



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

DÉBORAH GRASYELLA PACHÊCO DE MORAES LINS SANTOS

REPERCUSSÕES DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO PARA USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Recife
2018

DÉBORAH GRASYELLA PACHÊCO DE MORAES LINS SANTOS



**REPERCUSSÕES DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO PARA USUÁRIOS
DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Área temática: A Enfermagem nas questões contemporâneas da Saúde Mental e Psiquiatria.

Orientadora: Prof^a. Dra. Iracema da Silva Frazão

Coorientadora: Prof^a. Dra. Tatiane Gomes Guedes

Recife

2018

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

S237r Santos, Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins.
Repercussões da gestão autônoma da medicação para usuários de um
centro de atenção psicossocial / Déborah Grasyella Pachêco de Moraes
Lins Santos. – Recife: o autor, 2018.
88f. ; 30 cm.

Orientadora: Iracema da Silva Frazão.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em
enfermagem.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Autonomia pessoal. 2. Serviços comunitários de saúde mental. 3.
Transtorno mental. 4. Educação em saúde. 5. Enfermagem. I. Frazão,
Iracema da Silva (orientadora). II. Título.

616.863 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 081)

DÉBORAH GRASYELLA PACHÊCO DE MORAES LINS SANTOS

**REPERCUSSÕES DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO PARA USUÁRIOS
DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Dissertação aprovada em: 20/02/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão (Presidente)
(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE)

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE)

Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano
(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE)

Profa. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli
(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE/CAV)

*Aos militantes da luta antimanicomial que acreditam e
defendem uma sociedade sem manicômios.*

AGRADECIMENTOS

A alegria de ter concluído esse trabalho é imensa, pois precisei de muita disciplina, determinação e Fé para que os preceitos iniciais deste estudo pudessem ser alcançados. Para tanto, um trabalho como este não é feito por uma única mão, é necessária uma rede de apoio e sustentação para que no entrelaçamento de saberes e conhecimentos possa ser construído a cientificidade que dê sustentação a pesquisa. Portanto, essa rede de apoio recebe todo meu agradecimento:

A Deus, inteligência suprema, causa primária de todas as coisas; a Jesus, nosso Mestre; e a espiritualidade amiga, pela oportunidade de mais uma existência Terrena, na seara da evolução moral e intelectual.

A meu avô (in memorian) que pelo seu exemplo de família e trabalho, contribuiu de forma determinante para minha formação, assim como, os demais membros da minha família que na convivência diária, me apoiaram e deram força, para buscar sempre o melhor, em especial, minha pequena Lara, que me ensina a amar, meu amor maior.

A minha Orientadora Prof. Iracema Frazão, que me motivou e incentivou na missão de entrar para o mestrado, acompanhando todo processo, aos ensinamentos refletidos e por acreditar na realização deste trabalho. A minha Coorientadora Prof. Tatiane Guedes que com muita tranquilidade e sabedoria contribuiu de forma significativa para a construção deste trabalho. Assim como, a todos professores do Programa de Pós-Graduação que nos orientam a um caminho de reflexões e conhecimentos.

As pesquisadoras Elisete Umbelino e Vanessa França que contribuíram na fase de coleta de dados da pesquisa com muita responsabilidade e disponibilidade para ajudar.

Aos amigos e amigas de meu convívio diário, do Caps de Camaragibe, do Hospital das Clínicas (9º Sul) e do Hemope, que me deram sua amizade, força e coragem!

As minhas amigas da Turma de Mestrado VII que na convivência salutar, se tornaram companheiras no estudo, deixando as responsabilidades advindas com o mestrado mais leves, oportunizando reflexões necessárias para a edificação deste trabalho.

Por fim, minha imensa gratidão a todos os usuários, familiares e Profissionais do Caps Espaço Livrementemente que aceitaram a empreitada da pesquisa e foram essenciais para a realização deste trabalho!

Déborah

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.

Nise da Silveira

RESUMO

As estratégias que visam o fortalecimento, a expansão da autonomia e os direitos dos usuários dos serviços comunitários de saúde mental têm sido um dos propósitos do uso do Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), que convoca e encoraja os usuários a adotarem uma postura ativa no seu tratamento, oportunizando uma gestão participativa e coletiva nos projetos terapêuticos. Neste sentido, o estudo teve como objetivo analisar as repercussões do uso do Guia GAM para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps). A abordagem metodológica da pesquisa foi ancorada na Pesquisa Convergente Assistencial. A pesquisa foi desenvolvida no período de março a junho de 2017, no Caps tipo III, na cidade do Recife/PE, com 27 usuários que compuseram dois grupos de intervenção educativa com o Guia GAM. Cada grupo teve dois encontros semanais, totalizando 36 encontros. Empregou-se o princípio da triangulação dos dados, com quatro diferentes fontes de dados, observação participante, entrevista conversação, Grupos GAM e diário de campo. A fase de análise foi iniciada, concomitantemente, ao processo investigativo e ocorreu por meio de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. O uso do Guia GAM para usuários do Caps mostrou-se como um instrumento importante no âmbito da educação em saúde para a prática assistencial, pois promoveu empoderamento dos usuários frente ao tratamento, principalmente no sentido de fortalecimento de poder e aumento da autonomia; e cooperou para o desenvolvimento de uma atitude mais ativa dos usuários, na perspectiva de construção de vínculos, apoio social e valorização de suas experiências, para estabelecer recursos fundamentais no enfrentamento de problemas; além de reforçar sua magnitude no movimento de cogestão dos usuários para o tratamento.

