável.

E a quem caberia quebrar esse ciclo violento, por meio do reconhecimento da interdependência, se não aos profissionais de saúde, por meio de atitudes empaticamente autênticas, as quais necessitam de separação, atenção e reflexão para que se concretizem, sem o sentimentalismo adocicado e simplista da palavra empatia?

Quando penetramos no campo da saúde e das políticas públicas, deparamo-nos com disputas políticas e éticas que permeiam o campo do fazer e do cuidar. Um campo de “batalhas frias” entre diretrizes que funcionam sob a lógica biomédica e linhas de cuidado que reconhecem o autismo como um transtorno mental pertencente ao campo de cuidados da atenção psicossocial.

Apesar dos dissensos teóricos e clínicos, mas graças à resistência de alguns profissionais diante da imposição do saber médico, do diagnóstico apressado e da crescente medicalização, acreditamos na possibilidade de mudança, uma vez que esse grupo preza pela relevância do fortalecimento da rede de cuidado nas práticas reabilitacionais, para a manutenção do *modus operandis* do SUS – a intersectorialidade e a interdisciplinaridade, como ampliação dos modos de pensar e agir de forma coletiva com os saberes que se articulam no processo.

Na busca pela cura do intangível, tentam acessar o outro não apenas pela concretude do corpo e pela materialidade da voz, mas também navegando pelos mares de ondas turbulentas daquele sujeito e daquele território.

Ainda que os espaços de matriciamento e discussão de casos sejam realizados entre os diferentes equipamentos do território, há uma necessidade latente de abertura de espaços de discussão efetivos dentro de cada serviço e dentre os membros de uma mesma equipe, para que todos os pontos de vista possam ser considerados ao se tomar uma determinada conduta em relação a um caso. Eis aqui, um forte exemplo de como a educação interprofissional pode ser nossa aliada com base nas relações horizontais entre os profissionais e não mais equipes hierárquicas encabeçadas e silenciadas pelo saber-médico. Recentemente, baseado em todas as mudanças e reflexões que se fizeram necessárias com a pandemia, o CER se organizou em comissões para trabalhar suas diferentes linhas de cuidado, de acordo com ciclos de vida. Assim, forma-se a chamada Comissão da Infância que imediatamente levanta as questões relacionadas ao cuidado da criança com diagnóstico ou suspeita de autismo no território Freguesia do Ó/Brasilândia. Um diagnóstico de TEA implica dúvidas, angústias,

sofrimentos – não apenas das famílias que recebem tal hipótese, “o nome do problema que a criança tem”, mas também dos profissionais envolvidos e das incertezas nas tomadas de decisão envolvendo a rede de serviços de saúde e a gama de possibilidades de intervenção envolvidas.

Reflete-se sobre o significado de uma sessão de terapia “específica” para a criança com autismo que não envolva a família, que não considere a escola, quais relações aquela criança estabelece na comunidade onde vive. Uma terapia específica e aprofundada, voltada para uma determinada habilidade – seja falar, comer, brincar, pular – é isso que se espera do CER? Qual a efetividade de tal especificidade se não considerar o macrocosmo que é o desenvolvimento de uma criança? Diferenciamos quem é do CER e quem fica no CAPs-IJ com base no sofrimento? Como se mede o sofrimento de uma criança com TEA, ou ainda, de uma criança que possivelmente não tem TEA, mas recebe esse diagnóstico e passa a ser tratada como tal? E quem olha para o sofrimento da família? Uma vez que a reabilitação que se volta para o físico, o concreto, o visível devolve o cuidado do sofrimento para o CAPs-IJ?

Com tantas dúvidas e incertezas, acentuadas pela situação atual do mundo e influenciada pelo trabalho desenvolvido pelo PET, alguns profissionais de saúde trabalhadores do CER e CAPs-IJ têm se reunido, com o objetivo de estreitar os laços e repensar a atuação de ambos os serviços e da rede como um todo, voltados para o desenvolvimento infantil. Além das reuniões para discussão, levantamento de problemáticas e alinhamentos, iniciamos avaliações multiprofissionais conjuntas, com profissionais de ambos os serviços voltados para um mesmo caso, unindo saberes e fortalecendo a rede e a interprofissionalidade, com a proposta ousada de ampliar ainda mais essa estratégia, futuramente, somando forças também com a atenção básica.

A avaliação multiprofissional e, agora, intersetorial, antes de limitar-se à normatividade de uma avaliação do corpo físico, almeja considerar em seu fazer e suas avaliações os elementos externos e contextuais sociais de onde aquele indivíduo está inserido. Dessa forma,

desloca-se a lesão ou a deficiência como centralidade, e, por sua vez, considera-se também as condições de acesso, autonomia e participação como determinantes principais no trabalho de reabilitação, onde família e criança não são vistos como objeto, mas como sujeitos conscientes de si e agentes e cogestores de seus próprios tratamentos, com possibilidade de escolhas.

Nossa proposta, com as avaliações multiprofissionais conjuntas no território da Brasilândia, tem por objetivo que os próximos Brenos encaminhados aos serviços de atenção especializada sejam vistos em sua totalidade, respeitados em sua individualidade e protagonistas ao longo de todo o processo de avaliação, planejamento e da terapia propriamente dita.

## Considerações finais

Metaforizamos a história de Breno com uma ficção, mas diferente da história do livro que tem um final, o caso de Breno continua. Continua em aberto. Aberto, solto e circulante entre os equipamentos de saúde do território. Ao contrário também do filme, que terminou com a última música da trilha sonora, na cena final de Breno, em seu último atendimento, nenhuma música tocou, tampouco houve silêncio. A voz de Breno e de seus pais continua ecoando internamente, como pedido de ajuda, naqueles profissionais que discordaram da alta médica devido à não adesão ao tratamento para autismo.

Para aqueles que discordaram da prescrição de risperidona e do diagnóstico de autismo, uma sensação de vitória ao ver os pais não aderindo aos remédios e não aceitando um diagnóstico precipitado. Mas e para Breno que agora ficará desassistido ou continuará circulando entre os equipamentos? Precisamos não só falar sobre ele, mas implementar com urgência novos modos de fazer que priorizem o cuidar até o fim. O cuidar, não o patologizar.

Assim como o herói de Homero, é preciso escutar esse grito do território para que mesmo diante de sua desarticulação, possamos ao

menos tentar compreendê-lo. Se em nossos ouvidos forem colocadas ceras, estaremos e passaremos pelo território da Brasilândia como os remadores de Ulisses, automatizados em nosso fazer e cuidar.

## Referências

- BUTLER, Judith (2019). *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte, Autêntica.
- CAMPOS, G. W. S. (2012). Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 18, n. 1, pp. 148-168, abr.
- CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa (2017). Empatia, identificação projetiva e rêverie: escutar o inaudível na clínica do trauma. In: CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa, e TAMBURRINO, Gina. RIBEIRO, Marina F. R. *Para Além da Contratransferência: O Analista Implicado*. São Paulo, Zagodoni.
- MBEMBE, A. (2018). *Necropolítica, biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo, n-1 edições.
- PEREIRA, Silvia de Oliveira (2009). *Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: elementos para um debate sobre integralidade*. Dissertação de mestrado. Bahia, Universidade Federal da Bahia.
- UNITED NATIONS (ONU). (2020). *United Nations General Assembly resolution 48/96*. dec. Disponível em: <<https://www.un.org/disabilities/documents/gadocs/standardrules.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- VORCARO, Angela, e CATÃO, Inês (2015). Invocação e endereçamento: sobre a sustentação teórica de uma práxis com o *infans*. In: MALISKA, Maurício Eugênio. *A voz na psicanálise: suas incidências na constituição do sujeito, na clínica e na cultura*. Curitiba, Juruá.