Palavras-chave: Autonomia pessoal. Serviços comunitários de saúde mental. Transtorno Mental. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Strategies that aim the strengthening, expanding autonomy and the rights maintenance of community mental health services users, have been one of the purposes of using the Autonomous Medication Management Guide (GAM Guide), which calls for and give strength to adopt a active posture in their treatment, providing a participative and collective management in the therapeutic projects. At this sense, the study aimed to analyze the use repercussions of the GAM Guide for users of a Psychosocial Care Center (PCC). The methodological approach of the research was anchored in the Convergent Care Research. The research was developed in the period from march to june in 2017, in PCC type III, at Recife city, at the Pernambuco state, with 27 users who composed two intervention groups with the GAM Guide. Each group had two weekly meetings, totaling 36 meetings. The principle of data triangulation was used, with four different sources of data, participant observation, conversation interview, GAM Groups and field diary. The analysis phase was initiated, concurrently, with the investigative process and occurred through four processes: apprehension, synthesis, theorization and transference. The use of the GAM Guide for PCC users has showed to be an important tool in health education for care practice, since it has promoted the empowerment of users towards treatment, mainly in the sense of strengthening of power and increased autonomy; and cooperated to develop a more active attitude of users, in the perspective of building bonds, social support and valuing their experiences, to establish fundamental resources in dealing with problems; besides reinforcing its magnitude in the movement of users co-management treatment.

Key Words: Personal Autonomy. Mental Health Services. Community mental health services. Mental disorders. Health Education. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGIDD-SMQ	Movimento de Defesa dos Direitos em Saúde Mental de Quebec
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
DS	Distrito Sanitário
SUS	Sistema Único de Saúde
Guia GAM	Guia da Gestão Autônoma da Medicação
Geres	Gerência Regional de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RPA	Região Política Administrativa
RRASMQ	Agrupamento de Serviços Alternativos em Saúde Mental Quebec
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivo Específico	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	História do Guia GAM: do contexto canadense para a realidade brasileira	16
3.2	Os seis Passos do Guia GAM na conjuntura da educação em saúde	18
3.3	Princípios Básicos: autonomia e cogestão	20
3.4	Manejo Cogestivo: atuação do enfermeiro na condução terapêutica dos grupos com o Guia GAM	21
3.5	Guia GAM no contexto do SUS: convergência entre saúde mental e cidadania	22
4	PERCURSSO METODOLÓGICO	25
4.1	Tipo de pesquisa	25
4.2	Trajetória da Pesquisa Convergente Assistencial	26
4.2.1	Fase de concepção	26
4.2.2	Fase de instrumentação	27
4.2.2.1	<i>Cenário da pesquisa</i>	27
4.2.2.2	<i>Participantes da pesquisa</i>	28
4.2.2.3	<i>Etapas de desenvolvimento do estudo</i>	29
4.2.3	Fase de Perscrutação	35
4.2.4	Fase de análise	35
4.3	Aspectos éticos	38
5	RESULTADOS	39
6	DISCUSSÃO	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
	APÊNDICE B – Instrumentos de Coleta de Dados	81
	ANEXO A – Carta de anuência da Prefeitura do Recife	84
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	85

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde mental, por muitas décadas, foram direcionadas, soberanamente, para a manutenção das instituições manicomiais, consideradas até a década de 80 como os principais locais de tratamento para as pessoas com transtornos mentais. Esses locais mantinham internações de longo prazo, onerosas para o Estado e não apresentavam resultados promissores. As críticas a esse modelo hegemônico cresciam consideravelmente, influenciadas por fatores socioculturais e por modelos de atenção à saúde mental instituídos em outros países, como França, Itália e Estados Unidos. Além disso, eram evidenciados constantes abusos aos direitos humanos, que instigaram os movimentos sociais a pressionarem por uma reforma do modelo de atenção à saúde mental vigente (AMARANTE, 2015a; MATEUS, 2013).

As mobilizações políticas e as intensas lutas sociais se tornaram premissas básicas para a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Seu marco é legitimado pela promulgação da Lei 10.216/2001, passo decisivo para legalizar os direitos das pessoas com transtornos mentais e efetivar a diminuição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, que repercutiu na extinção de muitos manicômios, assim como, na expansão da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (PITTA, 2011; BRASIL, 2001).