# No meio do caminho teve uma pandemia: preparando profissionais da saúde para trabalhar no mundo real

Elisa Zaneratto Rosa<sup>1</sup>  
Hugo Cantalogo Couto<sup>2</sup>  
Carolina Almeida Rode<sup>3</sup>  
Mariá Rosa Ramos<sup>4</sup>

## Introdução

Em dezembro de 2019, anuncia-se na China, mais especificamente em Wuhan, o advento de uma nova doença, a Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, com potencial pandêmico. Um mês depois do primeiro caso, devido à sua rápida disseminação e internacionalização, a enfermidade foi considerada, no dia 30 de janeiro de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Emergência de Saúde Pública de Relevância Internacional (ESPII). Com o aumento exponencial de casos e mortes, em 11/3/2020, o respectivo órgão internacional declara situação de pandemia do novo coronavírus, motivada

---

1 Professora doutora em Psicologia, PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

2 Preceptor graduado em Psicologia, UBS Jardim Guarani.

3 Estudante de Psicologia, PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

4 Estudante de Psicologia, PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

por sua alta capacidade de transmissão, pela indução de quadros respiratórios graves, falta de imunidade prévia na população e inexistência de vacinas e quaisquer métodos farmacológicos eficazes no tratamento da doença. A enorme mobilização requerida para o enfrentamento de uma das maiores crises sanitárias desde a pandemia por influenza H1N1 entre 1918 a 1920 (Lima, 2020), fez com que a OMS alertasse para os impactos na saúde coletiva da população global, assim também como para danos sociais e econômicos, principalmente nos países que possuem menores índices de desenvolvimento humano, com maiores índices de pobreza e desigualdade social.

As pessoas que vivem em condições sociais mais precárias têm menos condições de cumprir as medidas preconizadas para a contenção da disseminação do vírus, menor acesso aos sistemas de saúde e maior probabilidade de apresentar condições de saúde que são fatores de risco para a Covid-19. Essa é a realidade do Brasil. Aqui, o primeiro caso de coronavírus foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020. Dia 12 de março de 2020, morre a primeira vítima pela Covid-19, já com vários estados em situação de transmissão comunitária. Com índices de mortes e contaminações cada vez maiores, o Brasil encerra o ano de 2020 como o terceiro país com o maior número de casos e o segundo país com o maior número de mortes pelo novo coronavírus. São mais de 190 mil mortes e 7,5 milhões de pessoas contaminadas. Em número de mortes, está atrás apenas dos Estados Unidos, que tem cerca de 340 mil mortes ao final de 2020<sup>5</sup>.

A crítica situação vivida pelo país não reflete somente os impactos da desigualdade social, mas de uma profunda crise política que marcou a gestão da pandemia no Brasil (Henriques e Vasconcelos, 2020). Na ausência de um plano nacional organizador das ações, as gestões estaduais e municipais regulamentaram medidas de contingenciamento para inibir a transmissão da doença e diminuir a demanda instantânea por cuidados à saúde, mitigando suas consequências e diminuindo os

---

5 Esses dados são atualizados diariamente. Disponível em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>>. Acesso em: 21 dez. 2020.

índices de contaminação e morte pelo novo coronavírus. Tudo isso se deu em meio a importantes disputas de narrativas em torno de propostas antagônicas, alimentadas por resistências ao conhecimento científico, pelo crescimento do autoritarismo e pela propagação de informações falsas, processos corroborados pela posição do Governo Federal, que inclusive dificultou acesso a informações e se eximiu de seu papel na apresentação e coordenação de um plano nacional de ação. As consequências dessas condições fizeram a realidade da pandemia no Brasil se configurar como uma tragédia.

As políticas públicas de assistência social, trabalho, educação, habitação e tantas outras são ferramentas essenciais na mitigação dos efeitos da pandemia na população, as quais devem garantir a proteção e a saúde da população. Do ponto de vista das políticas de saúde, os serviços públicos possuem papel central no combate à disseminação do novo coronavírus e na garantia do direito à saúde, sobretudo considerando os impactos da desigualdade social, agravados em um contexto pandêmico. No conjunto de demandas por ações no âmbito da saúde pública, o contexto pandêmico e a complexidade das condições configuradas no país fazem emergir significativas demandas para o campo da saúde mental, desafiando a prática no campo da atenção psicossocial.

De acordo com um relatório lançado pela Organização das Nações Unidas no dia 13 de maio de 2020 (United Nations, 2020), as sociedades enfrentam uma crise de saúde mental em âmbito mundial e as ações no campo da saúde mental devem também ser prioridade no controle dos efeitos da Covid-19 e nas ações em saúde. São muitos os fatores que impactam a saúde mental dos sujeitos, demandando cuidados: as inseguranças acerca das possibilidades de contaminação por uma doença potencialmente fatal, a possibilidade de transmissão para entes queridos, a solidão do isolamento social, a necessidade de trabalhar presencialmente sob condições de risco, a interrupção de planos e atividades em curso, o fechamento de espaços coletivos e de sociabilidade, a impossibilidade de realizar ritos culturais coletivos (como funerais e casamentos), dentre outros.

O aumento nos níveis de estresse, ansiedade e preocupação, além da sensação de falta de controle colocam os sujeitos em constante estado de alerta e impotência.

Diversos estudos foram realizados buscando entender quais seriam os fatores de risco mais importantes durante esse período pandêmico. Dentre eles, o fator psicossocial foi considerado um dos mais preocupantes, impactando de forma importante a saúde mental da população, com destaque para os próprios profissionais de saúde (Muller et al., 2020). O cenário atual, repleto de urgências relativas às condições sanitárias, sociais e econômicas e de seus impactos psicossociais, acende um alerta em relação à saúde mental da população. Somam-se às preocupações com pessoas, que já apresentavam quadros de sofrimento psíquico e com a garantia da continuidade do seu cuidado, as preocupações com a incidência de novos casos e, nesse conjunto, com o necessário cuidado aos cuidadores, trabalhadores da saúde.

Os vários desafios que se colocam partem da necessidade do manejo do cuidado em concomitância com o desenvolvimento de estratégias de prevenção e enfrentamento ao novo coronavírus, a fim de garantir a atenção psicossocial em um momento impulsionador de muitas situações de sofrimento psíquico. Essa está longe de ser uma tarefa fácil, tendo em vista que o trabalho em saúde mental, desde a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, é orientado pelos princípios da saúde coletiva, da territorialização e da participação social, valorizando-se o sujeito e seu protagonismo (Martins et al., 2020). Portanto, trata-se de um modelo complexo de atenção, em que o cuidado singular opera com base em estratégias territoriais, coletivas, em rede, a serem reinventadas diante da reorganização dos serviços no contexto da pandemia. Para isso, é importante que toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) seja mobilizada.

Neste capítulo, apresentaremos os desafios enfrentados pelo PET-Saúde Interprofissionalidade na busca de contribuir para o cuidado em saúde mental, nesse contexto de pandemia, com base em diversos pontos da RAPS. Essa trajetória terminou por representar

uma potente experiência de formação para o SUS e pelo SUS para estudantes, trabalhadores, docentes e pesquisadores envolvidos no projeto, como buscaremos demonstrar ao apresentar um pouco dos caminhos percorridos.