Dentre os dispositivos de saúde que compõem a Raps, destacam-se a atenção básica; a urgência e emergência; as residenciais de caráter transitório e a atenção psicossocial especializada, composta pelas diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) que representam os primeiros serviços da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2011). Os Caps são serviços comunitários, com território definido de abrangência, que realizam atendimentos e acompanhamentos para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, objetivando além do tratamento, promover a reabilitação psicossocial. Para tanto, o trabalho é constituído por equipe multidisciplinar que atua sob a ótica interdisciplinar, formado pela relação mútua entre as ações técnicas e a troca de saberes dos profissionais, compondo por intermédio da comunicação uma prática articulada e com a colaboração entre os pares (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

A formação dos trabalhadores de saúde mental deve estar sempre atrelada às inovações na assistência em saúde, no que diz respeito ao conhecimento técnico e ao desenvolvimento de habilidades para estabelecer parcerias que possam provocar mudanças estruturais no cuidado voltado para a reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2015). Apesar desses avanços, muitos são os desafios a serem enfrentados para a efetivação de verdadeiras práticas e ações que estejam em consonância com este modelo, a começar pela hegemonia do tratamento

farmacológico, em que o lugar simbólico da medicação ainda é dominado pela soberania médica em detrimento dos usuários (FURTADO, et al., 2017; GONÇALVES; ONOCKO CAMPOS, 2017; BIFFI; NASI, 2016).

Na realidade brasileira, a participação do usuário na tomada de decisão concernente ao tratamento, ainda, restringe-se, muitas vezes, ao mero relato dos sintomas, com centralização do poder na figura dos profissionais de saúde e na escassez de informações relacionadas aos mecanismos de ação, contraindicações e efeitos adversos das terapêuticas medicamentosas. Nessa conjuntura, o acesso às informações pelas pessoas com transtornos mentais sobre seu tratamento é limitado, o que repercute em baixa criticidade e pouca apropriação nos processos decisórios dos Projetos Terapêuticos (OTANARI, et al., 2011; GONÇALVES; ONOCKO CAMPOS, 2017).

Diante disto, percebe-se que a prescrição de psicofármacos não diminuiu com o advento da reforma psiquiátrica. A terapêutica medicamentosa ocupa lugar expressivo na assistência em saúde mental, sendo pouco discutida e não negociada no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, ficando a cargo do saber científico médico a indicação prioritária das intervenções psiquiátricas associadas a procedimentos diagnósticos descritivos (BENINE; LEAL, 2016; ZANCHET; PALOMBINI; YASUI, 2015; KANTORSKI, et al., 2013). Do exposto, faz-se necessário um maior investimento em intervenções que possam contribuir para a participação efetiva dos usuários nas decisões sobre seu tratamento.

Nesse sentido, o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM) é uma ferramenta prática e útil para usuários e profissionais da saúde mental interagirem numa prática de grupo, num processo constante de aprendizado sobre as medicações psicotrópicas, que questiona e discute, de forma respeitosa, as necessidades e vontades dos usuários em relação às diversas dimensões que envolvem o uso da medicação. Nos grupos com o uso do Guia GAM, as experiências individuais são compartilhadas num coletivo grupal, lugar propício para emergirem práticas cogestivas entre usuários e profissionais de saúde na condução terapêutica (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012; BRASIL, 2015b).

Intervenções terapêuticas mediadas pelo trabalho em grupo são bastante utilizadas no trabalho do Caps, quando desenvolvidas no âmbito da educação em saúde, possibilitam um ambiente favorável para troca de saberes e experiências, com a possibilidade de oportunizar ações direcionadas às demandas terapêuticas dos usuários e à construção de competências e habilidades que contribuem para o processo de cuidar e fortalecimento do grupo, o que proporciona aos usuários mais segurança para tomarem as decisões que acreditarem ser mais adequadas para seu tratamento (VASCONCELOS, et al. 2013).

O trabalho com grupos no âmbito da saúde mental tem contribuído na promoção da reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, pois são espaços de ações que se configuram para o compartilhamento de informações e experiências, de interação social e participação ativa dos usuários. A perspectiva do trabalho com grupos, desse modo, deve estar pautada na interligação entre o normativo e o criativo, em que se deve priorizar a diversidade grupal e enfatizar a atividade como lugar de encontro entre sujeitos, nas suas singularidades, com permanente produção de si e do mundo (BRASIL, 2013; ASCHBRENNER; NASLUND; BARTELS, 2016).

Esse modo de organização de trabalho é de responsabilidade de todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar dos Caps, porém, grupos com foco na educação em saúde têm sido desenvolvidos com mais frequência pela enfermagem, seja pela propriedade em planejar ações educativas específicas, seja pelo estímulo ao autocuidado, ou até mesmo na mediação de estratégias de ensino, que promovem a interação entre as partes envolvidas para reflexão sobre os problemas de saúde e a construção de uma visão crítica sobre o contexto de vida em que estão inseridos (VASCONCELOS, et al. 2013; BIFFI; NASI, 2016).

Nessa perspectiva, o enfermeiro é um profissional que se insere nos diferentes cenários do cuidar, assumindo um papel significativo na participação ativa na implantação de projetos e programas direcionados para a educação, promoção e prevenção da saúde. Assim como, a assistência de enfermagem voltada para o campo da saúde mental tem sido subsidiada por intervenções educativas que possibilitam a integração entre o cuidado clínico e às necessidades advindas com o processo de sofrimento psíquico, para que os usuários possam ser assistidos a partir do contexto biopsicossocial (PAVANATTO, et al. 2015; FARIAS, et al. 2017).

A utilização de uma intervenção educativa com o uso do Guia GAM poderá ser desenvolvida por qualquer profissional da equipe multidisciplinar do Caps, contudo, tendo na condução terapêutica um(a) enfermeiro(a), as possibilidades de restabelecer as habilidades e competências desta profissão com as estratégias de educação em saúde são de suma importância no processo terapêutico. Diante disto, trabalhar com o Guia GAM, para os usuários dos serviços de saúde mental é encorajá-los a falar sobre seu tratamento, ofertando outras formas de apoio e práticas que invistam na sua capacidade de agir em face das situações de sofrimento em que estão inseridos, possibilitando uma ação pautada na autonomia, que se faz numa condição de saúde e cidadania, um valor fundamental a ser alcançado. No contexto da Reforma Psiquiátrica, a autonomia, significa estar em relação com os outros, e não sozinho, é sentida no compartilhamento de suas vivências, e nas decisões sobre seu próprio tratamento (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

Ressalta-se a originalidade deste estudo no que se refere a inovação no contexto local para o Estado de Pernambuco, na realização de uma intervenção educativa com o uso do Guia GAM na prática assistencial de um Caps. Para tanto, na fase de concepção da pesquisa a delimitação da temática a ser investigada emergiu da prática profissional da pesquisadora, enquanto enfermeira de um Caps, que identificou a necessidade de investir em intervenções com foco na educação em saúde que pudessem encorajar os usuários como sujeitos ativos de seu tratamento a partir do conhecimento, do acesso à informação, e, principalmente, da valorização dos saberes e subjetividades dos usuários para com seu tratamento, a fim de oportunizar uma assistência idealizada nos princípios da reforma psiquiátrica, de criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de consolidação dos direitos dos usuários dos serviços de atenção psicossocial (BRASIL, 2015b).

Do exposto, o uso do Guia GAM como uma intervenção educativa, tem o propósito de engajar os participantes em atividades que tem características clínicas, mas também políticas, por considerar que o usuário tem o direito a fazer escolhas e tomar decisões a respeito do seu tratamento, além de trazer princípios alinhados às políticas de saúde (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014; BRASIL, 2015b). Portanto, na perspectiva de desenvolver uma intervenção educativa com o uso do Guia GAM, questiona-se: “Quais repercussões do uso do Guia GAM para usuários de um Caps”?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as repercussões do uso do Guia GAM para usuários de um Caps.

2.2 Objetivos específicos

- Aplicar o Guia GAM com usuários de um Caps;
- Verificar as contribuições do Guia GAM para usuários de um Caps;
- Avaliar, na perspectiva de usuários, possíveis mudanças na gestão do tratamento e autocuidado, com a participação nos Grupos com o Guia GAM;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História do Guia GAM: do contexto Canadense para a realidade Brasileira

A proposta da Gestão autônoma da Medicação (GAM) começou a ser desenvolvida no Canadá, na cidade do Québec, em 1993, a partir de grupos de debate coletivo, entre usuários, profissionais, pesquisadores e associações de defesa dos direitos dos usuários, que questionavam o uso de medicamentos em um contexto em que a terapêutica medicamentosa nos tratamentos de saúde mental era pouca criticada. Nessa perspectiva, ressalta-se que o Quebec tem uma história de participação e construção política de ação comunitária na saúde, que proporcionou o surgimento de práticas alternativas aos modelos hospitalocêntricos desenvolvidos pelo Estado e que garantiram tratamentos alternativos à abordagem biomédica na saúde (ONOCKO CAMPOS, et al, 2012; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

O sistema público de saúde canadense passou por diversas reformas que culminaram na atuação de usuários dos serviços na governança do sistema de saúde. Essa participação, ganhou força na década de 90, reconhecida como “participação cidadã na saúde” que enfatiza diretamente o envolvimento dos usuários nas decisões que lhe dizem respeito, reconhecendo que a pessoa tem o direito de ocupar mais espaço nas interações com os trabalhadores de saúde (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014; CLEMENT, et al., 2013).

A partir da organização pró-ativa dos usuários em detrimento dos serviços de saúde, foi possível a contribuição de forma mais significativa para o exercício da cidadania e desenvolvimento social do Quebec. Nesse cenário, emergiram questionamentos quanto às práticas de saúde mental dos serviços alternativos comunitários que estavam relacionados a falta de informações sobre os diversos aspectos da terapêutica medicamentosa; a persistência do sofrimento a despeito do uso de medicamentos; dificuldades em retornar ao mercado de trabalho, e o desejo dos usuários de não usar as medicações (SANTOS, 2014).

A estratégia para lidar com estas questões foi designada de GAM e progrediu com apoio dos movimentos de usuários de serviços de saúde, Agrupamento de Serviços Alternativos em Saúde Mental do Quebec (RRASMQ) e pelo Movimento de Defesa dos Direitos em Saúde Mental de Quebec (AGIDD-SMQ). O propósito inicial era de favorecer espaços, em grupos, nos quais se pudessem falar sobre as medicações e refletir sobre seu uso com vista ao alcance de uma qualidade de vida mais satisfatória, o que concedeu a partir dessa estratégia o início da

construção do Guia GAM (SANTOS, 2014; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