### **Ações do PET-Saúde no território da Brasilândia no contexto da pandemia Covid-19: desafios e potências para o cuidado em saúde mental**

As primeiras medidas instituídas quando deflagrada a pandemia da Covid-19 no Brasil representaram uma significativa reorganização dos serviços e da universidade. No caso da rede de atenção em saúde, seguindo referências e protocolos gerais (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2020; Ministério da Saúde, 2020) e com especificidades relativas à gestão do município, do território e de cada Unidade, podemos destacar a interrupção de todas as atividades grupais, a reorganização das equipes com foco em atividades essenciais relativas à prevenção, atenção em relação à infecção pelo novo coronavírus e a demandas consideradas prioritárias, com a orientação geral de que a presença de usuários nos serviços fosse restrita a situações absolutamente necessárias. Isso significava a interrupção de todos os grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), estratégia investida pelo PET-Saúde Interprofissionalidade para o enfrentamento de processos de medicalização e qualificação do cuidado em saúde mental com base em práticas colaborativas, assim como das atividades em desenvolvimento para o mapeamento e o enfrentamento dos processos de medicalização de crianças da primeira infância, como o grupo de monitoramento infantil e os projetos para a implementação de grupos GAM especialmente voltados às crianças da rede, diagnosticadas ou com suspeita de apresentar Transtorno do Espectro Autista (TEA) e seus familiares.

Ao mesmo tempo, do ponto de vista da universidade, foram suspensas, num primeiro momento, todas as atividades presenciais e, em relação às atividades de estágio e extensão, adotou-se a orientação de

assumir medidas comprometidas, antes de tudo, com a interrupção da propagação do vírus, mantendo-se apenas a presença relativa às atividades tomadas como essenciais pelos serviços. Assim, estando interrompidas nos serviços as atividades relacionadas aos investimentos do PET-Saúde, interrompia-se também a presença de bolsistas em campo.

Contudo, desde o início sustentamos a certeza de que era preciso manter as reuniões semanais do PET-Saúde Interprofissionalidade, envolvendo tutores, preceptores e bolsistas. Desses encontros, emanou-se também a certeza de que era preciso dar continuidade ao projeto PET-Saúde no território, considerando seus objetivos e o percurso até então desenvolvido. A certeza derivava de algumas constatações, as quais foram se consolidando em estudos e referências técnicas nos meses que se seguiram, mas que afloravam desde o início da pandemia, com base na percepção sensível dos preceptores que, do conjunto de pessoas envolvidas, eram os que se mantinham nos serviços e compartilhavam com o coletivo a realidade da rede, do território e da população assistida naquele momento. A primeira constatação era de que a pandemia vinha acompanhada de intensos e complexos processos de sofrimento psíquico, envolvendo especificidades nas vivências de usuários e trabalhadores do SUS. A compreensão mais ampla desse processo foi se revelando adiante, por inúmeros ensaios, pesquisas, notícias e relatórios que caracterizavam uma importante crise de saúde mental.

Podemos destacar o aumento de quadros de transtornos mentais, de consumo de substâncias, de uso de medicação (Whitaker, 2020). Sem dúvida, esse consumo se intensifica diante da escassez de oferta de outras estratégias e dispositivos de cuidado com a reorganização dos serviços, já que as trajetórias da clínica ampliada no campo da atenção psicossocial têm demonstrado como as tecnologias fundamentadas na escuta, no vínculo, nas práticas coletivas, na singularidade do sujeito, em sua participação política, representam respostas substitutivas eficazes aos modelos medicalizantes na atenção em saúde mental (Zanella et al., 2016).

Em relação à infância e à adolescência, no contexto da pandemia, entende-se que crianças e jovens são afetados de variadas formas, a depender das suas condições de vida (Surjus et al., 2020). No que tange à população infantil com TEA, entende-se que, diante da imposição da condição limitante do isolamento social e dos protocolos de controle, higiene e proteção envolvidos, bem como a suspensão das fontes de apoio no cuidado, as vulnerabilidades desse grupo social venham a ser agravadas. Ainda, se considerarmos a realidade de medicalização das questões da infância (Moysés e Collares, 2013), teremos aí um foco de preocupação importante.

Podemos dizer que, no conjunto, os serviços se deparam com uma contradição explícita, que convoca a um desafio: a intensificação de demandas de saúde mental e uma reorientação da assistência, em função dos protocolos adotados pela pandemia, que, ao interromper dispositivos grupais e comunitários, pode favorecer a ampliação de processos medicalizantes (Guljor e Amarante, 2020). A preocupação com esses processos intensificou-se, no nosso território, pelo fato de os usuários receberem medicação por um período estendido, a fim de diminuir a sua frequência nos serviços.

Essa medicalização do sofrimento emocional em reação à pandemia está relacionada a um problema maior na sociedade atual. Nos últimos 40 anos, houve uma expansão extraordinária do empreendimento psiquiátrico nos países desenvolvidos, fato que pode ser interpretado como mais do mesmo. (Whitaker, 2020, p. 29)

Frente a essa realidade, Guljor e Amarante (2020) convidam a fugir da visão reducionista do modelo biomédico, que traduz o sofrimento a diagnósticos psiquiátricos. É preciso recusar a “[...] psiquiatrização e/ou psicologização das fragilizações subjetivas fruto das intempéries cotidianas” (Guljor e Amarante, p. 43).

Se resistirmos a analisar nosso sofrimento através das lentes das doenças, conseguiremos enxergar que grande parte do sofrimento presente surge em ambientes sociais que podem ser extremamente prejudiciais por muitos motivos.

Em suma, a pandemia pode nos ajudar a redescobrir que sofrer em resposta a ambientes difíceis apenas significa que somos humanos. (Whitaker, 2020, p. 30)

Isso posto, algumas prerrogativas foram assumidas pelo coletivo PET-Saúde Interprofissionalidade. As demandas de saúde mental e o enfrentamento dos processos de medicalização, foco pactuado com base nas necessidades já existentes no território, estavam intensificados pela pandemia. Diante disso, era preciso reconhecer os sofrimentos deste tempo e desse território, cuidando da saúde mental em uma perspectiva não patologizante. Manter as grupalidades constituídas foi uma premissa assumida para garantir continuidade no cuidado em saúde mental no território. Para isso, o acolhimento e os vínculos seriam estratégicos. Por fim, era preciso uma boa dose de reinvenção e de gestação de novos projetos.

O PET-Saúde envolveu-se nesse cenário anunciando, de partida, uma condição dessa experiência de parceria universidade-serviços essencial para que a própria rede possa sustentar empreendimentos dessa monta sob circunstâncias tão adversas: o apoio. Para Passos e Carvalho (2015), apoiar equipes em processos de trabalho faz parte da formação, em uma relação que não está pautada pela transmissão de supostos saberes, mas pela cumplicidade com os agentes da saúde. Entendemos que os coletivos envolvidos nas ações do PET-Saúde experimentam essa relação, de modo que os sentimentos de pertencimento ao grupo e de corresponsabilização coletiva permitem a contratação de realização de tarefas que qualificam as práticas e os espaços de trabalho. “Apoiar é fomentar experiências coletivas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho” (Passos e Carvalho, 2015, p. 96).

Nos percursos de experimentação da GAM no território temos evidenciado a importância do apoio para a sustentação de uma prática

que desafia as equipes pelo modo desestabilizador como as questões de saúde mental são apresentadas e os saberes em saúde são confrontados (Rosa et al., 2020; Caron e Feuerwerker, 2019). No contexto da pandemia, coletivos foram destituídos no cotidiano dos serviços, os processos de trabalho foram tomados pela intensidade das demandas, as afetações testadas em seus limites, sendo que tudo isso operou no bojo de políticas neoliberais que incidem nos modelos de atenção e na gestão do trabalho sob a forma de precarização (Mendes, 2015). Diante de condições tão adversas, não há outro modo de sustentar grupalidades, apostar na manutenção dos vínculos para persistir no acompanhamento do cuidado e reinventar práticas e fazeres, se não pela experiência de apoio. Apoio como fazer coletivo e compartilhado, ancorado na possibilidade da troca dos desejos e das apostas, das dúvidas e das angústias, das referências e dos saberes, dos fracassos e das impossibilidades.