Alguns anos após o início desses grupos, foi lançado, em 2001, no Canadá, Guia *Gestion autonome de la médication de l'âme - Mon Guide Personel* (Gestão Autônoma da Medicação da Alma - Meu Guia Pessoal), designado de Guia GAM. Tal instrumento, escrito em francês, foi desenvolvido no âmbito dos recursos alternativos comunitários em saúde mental no Quebec, com o objetivo de proporcionar às pessoas que fazem uso de psicotrópicos um processo de reflexão sobre sua qualidade de vida e sua jornada para o bem-estar. Ele é dividido em duas partes, a primeira destinada a trabalhar aspectos da qualidade de vida, e a segunda refere-se a um método para diminuição progressiva das medicações a ser empreendido em colaboração com um médico. Na perspectiva canadense, o intuito era que os usuários pudessem qualificar suas diversidades de escolhas, levando em consideração suas reais necessidades (ONOCKO CAMPOS, et al., 2012; PASSOS, et al., 2013).

O reconhecimento do Guia como uma boa prática na área da saúde o levou a fazer parte dos planos governacionais do Quebec, em 2007. O RRASMQ realizou um congresso internacional para divulgar práticas alternativas na área de saúde mental e o indicou como uma das principais. Nessa ocasião, um grupo de pesquisa brasileiro teve conhecimento desse instrumento e decidiu, a partir de um estudo de validação e adaptação transcultural, trazê-lo para o Brasil (ONOCKO CAMPOS, et al., 2012; PRESOTTO, et al., 2013).

Na realidade Brasileira não foi encontrado um cenário diferente do contexto de surgimento do Guia GAM canadense, quando levantados os aspectos da hegemonia do tratamento farmacológico e do processo de medicalização. Porém, para a efetivação e aposta nesta estratégia, não seria condizente, apenas, traduzi-lo, pois, seu conteúdo apresentava diferenças em relação à cultura e à política brasileira, no que tange aos direitos dos usuários, ao acesso à medicação, além da forma como são promovidas as ações de reabilitação psicossocial e assistência em saúde mental no Brasil (PRESOTTO, et al., 2013).

Na construção do *Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação* (Guia GAM – BR), grupos de pesquisadores de Universidades brasileiras aliaram-se a pesquisadores da Universidade Montreal do Canadá. Para tanto, desenvolveram um estudo multicêntrico de adaptação e validação para o contexto brasileiro a partir da realização de grupos de intervenção em Caps de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e na Universidade de Campinas com a participação de pesquisadores, universitários, usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde nos três centros, em uma pesquisa – intervenção, que fomentou as discussões de

propostas de mudanças para realidade brasileira (PASSOS; PALOMBINI; ONOCKO CAMPOS, 2013).

O trabalho multicêntrico e participativo viabilizou que o Guia original criado no Québec recebesse a primeira tradução para o contexto brasileiro, tanto a nível linguístico, como no conteúdo culturalmente adaptado à realidade social e às necessidades dos usuários dos serviços de atenção psicossocial. A partir disso, as modificações ocorreram à medida que as discussões foram viabilizadas nos grupos de intervenção na pesquisa, num intercâmbio de conhecimentos teórico-práticos, o que originou a versão final do Guia GAM, publicado em dezembro de 2012 (SERRANO-MIGUEL, SILVEIRA, PALOMBINI, 2016).

3.2 Os seis Passos do Guia GAM na conjuntura da educação em saúde

O Guia GAM foi elaborado para ser compreendido pelos diversos atores sociais (usuários, profissionais, familiares), utiliza um vocabulário de fácil entendimento, composto por textos, figuras, tabelas e perguntas, que facilitam o compartilhamento das experiências num coletivo grupal e a construção de conhecimentos no âmbito da educação em saúde. As discussões são organizadas em “Passos”, divididos em duas partes, da qual a primeira com quatro Passos é direcionada para trabalhar aspectos da qualidade de vida; e a segunda, com dois Passos, intitulada “*um caminho para mudanças*”, que tem como proposta retomar as questões debatidas nos primeiros encontros, a fim de contribuir na elaboração de um plano de ações. (BRASIL, 2015b; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

Os Passos são constituídos de temáticas que visam provocar nos participantes um processo de reflexão e conhecimento a partir de uma prática educativa no contexto da saúde, em uma perspectiva de que é preciso incluir os usuários como sujeitos ativos na produção de saber. No primeiro Passo, os participantes iniciam o grupo, com a seguinte reflexão: “*Sou uma pessoa, não uma doença*”! Essa frase representa o impacto que as pessoas sentem ao adoecerem, pois, muitas vezes, são reconhecidas e cuidadas pela doença e seus sintomas. Diante disto, a proposta é de se conhecer além de seus problemas de saúde, analisando a existência de outras dimensões na vida, além de estar doente ou fazer uso de medicação (BRASIL, 2015b; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

O segundo Passo inicia com debates sobre o cotidiano, a saúde, a medicação, a rede social, para que a legitimidade na prática do aprender se faça na construção de experiências significativas na vida social e individual, impulsionadas pelo autoconhecimento e o diálogo de questões circunscritas em sua realidade. Nessa proposta, o significado de usar um medicamento

é ampliado, ensejando a compreensão da importância de conhecer e analisar a vida em diferentes aspectos, dos quais a medicação é apenas, um deles (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

No terceiro Passo, “*ampliando a autonomia*”, são discutidos aspectos que irão ajudar os usuários a se sentirem mais seguros na tomada de decisões sobre o uso de medicamentos, de forma compartilhada com o profissional de saúde. Para tal, são trabalhados conceitos como liberdade, pertencimento, reconhecimento e sentir-se útil, além da rede de apoio e dos direitos dos usuários na saúde (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014). O aprofundamento na compreensão dessas questões possibilita, no contexto da educação em saúde, o favorecimento da criticidade e da coragem dos usuários para com o seu tratamento, a fim de almejar uma melhor qualidade de vida.

O quarto Passo intitulado “*conversando sobre medicamentos psiquiátricos*”, trata especificamente das medicações de uso de cada participante, os grupos de medicamentos mais comumente usados na psiquiatria, as receitas, as bulas e os efeitos das medicações. Se possível, também é indicada a presença de um médico para ampliar os diálogos sobre as medicações (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014). Nessa fase, informações, dados e referências do ponto de vista científico são discutidos nos grupos de forma que não seja limitado à assimilação de conteúdo, mas sim a promover habilidades e competências para a construção de conhecimentos de maneira conjunta e planejada com os usuários, a partir de suas vivências no uso de medicações.

Na segunda parte do Guia, tem-se os dois últimos Passos, o quinto retoma as discussões anteriores com o objetivo de estimular a autonomia e cogestão; e o último Passo, “*planejando nossas ações*”, é direcionado para identificar problemas e definir estratégias de ações para enfrentá-los, na perspectiva do trabalho coletivo. Nessa reta final, espera-se que o processo construído ao longo dos encontros tenha proporcionado um fortalecimento do grupo e possibilitado ações que vão além da intervenção com o Guia GAM (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

Nas práticas de grupos com essa intervenção educativa, apreende-se que o ensino e o conhecimento são mutualmente potencializados e eticamente equivalentes quando trabalhados na perspectiva da educação em saúde, no sentido de que ambos caminham entrelaçados na prática educacional em favorecimento do processo crítico, reflexivo e ético que contribuem significativamente para uma postura mais ativa dos usuários frente ao tratamento.

3.3 Princípios Básicos: autonomia e cogestão

O Guia GAM é alicerçado em dois princípios, o da autonomia e da cogestão. Estes são compreendidos de acordo com os princípios da saúde coletiva e centrados no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, que define autonomia como “*a pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mas autônoma ela se torna*”. Assim, a construção de autonomia está direcionada a negociação entre saberes e visões de mundo dos usuários com as demais relações que os cercam. Além disso, a autonomia também é edificada nas relações com os outros, em um exercício de compartilhamento de diferentes pontos de vista, numa experiência em cogestão. Portanto, se permite trabalhar numa perspectiva de recriação e negociação permanente nas relações sociais e nos processos de subjetivação que se formam ao longo da vida (SADE, et al., 2013; PASSOS, et al., 2013).

O princípio da autonomia é trabalhado numa perspectiva coletiva, num fenômeno complexo, a partir da vivência dos usuários num compartilhamento grupal de suas experiências, na constituição de espaços para a sua criação, articulando diferentes saberes, negociando posições, dividindo responsabilidades e riscos e repartindo descobertas. Nesse sentido, os usuários são considerados protagonistas e corresponsáveis, junto aos profissionais, de seu tratamento (PASSOS, PALOMBINI, ONOCKO CAMPOS, 2013; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

O conceito de cogestão foi construído a partir dos ideais da Reforma Sanitária, na década de 80, na perspectiva de superar os principais obstáculos à implantação do sistema público de saúde (fragmentação do trabalho, individualismo, corporativismo, centralismo gerencial) para que o modelo de gestão pudesse ser mais aberto às tensões políticas e que fossem oportunizados mecanismos de democratização institucional. Nesse contexto de inovações, a asserção consiste em colocar lado a lado diferentes sujeitos (profissionais, gestores, usuários e familiares) cogerindo os processos de cuidado e coproduzindo-se mutuamente. A cogestão, assim, pode ser entendida também como uma estratégia de autonomização que propõe a gestão compartilhada no cuidado e a valorização dos direitos dos usuários, implicados no processo de produção de saúde (PASSOS, et al., 2013).

Nos grupos com o Guia GAM, a cogestão é aplicada como uma estratégia de emergência do sujeito de direito, tanto na dimensão macropolítica que acontece nas práticas de gestão participativa nos serviços, quanto na micropolítica representada nos processos de produção em saúde. A proposta é de viabilizar o usuário a promover uma tomada de decisão, imprimindo

nele a tarefa de assumir e participar dos rumos do seu tratamento (PASSOS, et al., 2013; GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014).

3.4 Manejo Cogestivo: atuação do enfermeiro na condução terapêutica dos grupos com o Guia GAM

O manejo cogestivo está relacionado ao aspecto clínico presente nos grupos, direcionado para a construção de condições de espaços propícios para a cogestão e outras formas de relações com a saúde das pessoas. Sendo assim, manejar os grupos é proporcionar questionamentos e senso crítico durante as discussões, criar ambiente acolhedor e promover a emergência de novas qualidades participativas dos sujeitos (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014; BRASIL, 2015a).