Assim, naquilo que pudemos manter, naquilo que abrimos mão, naquilo que criamos e recriamos para o cuidado em saúde mental e o combate à medicalização no território da FÓ/Brasilândia no contexto da pandemia, temos a constatação de que todo o possível se deveu à condição da própria grupalidade PET-Saúde, estendida a trabalhadores e usuários envolvidos em seus projetos: um coletivo de produção de experiências apoiadas.

Passaremos a analisar os desafios enfrentados e as potências identificadas na busca de respostas a três grandes categorias de necessidades.

### *Sustentação das grupalidades*

Desde as transformações pautadas pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica aos modelos de atenção em saúde mental, os grupos são afirmados como dispositivos estratégicos nos serviços e no processo de cuidado (Guatarri, 1992; Cooper, 1971; Lancetti, 1993). Nessas experiências coletivas, resgata-se a dimensão das trocas, da contratualidade e das relações das quais foram destituídos os sujeitos

à medida que foram capturados pela condição de “doentes mentais”. As experiências GAM no território da Brasilândia, que se desenvolvem de modo mais sistemático desde 2017, assim como outras experiências GAM no Brasil e em outros países, coadunam com essa perspectiva, à medida que experimentam grupalidades capazes de sustentar na radicalidade princípios muito caros aos processos de Reforma Psiquiátrica: horizontalidade e intercâmbio de saberes, envolvendo diferentes trabalhadores e usuários dos serviços, aposta na autonomia e no protagonismo dos usuários, cogestão ou gestão compartilhada entre usuários, gestores, trabalhadores e comunidade nos processos institucionais, coletivos e nos projetos singulares de cuidado.

A potência desses grupos fez com que o PET-Saúde apresentasse aos serviços a possibilidade de dar continuidade aos grupos GAM em andamento durante a pandemia na modalidade online. Compreendia-se que esse investimento seria importante como estratégia de cuidado que correspondia às necessidades da população do território, mas também da própria equipe, que, nas experiências GAM, vinha experimentando um espaço de diálogo com importantes efeitos transformadores de seu trabalho. Rosa et al (2020), ao referirem os efeitos de produção de saúde mental para os trabalhadores envolvidos nos grupos GAM do território FÓ/Brasilândia, afirmam:

Esses são tensionados a experimentarem tanto outro lugar quanto outro fazer como profissionais, ressignificando suas trajetórias e as condições sob as quais se inserem seu trabalho, o que tem propiciado efeitos importantes também do ponto de vista dos sofrimentos por ele vivenciados. Insistentemente eles revelam que o GAM é o grupo no qual não precisam ter as respostas, mas escutam, podem falar e, também, compartilhar suas dores, angústias e experiências. (Rosa et al., 2020, p. 89)

Sob as condições de trabalho enfrentadas na pandemia, a retomada desses grupos teria um sentido importante. Eles representavam a possibilidade de um trabalho em saúde que resgatasse as grupalidades, não apenas dos usuários, mas da própria equipe.

É preciso dizer que, nesse processo, os diálogos estabelecidos com o Observatório Internacional de Práticas GAM, do qual a PUC-SP é signatária, foram essenciais, na medida em que a troca com experiências GAM de outros lugares apontavam também para a importância de ousar em relação a esse novo modo de fazer GAM, possibilitando o compartilhamento de dificuldades encontradas e estratégias adotadas. Assim, em tempos diferentes, considerando especificidades de cada serviço e de cada grupo, os quatro grupos GAM implementados no território (UBS Jd. Guarani, UBS Terezinha, UBS Sylmaria e CAPS AD III) voltaram a ocorrer, de forma remota, durante o ano de 2020. A retomada envolveu diálogos prévios – e permanentes – com as equipes, buscando construir coletivamente uma pactuação para a continuidade dessa experiência, num formato absolutamente novo. Envolveu também diálogos com usuários, buscando conferir a possibilidade e desejo de participação.

No percurso, muitas dificuldades: a questão do acesso aos recursos para participação on-line, a qualidade dessa participação, o manejo de crises, a impermeabilidade das paredes de um grupo que ocorria simultaneamente em muitos lugares, a recepção de novos participantes. Cada dificuldade foi tomada como desafio e, nas respostas a elas, as experiências revelam uma construção delicada, movida pela necessidade de produzir encontros. *“A gente tem que depender também dessa troca de afetividade com as pessoas. Quando não temos os encontros presenciais, essas atividades virtuais cumprem essa função”*, afirma um participante do grupo.

Sustentar grupalidades como troca de afetividade: o coletivo GAM do território da FÓ/Brasília reconheceu a importância da manutenção dos encontros como forma de fortalecimento da comunidade, de modo a afirmarem: *“O GAM ajuda a lidar com a pandemia”*, e essa afirmação é de um membro da equipe, que complementa: *“sobretudo para nós, profissionais”*. Temos aprendido que, em situações de desastres, a organização e o fortalecimento dos coletivos em uma perspectiva solidária e sua participação no enfrentamento da situação é uma condição de saúde mental (Conselho Federal de Psicologia,

2011; Noal, Passos e, Freitas, 2020). A situação disparada pela pandemia intensifica o sentimento de solidão, diante do qual a persistência nos laços, ou seja, a manutenção das grupalidades, é essencial. Nas palavras de um usuário: *“O GAM é importante porque nos sentimos sozinhos e a conversa é uma forma de cura”*.

Consolidadas as experiências dos grupos GAM on-line, e diante dos muitos desafios enfrentados no manejo dos encontros sob essa nova forma, o coletivo decidiu retomar um espaço historicamente muito importante: os encontros mensais de usuários, trabalhadores, gestores e atores da universidade envolvidos nas experiências GAM desse território e de territórios parceiros. Trata-se do coletivo gestor das experiências GAM, chamado informalmente de Gamzão. Um GAM de todos os GAMs, um grupo de grupos. Grupalidade potente, que tem se constituído como apoio fundamental para as experiências GAM (Rosa et al., 2020). Nos dois encontros mensais realizados de forma on-line nos últimos meses de 2020, os participantes compartilharam dificuldades e estratégias adotadas nos grupos realizados remotamente, fortalecendo-se para a continuidade do trabalho: *“Esse grupo traz para nós esperança de dias melhores”*, afirma um participante ao final da última reunião do coletivo GAM em 2020.

A experiência mostra, no entanto, que nem sempre é possível. Condições configuradas pela gestão do trabalho em cada serviço, assim como a própria fragilidade da constituição grupal tornaram a experiência na UBS Jd. Vista Alegre menos exitosa. Nessa unidade acontecia quinzenalmente o grupo de monitoramento infantil, formado no final de 2018, com crianças de 2 a 6 anos de idade, com suspeita de TEA, transtornos globais do desenvolvimento e outras deficiências. No começo de 2020, já em articulação com o PET, o grupo baseava-se nos princípios da GAM e da Interprofissionalidade. Realizavam-se atividades lúdicas de estimulação com as crianças em coletivo e, simultaneamente, acontecia um grupo com familiares na sala de espera. O grupo tinha o objetivo de proporcionar um espaço de escuta, diálogo, compartilhamento, discussão e elaboração de angústias para as famílias, esperando mobilizar a solidariedade e o

apoio entre os familiares das crianças, com vistas a formar uma rede de cuidado, composta não só pela UBS, mas por outros membros da comunidade.

Diante do cancelamento dos grupos, acompanhado do reconhecimento do papel central dos familiares na pandemia para o cuidado às crianças em condição de isolamento social, decidiu-se que a melhor opção para garantir a continuidade do cuidado com elas seria dar prosseguimento ao grupo de familiares do monitoramento infantil, de forma on-line. Voltar a atenção às famílias é uma forma de zelar pela rede de cuidado dessas crianças e também de atentar para a saúde de seus cuidadores.

Assim, as profissionais entraram em contato com os familiares e marcaram a reunião remota por meio de videochamada. Três encontros foram realizados. Ainda que com baixa participação, as mães compartilharam as dificuldades relativas à falta da creche e dos serviços de atendimento, afirmando necessidade de auxílio com as crianças. Tomou-se conhecimento sobre avanços no desenvolvimento de algumas crianças, valorizando-se essa evolução, aprendizado e o esforço dos familiares na estimulação dos filhos. Algumas estratégias foram compartilhadas com as mães que enfrentavam dificuldades em casa. Apesar da aprovação das mães quanto aos encontros on-line, o grupo foi cancelado, pois ficou evidente o baixo alcance da proposta e a falta de acesso às outras famílias – com algumas delas, nem o contato telefônico foi possível. Diante dessa situação, viu-se como necessário rever o plano de cuidado proposto.

Porém, alguns obstáculos foram ressaltados: a desorganização do serviço, a sobrecarga de exigências no contexto pandêmico e a falta de pessoal devido ao grande número de afastamentos por motivos de saúde dificultavam a gestação de novos projetos. Essa realidade também evidenciava necessidades de cuidado da equipe, que enfrentava uma situação de maior tensão emocional e menor capacidade de ação no serviço.

Com base nesses apontamentos e nas demandas colocadas, decidiu-se insistir na comunicação individual com as famílias com as

quais não se tinha contato e, como forma de resguardar alguma grupalidade no cuidado, fez-se um convite às mães do grupo de monitoramento infantil para comporem o grupo on-line de mulheres da UBS. Essa proposta, de caráter temporário, visava preservar e expandir o espaço de diálogo e de compartilhamento para as mães e mulheres, ampliando e potencializando a possibilidade de troca de saberes e de experiências em um grupo unificado. O grupo de mulheres, a princípio, não tinha como foco o cuidado com crianças, entretanto, durante a pandemia, o assunto mais frequente tornou-se os filhos, a Covid-19 e as novas rotinas em casa. A participação delas, contudo, foi novamente muito frágil, de modo que se constatou a impossibilidade de dar continuidade às estratégias coletivas de cuidado para os familiares do antigo grupo de monitoramento infantil e passou-se a gestar estratégias individuais.

A condição incomum de vivência provocada pela pandemia do novo coronavírus, em uma de suas muitas facetas, acentuou os afastamentos, as individualidades, o “cada um por si”, o “sobreviva quem puder”. Como resistência, procuramos investir e insistir nas estratégias conjuntas de enfrentamento ao sofrimento psicossocial, por meio da sustentação de grupalidades. Porém, nem sempre foi possível. Excedida a capacidade dos serviços de se reinventarem, das equipes se organizarem e das famílias participarem, a tentativa do PET em articulação com a UBS Jd. Vista Alegre de assegurar alguma forma de cuidado coletivo potente não foi capaz de superar as adversidades que o contexto impôs, tendo prevalecido os desencontros e as desarticulações. Destaca-se, assim, o desafio que se põe à RAPS de inovar para dar conta das demandas de saúde mental na pandemia.

### *Continuidade do cuidado e manutenção dos vínculos*

Na saúde mental, aliados de uma abordagem antimanicomial, o vínculo e o acolhimento edificam valores afetivos e consideram a subjetividade do usuário no processo de produção de saúde. O acolhimento é um dispositivo de comunicação e escuta, relacionado ao

acesso do usuário ao serviço, com vistas a dar respostas adequadas às demandas apresentadas, ressaltando a singularidade de cada indivíduo. É ainda uma ferramenta que estrutura a relação entre o serviço e a população e estabelece a responsabilização pela escuta e cuidado de suas necessidades de maneira resolutiva, contribuindo para a humanização da relação, para o respeito às individualidades e para a satisfação do usuário (Schimith e Lima, 2004). O vínculo, por sua vez, é uma relação de troca, de afeto, que indica a importância do movimento da rede com o usuário e a responsabilização mútua. Esse conceito propõe não só que os trabalhadores conheçam os usuários e suas demandas, mas que estes últimos tenham protagonismo e papel ativo na construção do seu próprio cuidado. Esse dispositivo, quando usado como ferramenta que agencia a relação e a troca de saberes entre equipe e usuário (Santos et al., 2008), promove a corresponsabilização e cogestão do cuidado, dividido entre equipe, usuário, família e comunidade, e promove a integralidade da atenção à saúde, ao democratizar e horizontalizar os processos de construção do cuidado. Entende-se que o vínculo pode vir a ampliar a eficácia das ações em saúde e a gerar a autonomia do usuário (Schimith e Lima, 2004).

Dada a importância de tais tecnologias relacionais na construção do cuidado em saúde, os projetos articulados ao PET-Saúde Interprofissionalidade da PUC-SP em andamento no território da Brasilândia, desenvolveram estratégias de cuidado baseadas no acolhimento e no fortalecimento de vínculos. Ao ser deflagrada a pandemia, as mudanças operadas nos serviços produziram uma desarticulação, desorganização e desestabilização inicial da rede, dos profissionais e da estratégia de saúde em voga, diante das quais o vínculo e o acolhimento representavam a possibilidade de dar continuidade ou de reestabelecer o cuidado em saúde mental.

No Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-IJ) da Brasilândia, o PET-Saúde inseria-se no grupo de estimulação, que tinha como foco as crianças da primeira infância com transtornos globais do desenvolvimento, auxiliando na construção do cuidado. Interrompidas as atividades do grupo, diferentes estratégias foram

elaboradas ao longo dos meses para garantir o cuidado psicossocial à população atendida, ainda que remotamente. Porém, enfrentaram-se dificuldades estruturais e institucionais nesse processo, relativas às impossibilidades de acesso de usuários e da equipe aos recursos necessários.

Considerou-se, então, a importância de mapear a situação atual das crianças e famílias atendidas pelo CAPS-IJ nesse contexto atípico por meio da escuta territorial. Assim, decidiu-se por uma busca ativa individual às famílias de crianças de 0 a 6 anos registradas no CAPS-IJ, por meio de ligações telefônicas, visando responder a um questionário que permitisse identificar a condição atual dos usuários e possíveis demandas. O primeiro elemento importante da realização das ligações foi a atenção às necessidades em sua singularidade, garantindo o protagonismo do usuário e convocando-os a falar sobre suas necessidades como ponto de partida para pensar uma nova forma de cuidado no contexto pandêmico. Ainda, escutar o território permite conhecer os recursos emergenciais criados e as potencialidades exploradas pelos usuários no contexto de isolamento social, que podem vir a ser adotadas como forma de cuidado para outras famílias. Dessa forma, valoriza-se o saber do território e adota-se, na produção do cuidado em saúde, o conhecimento prático, a criatividade e a inventividade produzida pelos usuários no contexto pandêmico, subsidiando ações de cuidado mais resolutivas e efetivas.

Além de adquirir informações sobre o território, as ligações tiveram o caráter de acolhimento breve, proporcionando um espaço de escuta e de sensibilização. Os petianos, a princípio desconhecidos pelo território, mas representando o CAPS-IJ, quando em contato telefônico com a população puderam escutá-los, reconhecer e validar seus sofrimentos e dificuldades, valorizar seus recursos práticos na lida com as crianças, identificar suas necessidades e perpetuar o vínculo existente entre usuários e serviço. O estreitamento da relação da população com o serviço, apesar da ausência de atendimentos e de encontros presenciais reafirmou o compromisso da rede pública de saúde com a população, independente das adversidades encontradas.