Nessa perspectiva, o manejo cogestivo demanda intervenções direcionadas para a educação em saúde, que têm sido desenvolvidas com mais constância no âmbito da prática assistencial do enfermeiro, principalmente através de grupos terapêuticos, que são considerados espaços essencialmente educativos. A condução terapêutica dos grupos, demanda do profissional competências técnicas para proporcionar discussões que mobilizem os participantes na troca de saberes e experiências, a partir de uma reflexão coletiva sobre os problemas e na construção de uma visão crítica sobre o estado de saúde dos participantes (TOSSIN, et al., 2016; BRASIL, 2015b).

Para tanto, a operacionalização dos Grupos com o Guia GAM requer, na prática, a efetividade de dois conceitos importantes, a grupalidade e a transversalidade. O sentido de grupalidade vincula-se a importância de instituir espaços que promovam a participação ativa dos usuários, a ampliação do grau de comunicação do grupo, sentimentos de confiança e responsabilidade, principalmente na descentralização da condução do grupo, permitindo que o valor da fala dos participantes seja tão importante quanto a do moderador. Já na proposta de transversalidade, a dialética é de colocar lado a lado os diferentes, trazendo as discussões das temáticas abordados, nas diferentes perspectivas de saberes e fazeres dos usuários (BRASIL, 2015a).

O trabalho do moderador, responsável pela condução do grupo, tem um papel significativo para que as características cogestivas possam ser garantidas diante das múltiplas demandas que emergem do grupo. Nesse contexto, faz-se necessário o entendimento das questões que serão discutidas em cada Passo, planejar as atividades e refletir sobre os grupos, com o propósito de empreender uma avaliação do que foi desenvolvido, assim como, convergir

para a mediação do grupo e a necessidade de integrar as experiências dos participantes em relação ao uso de medicamentos (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012).

Nessa conjuntura, é garantido no exercício profissional da enfermagem assumir atribuições na assistência em saúde que viabilizem o planejamento e a realização de ações implicadas para o autocuidado, a formação de vínculos, o acolhimento e a escuta, que repercutem para uma atitude de implicação e compromisso do profissional no contexto da atenção psicossocial. A atuação do enfermeiro intervém no desenvolvimento de atividades que suprimam a prática de técnicas mecânicas, para o engajamento nas diferentes possibilidades de intervenção, que contemplem a expansão da autonomia e a responsabilização dos usuários no seu processo de cuidar (CZARNOBAY, 2015).

A importância do *Manejo Cogestivo* no modo de fazer do Guia GAM apresenta relevância nas implicações da condução terapêutica dos grupos, no sentido de ir além da tarefa de coordenação ou moderação do grupo, para o direcionamento de espaços que a partir da comunicação proporcionem o reconhecimento coletivo das experiências singulares dos usuários no processo de produção em saúde, para que possam ter mais comprometimento com o tratamento, e no reconhecimento de seus direitos na saúde e no exercício da cidadania (PASSOS, et al., 2013).

Destarte, entende-se que a comunicação apresenta parte fundamental na condução terapêutica dos grupos, pois ela é a base e o aspecto mais importante dos relacionamentos humanos, configurando-se como instrumento necessário para o cuidado em saúde. Na práxis educativa do enfermeiro o processo educativo dialógico é utilizado como uma forma de escuta e acolhimento para a participação ativa dos usuários e na valorização do seu conhecimento prévio e de suas necessidades. Para tanto, um dos meios que se encontra em ascensão como estratégia pedagógica é a educação problematizadora, que parte do princípio da educação libertadora, aberta, horizontal, que propicia o envolvimento reflexivo e a autonomia dos indivíduos (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017; ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

3.5 Guia GAM no contexto do SUS: convergência entre saúde mental e cidadania

A inclusão, na Constituição Federal de 1988, da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado possibilitou que o conceito de saúde fosse ampliado e associado às políticas sociais e econômicas, que garantiram a participação da comunidade como uma diretriz vinculada ao SUS e que contempla, atualmente, a compreensão, o controle e a fiscalização da

sociedade sobre as ações do Estado. Desde então, as Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas no Brasil, consideradas importantes espaços de participação popular para as propostas de planejamento das ações em saúde, evidenciaram em seus marcos conceituais a atenção integral à saúde mental e a cidadania, ressaltando a importância de vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania (VENTURA, et al., 2017; NEVES, 2012).

A participação da comunidade, por meio de representantes de diversos segmentos sociais, tem o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas públicas, a fim de contribuir de forma mais resolutiva, equânime e humanizada na organização da rede de saúde, emergindo assim um espaço democrático de manifestações das necessidades e vontades da sociedade. Porém, tal manifestação política, da sociedade civil, ainda encontra obstáculos, principalmente relacionados a falta de informação e comunicação entre usuários e profissionais, com pouca articulação entre os órgãos de governo (VENTURA, et al., 2017; NEVES, 2012).