Também na continuidade dos grupos GAM do território, houve uma aposta no vínculo e no acolhimento para além da manutenção dos encontros grupais na modalidade on-line, sendo reconhecida a importância do acolhimento diante de uma condição que demonstrava intensificar as experiências de sofrimento mental. Era preciso saber o modo como os usuários dos grupos GAM estavam enfrentando esse momento e dar continuidade ao seu cuidado.

Houve um investimento, nos diversos grupos GAM instituídos com a população adulta, de organizar uma forma de entrar em contato com cada participante. Os contatos foram, em um só tempo, uma forma de anunciar o desejo de seguir com os encontros de forma on-line, consultando e orientando sobre essa possibilidade, e uma forma de retomar a presença do serviço no acompanhamento e no cuidado desses usuários. O mais importante do processo disparado desde então foi a possibilidade de manter vivo um cuidado singularizado, que anuncia para o outro a aposta, a insistência e o compromisso com a sua vida. Uma usuária de um grupo GAM de uma UBS foi quem melhor expressou o sentido dessa estratégia: “*Meu marido disse: ‘Acho que o GAM não vai ligar para você’. E eles ligaram!*”, afirma ela sorrindo, ao referir-se à surpresa de receber a ligação do grupo GAM, então realizada por um membro da equipe. Ligaram para ela no sentido de fazer uma chamada. Ligaram para ela no sentido de se importarem com ela. Era disso que ela nos dizia.

Com isso, a GAM seguiu fazendo ligações, nos múltiplos sentidos que essa frase pode ter. O vínculo e o acolhimento não são produzidos apenas na relação entre profissionais e usuários, eles são produzidos pelas relações entre os diferentes participantes dos grupos. “*Nós estamos unidos*”, afirma um usuário, em um momento em que estar unido é estratégia de resistência em defesa da vida. A aposta no vínculo e no acolhimento para dar continuidade ao cuidado representou aposta e valorização na vida dessas pessoas, em um cenário em que a perda de milhares de vidas e o descaso das políticas (não)

implementadas, sobretudo em territórios como o da Brasilândia, fortemente afetado pela pandemia, afirmam o contrário: “*Vocês estão salvando vidas*”, diz uma usuária.

### *Gestação de novos projetos no contexto da pandemia*

A pandemia exigiu a criação de novas estratégias de cuidado, novos modos de trabalho em saúde, novas formas de produzir encontros e defender a vida, como é próprio do campo da Reforma Psiquiátrica: “[...] reconhecido por ser um campo criativo, seja em uma perspectiva epistemológica seja em uma perspectiva sociocultural” (Guljor e Amarante, 2020, p. 43). O PET-Saúde já enfrentava o desafio de criação de um projeto em novo campo, devido a uma troca de preceptores. Ainda sem estrutura e lugar definidos, ele começa a ser gestado em maio de 2020, em plena pandemia. Foram discutidas maneiras de se viabilizar um nascimento em meio ao medo da morte, considerando todos os atravessamentos advindos das dificuldades desse contexto.

Tomando a pandemia como foco, decidiu-se pelo lócus do projeto: a UBS Jardim Guarani. Essa unidade tem em sua constituição um importante acúmulo no trabalho com grupos, resultante de diversos anos de investimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de uma gestão muito alinhada aos princípios da clínica ampliada. Assim, é muito consolidada na UBS a importância de um trabalho fundamentado nas demandas e construções do território. Essa realidade permitia que a UBS estivesse, além do GAM, com outros grupos em funcionamento. Era preciso, contudo, constituir vínculo, de modo que foram realizados encontros virtuais com trabalhadores da UBS, que debateram o território e as possibilidades de atuação. Todas as propostas esbarravam em problemas comuns: dificuldade de envolvimento dos profissionais pelo volume de trabalho, falta de recursos objetivos e subjetivos da população para um grupo on-line e ausência de um vínculo já constituído para iniciar um grupo remoto. Nesse processo de diálogo, a gerente da unidade reforçou

a fundamental importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) durante a pandemia, sendo eles os responsáveis pelo acompanhamento da população diante da interrupção de grupos e consultas. Ficou proposto, então, que o projeto teria em sua construção a presença dos ACSs, pois são eles os representantes do território na UBS, e aos poucos ele ganhava corpo.

Foram realizados grupos com as ACSs que acompanhavam famílias de crianças de 0 a 6 anos com diagnóstico ou suspeita de TEA, possibilitando discussões sobre os casos e o modo de essas crianças serem cuidadas. Uma pergunta importante se instaurou: trata-se de características das crianças, patologizadas com base em suas condições de desenvolvimento, ou estamos diante de efeitos dos modos das famílias se relacionarem com essas crianças, mantendo-as aprisionadas aos discursos patologizantes e medicalizantes? Os diagnósticos expressos pelas famílias são muitas vezes desacompanhados de saberes profissionais e carregados de estereótipos.

Diante disso, o conhecimento das ACSs se torna fundamental: elas são o vínculo da UBS com as famílias e com isso se tornam também uma fonte imprescindível de informações acerca do que é o TEA, como cuidar dessas crianças, quais as relações entre o social e o patológico. Também são agentes estratégicos em possibilidades de cuidado à saúde mental dessas crianças, profissionais que descentralizam o saber médico-centrado (orientado muitas vezes por lógicas medicalizantes, focadas na doença) e as inserem no contexto social relacionado à produção de sofrimento psíquico.

Os encontros também provocaram discussões sobre as condições da saúde pública e da saúde privada, à medida que as ACSs traziam a sistemática escolha das famílias pelos serviços do campo privado, motivadas por avaliações negativas do SUS, pelas quais as famílias descredibilizam os cuidados oferecidos pela rede pública, tomados como insuficientes para o acompanhamento de seus filhos. Assim, o grupo ganhou um objetivo: construir modos de consolidação do vínculo das famílias com o serviço de saúde público por intermédio das ACSs, melhorando o atendimento às respectivas famílias

e crianças com TEA. Diante desse objetivo, pensar sobre os atravessamentos que mediam as relações das famílias com a saúde pública é fundamental.

As demandas das famílias por diagnóstico e remédios, que tornam comportamentos não aceitos socialmente como indícios suficientes para considerá-los desviantes ou patológicos, colocam as ACSs como figuras centrais na ampliação do debate com a população. Na pauta, a importância de pensar os diversos contextos e variáveis que atravessam os sujeitos nos seus processos saúde-doença, colocando em análise os efeitos e o papel da medicação, assim como as noções médicas hegemônicas de saúde. Isso permite apontar para a viabilidade e a qualidade de outras formas de cuidado e intervenção oferecidos pelo SUS, como os grupos, os acompanhamentos interprofissionais (executados também pelas ACSs), as práticas orientadas pela estratégia GAM, e outros desenhos orientados pela atenção psicossocial e pela cogestão do cuidado. Assim, em meio à pandemia, e sobretudo pelas condições da pandemia, vamos criando novas formas de enfrentar a medicalização e patologização das crianças e de suas experiências de sofrimento.

As diretrizes da Reforma Psiquiátrica apontam para valores fundamentais como a integralidade, a equidade e a liberdade. No entanto, seus projetos estão sempre em construção, provisórios e inacabados como as histórias de vida de cada sujeito em sofrimento. (Guljor e Amarante, 2020, p. 44)

## **Reflexões sobre o processo de formação para a saúde na pandemia**

Percorrido um caminho de nove meses da experiência PET-Saúde em pandemia, com todos os redesenhos, as invenções e o enfrentamento de dificuldades aqui relatados, estudantes, preceptores e tutoras significam essa experiência com uma pluralidade de expressões e sentidos que denotam uma significativa contribuição para o processo

de formação em saúde. Em meio aos sentimentos que em geral invadiram nossa existência no ano de 2020, muito marcados pelo isolamento, pela interrupção de experiências, angústia, dificuldade de seguir e persistir, a produção do PET-Saúde no percurso da pandemia caracteriza-se pela reinvenção, nomeada por um participante do projeto como “Morte e vida Severina”, em referência à obra literária brasileira.

Nas imagens que marcam essa vivência, os participantes referem a intensidade do trabalho, mas de um trabalho que possibilitou a construção de sentido em coletivo. A dimensão do coletivo é muito referida: manutenção de vínculo, possibilidade de ligações, conectividade, trabalho em rede. Ao lado desses elementos, muito forte e significativo o reconhecimento da resistência como fundamento dessa experiência. Assim, o trabalho no PET foi referido como um chamado para a luta no contexto de pandemia, como possibilidade de recomeço, perseverança e esperança. Assim como a literatura, a música é trazida para dizer da experiência do PET-Saúde: “*Eu quero é botar meu bloco na rua*”. Nas palavras de uma participante do projeto “*Estava todo mundo dizendo como segura o coronavírus, e o PET nos perguntava: como toca para frente?*”. Assim, essa experiência de produção e trabalho em saúde foi também respiro, alegria e bom humor em meio à vida em pandemia. “*O PET me atravessou*”, ouvimos nós no encontro de balanço da experiência, com o agradecimento por uma experiência que trouxe sentido para a formação e para os dias pandêmicos.

Partimos da premissa de que só é possível formar para o SUS pelo SUS. Passos e Carvalho (2015) afirmam que os processos de formação são um recurso para a experimentação e construção da extensividade do SUS.

Os agentes dessa estratégia, em geral, são apoiadores institucionais, agentes que contribuem para a problematização de realidades institucionais, construindo com as equipes de saúde mudanças nas percepções, na forma de lidar com conflitos, ampliando processos de grupalidade e, conseqüentemente,

alterando atitudes e produzindo as condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde. (Passos e Carvalho, 2015, p. 96)

Podemos dizer que, no contexto da pandemia, se sustentou uma experiência de formação pelo SUS, para a qual o diálogo e a mediação dos preceptores, presentes cotidianamente nos serviços, foi essencial. Por essa mediação, estivemos em uma experiência coletiva de apoio envolvendo equipe e usuários e mostramos para os campos da formação e da assistência – ao mesmo tempo em que descobríamos e inventávamos – formas possíveis de sustentar o cuidado compartilhado em meio aos protocolos de distanciamento social. Uma experiência de coletividade, de fazer junto, de equipe, de interprofissionalidade, vivida em muitas dimensões, foi o que possibilitou isso. Assim, defendemos que a formação para o SUS deve estar fundamentada na perspectiva da produção coletiva do cuidado e da atenção, produção essa que implica necessariamente a participação, o compartilhamento, o protagonismo e a cogestão com os usuários. A experiência do PET-Saúde evidenciou o quanto essa produção coletiva, sustentada pelo apoio, precisa ser mantida e fortalecida em contextos como esse da pandemia, ainda que muitos mecanismos de gestão favoreçam uma direção oposta.

Outra dimensão essencial para a formação em saúde, que acompanha um princípio estruturante do SUS, é a territorialização.

A formação acadêmica dos profissionais da saúde, quando estruturada a partir da territorialização, lida com o cotidiano da gestão setorial e a estruturação do cuidado tendo o usuário como coparticipante do processo saúde-doença. Tal formação se mostra crítica e libertária, ela extrapola os domínios técnico-científicos das ferramentas diagnósticas, do tratamento, do prognóstico, da etiologia e da profilaxia das enfermidades e abrange todos os aspectos estruturantes das relações e das práticas nos componentes de interesse e de relevância social. (Araújo et al., 2017, p. 126)

Na experiência de formação produzida pelo PET-Saúde no período, como formação de todos os envolvidos no processo (nesse sentido, também como dispositivo de educação permanente no SUS), o território esteve no centro do processo. Foi das condições do território, fortemente marcado pela desigualdade e urgência sociais, que se edificou o imperativo da necessidade de reinventar formas e estratégias de cuidado em saúde mental alinhadas a uma perspectiva desmedicalizante. Foi das condições do território que se delinearam as maneiras possíveis de construir essas estratégias, de tal modo que pode o usuário, com base na coparticipação, ocupar o centro do processo. Para construir práticas e intervenções conectadas às necessidades do território, em diálogo com a afirmação dos autores supracitados, não partimos de ferramentas ou referências dadas por determinados campos de saber como respostas finais. Partimos de referências de muitos campos, colocando-as à disposição de criação de práticas e recursos fundamentados não no domínio específico de uma área do conhecimento, mas em diretrizes que alicerçam o próprio SUS, do ponto de vista da concepção de saúde, de cuidado e de atenção.

Nesse sentido, podemos dizer que a formação para o SUS se constituiu ao longo dessa experiência como um ato contínuo em defesa do SUS, como ação política, em seu sentido pleno. O trabalhador e as instituições de saúde carregam uma função social explicitada na dimensão política, relativa à disputa de projetos de saúde e sociedade. Tal disputa atravessa todo o trabalho em saúde e está na pauta do processo educativo (Lobato, Melchior e Baduy, 2012). Essa disputa percorreu e ainda percorre a experiência da pandemia no Brasil. São muitas as disputas políticas engendradas nessa experiência, dentre as quais se destaca a disputa do próprio SUS. Nesse contexto, trabalhadores do SUS e acadêmicos foram convocados, o tempo todo, em última instância, a assumir uma posição diante dessa disputa. Ao mesmo tempo em que construímos cada ação e cada intervenção, acompanhamos com uma leitura crítica a política em curso, em âmbitos nacional e municipal, o que se constituiu como dimensão de contextualização do nosso trabalho. Em relação a esses processos,

o PET-Saúde produziu posicionamento, produziu evento, produziu debate. No fazer cotidiano das práticas em saúde, no fazer cotidiano da formação acadêmica, mas também pelas ações possíveis para além do fazer cotidiano, como ações marcadas por posicionamentos e chamamentos públicos, foi possível, e necessário, fazer da formação em saúde um processo de resistência política. Na realidade da pandemia no Brasil, em pleno desmonte das políticas públicas e ameaças ao SUS, a defesa da saúde pública e da Reforma Psiquiátrica, dimensões políticas que ancoram esse projeto, tornaram-se uma condição para a defesa da vida.

Por fim, e não menos importante, é essencial reconhecermos que nesse processo também esteve e, igualmente, segue em disputa no Brasil as políticas de pesquisa e educação. Segundo Seky e Cruz (2019), as faces da produção da pesquisa e do ensino superior sofrem o impacto de um projeto político orientado pelo padrão de acumulação de capital com base na dependência. Isso explica os ataques à ciência e à universidade pública, concretizados por políticas de desmonte, diante do que manter projetos de formação, pesquisa e extensão como o PET-Saúde é, também para esse enfrentamento, uma resistência.

A experiência do PET-Saúde ensinou, na sua dimensão formativa, sobre princípios fundamentais ao trabalho no SUS. E o fez sob condições complexas, que podem ser caracterizadas como uma grande crise. Nesse contexto, manter espaços de reflexão crítica, de sistematização do conhecimento produzido, de produção de ideias e leituras da realidade é primordial. Nesse sentido, tratou-se de um momento essencial para produzir formação permanente como práxis, enquanto possibilidade de reflexão e formulação de compreensões e análises a partir e para a realidade.

Na sua dimensão extensionista, a experiência do PET-Saúde na pandemia marcou, como desenvolvido ao longo dos processos relatados neste texto, a presença parceira e integrada da universidade na

rede de serviços do território. Essa presença contribuiu com as respostas às suas necessidades em saúde e garantiu apoio à qualificação de práticas.

Em suma, do ponto de vista da pesquisa, da produção do conhecimento e da ciência, entendemos desde o início que essa era uma exigência que a nós se impunha. Era preciso produzir conhecimento sobre e com base nas demandas de saúde, especificamente de saúde mental, nesse tempo histórico. A universidade, que carrega essa função, não poderia parar e interromper atividades dessa natureza. Isso implicou redesenhar as pesquisas do PET-Saúde, não somente porque os procedimentos metodológicos adotados precisavam ser adaptados às novas condições, mas também porque as condições colocavam novas questões para o processo investigativo e nossa ação no território se transformava. Thiollent (1986), ao formular a metodologia da pesquisa-ação, afirma seu compromisso com a resolução de problemas coletivos no qual pesquisadores e participantes da pesquisa estão envolvidos de modo cooperativo. Trata-se, sempre, de um objetivo de transformação de situações reais, portanto, definido com base em condições que estão postas e que são enfrentadas a cada momento. Alinhados com essa metodologia, construímos processos de pesquisa-intervenção nos quais a realidade e os sujeitos envolvidos convocaram as questões da pesquisa, com base em um processo permanente de investigação e análise que orienta e se traduz em nossa intervenção na realidade. Assim, o processo de reinvenção e persistência para o desenvolvimento de projetos que pareciam, pela realidade do território e dos serviços, essenciais ao cuidado em saúde mental no contexto da pandemia, foi ao mesmo tempo assumido como um processo de pesquisa e investigação. Também ele foi marcado por adaptações e recriações, mas por ele acreditamos traduzir essa experiência como produção de conhecimento e, portanto, possibilidade de contribuição à realidade social, como ato político, o que se expressa, de alguma maneira, na própria produção dos textos que compõem esta coletânea.

## Referências

- ARAÚJO, G. B. et al. (2017). Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de Medicina: relato de experiência. *SANARE*. Sobral, v. 16, n. 1, pp. 124-129.
- CARON, E., e FEUERWERKER, L. C. M. (2019). Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 4, pp. 14-24, dez. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2011). *Textos geradores – II Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres*. Brasília, CFP. Disponível em: <[https://emergenciasedesastres.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/17/2011/11/IISeminarioEmergenciasDesastres\\_FINAL.pdf](https://emergenciasedesastres.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/17/2011/11/IISeminarioEmergenciasDesastres_FINAL.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. (2020). COVID-19: *Ministério da Saúde divulga protocolos e orientações aos profissionais e serviços de saúde*. 23 mar.. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/covid-19-protocolos-e-orientacoes-aos-profissionais-e-servicos-de-saude/>>. Acesso em: 21 dez. 2020.
- COOPER, D. (1971). *Psiquiatria y antipsiquiatria*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- GUATTARI, F. (1992). *Caosmose; um novo paradigma estético*. São Paulo, Editora. 34.
- GULJOR, A.P., e AMARANTE, P. (2020). “Redes de Atenção Psicossocial: desafios do cuidado em tempos de pandemia”. In: AMARANTE, P. et al. (org.). *O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados*. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz,. Disponível em: <[http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/publicacoes/livros/Livro\\_O\\_enfrentamento\\_do\\_sofrimento\\_psiquico\\_na\\_Pandemia\\_1ed.pdf](http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/publicacoes/livros/Livro_O_enfrentamento_do_sofrimento_psiquico_na_Pandemia_1ed.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- HENRIQUES, C. M. P. e VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, pp. 25-44, ago. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142020000200025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 dez. 2020.

- LANCETTI, A. (1993). "Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem". In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde Loucura*, n. 4: *Grupos e coletivos*. São Paulo, Hucitec. pp. 155-72.
- LIMA, N. D. (2020). "Apresentação". In: NOAL, D. S, PASSOS, M. F. D, FREITAS, C. M. (orgs). *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- LOBATO, C. P, MELCHIOR, R., e BADUY, R. St. (2012). A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, pp. 1273-1291. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- MARTINS, D. S. et al. (2020). Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. *Health Residences Journal*, v. 1, n. 1, pp. 48-64, abr. Disponível em: <<https://escresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/21/7>>. Acesso em: 16 dez. 2020.
- MENDES, A. (2015). A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 66-81, jun. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica n. 12/2020-CGMAD/DAPES/ SAPS/ MS. Assunto: recomendações à rede de atenção psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/MS-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-SA%C3%9ADE-MENTALORAPS.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- MOYSÉS, M. A. A., e COLLARES, C. A. L. (2013). "Medicalização: o obscurantismo reinventado". In: COLLARES, C. A. L., MOYSÉS, M. A. A., e RIBEIRO, M. C. F. (orgs). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas, Mercado de Letras, pp. 41-64.
- MULLER, A. E., et al. (2020). The mental health impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, v. 293, n. 113441.
- NOAL, D. S, PASSOS, M. F. D, e FREITAS, C. M. (orgs). (2020). *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

- PASSOS, E., e CARVALHO, Y. M. (2015). A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 92-101, jun. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000500092&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500092&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- ROSA, E. Z. et al. (2020). Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. *Revista Polis e Psique*, v. 10, n. 2, pp.76-98. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103447>>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- SANTOS, A. M. dos et al. (2008). Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 42, n. 3, pp. 464-470, jun. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 nov. 2020.
- SCHIMITH, M. D., e LIMA, M. A. D. da S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, pp. 1487-1494, dez. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 nov. 2020.
- SEKY, A. K., e CRUZ, A. C. S. (2019). “O Projeto Educativo para o Ensino Superior no Brasil e o aprofundamento dos ataques às Instituições Públicas de Ensino Superior”. In: TRICHES, J., e LOTTERMANN, R. Z. C. (orgs.). *Os Rumos da Educação e as (Contra) Reformas: os Problemas Educacionais do Brasil Atual*. Florianópolis, NUP/CED/UFSC. Disponível em: <<https://nup.ced.ufsc.br/files/2019/06/Os-rumos-da-Educa%C3%A7%C3%A3o-e-as-contrareformas.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- SURJUS, L. T. de L. et al. (orgs). (2020). *Atenção Psicossocial e COVID-19: Fortalecimento Coletivo Para Garantir o Cuidado*. Santos, Universidade Federal de São Paulo,. Disponível em: <[https://caec.iss.unifesp.br/informes/e-book-atencao-psicossocial-e-covid-19-fortalecimento-coletivo-para-garantir-o-cuidado#link\\_tab](https://caec.iss.unifesp.br/informes/e-book-atencao-psicossocial-e-covid-19-fortalecimento-coletivo-para-garantir-o-cuidado#link_tab)>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- THIOLLENT, M. (1986). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo, Cortez, Autores Associados.
- UNITED NATIONS. (2020). *Policy Brief: Covid-19 and the Need for Action on Mental Health*. may. Disponível em: <<http://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2020.

- WHITAKER, R. (2020). "O impacto psicológico da pandemia: contra a patologização de nosso sofrimento". In: AMARANTE, P. et al (org.). *O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados*. Rio de Janeiro, IdeiaSUS/Fiocruz. Disponível em: <[http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/publicacoes/livros/Livro\\_O\\_enfrentamento\\_do\\_sofrimento\\_psiquico\\_na\\_Pandemia\\_1ed.pdf](http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/publicacoes/livros/Livro_O_enfrentamento_do_sofrimento_psiquico_na_Pandemia_1ed.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2020.
- ZANELLA, M. et al. (2016). Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Porto, n. 15, pp. 53-62, jun. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 dez. 2020.