Nesta perspectiva, a estratégia com o Guia GAM visa dar cumprimento aos ideais que regem a reforma psiquiátrica e que estão em consonância com os princípios do SUS, pois, além de ser um instrumento que contribui na democratização das relações no âmbito dos serviços de saúde, também ativa o processo de construção do direito à saúde e à cidadania, a partir do estímulo para o engajamento nas questões que lhe dizem respeito e na troca recíproca entre indivíduos e coletividade, em que ser cidadão é tomar seu lugar em uma sociedade e contribuir para um projeto em comum (PASSOS, et al., 2013).

Outro aspecto importante a ser considerado na inserção dessa intervenção nas práticas de grupos dos Caps é o seu reconhecimento como uma estratégia implicada com o cuidado humanizado. A Política Nacional de Humanização tem sancionado experiências inovadoras na rede do SUS, e reconhece o Guia GAM como uma estratégia alinhada às inovações do cotidiano de trabalho dos serviços de saúde, conectadas com as necessárias mudanças para o fortalecimento do SUS. Nessa perspectiva, esse instrumento contribui para o protagonismo dos usuários no processo de produção de conhecimentos, trabalhando coletivamente temas que implicam no exercício da cidadania, autonomia e cogestão para o tratamento (BRASIL, 2015b).

A utilização do Guia GAM na prática assistencial propõe o diálogo como peça chave para o compartilhamento dos saberes. Tal intervenção é caracterizada como uma tecnologia leve, de baixo custo, condizente com as novas práticas da Política de Saúde Mental que caminha numa assistência que tem a escuta qualificada, o PTS e a reabilitação psicossocial como meios para a construção de um trabalho coletivo que coloca em evidência o reconhecimento e

valorização das experiências dos usuários de modo que eles possam efetivamente participar de forma mais ativa do tratamento (SADE, et al., 2013).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

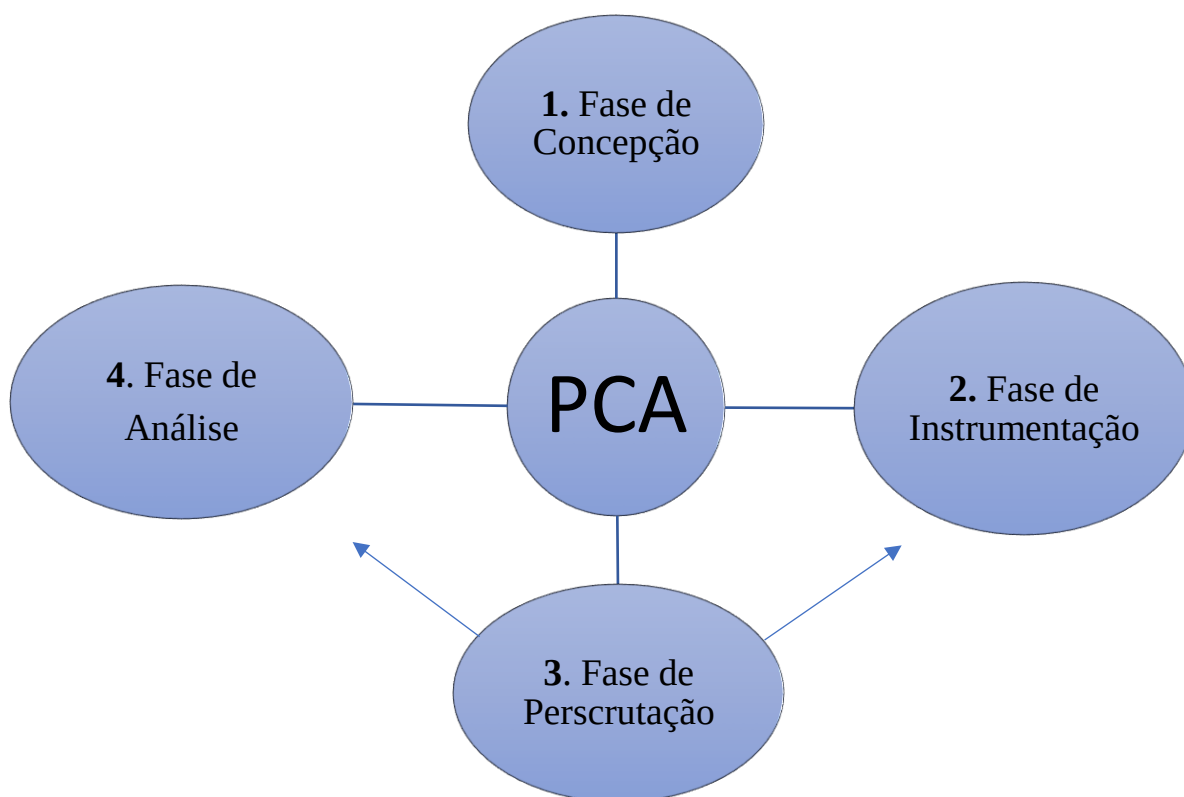
4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) de abordagem qualitativa. Optou-se pela pesquisa qualitativa por abranger condições contextuais (sociais, institucionais e ambientais) em que a vida das pessoas acontece, numa perspectiva participativa (YIN, 2016). A PCA é caracterizada pelo envolvimento do pesquisador em ações de assistência em concomitância com as ações de pesquisa, com o objetivo de propor o desenvolvimento técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial, com a obrigatoriedade da imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na PCA, o essencial é a convergência em que pontos de justaposição dos processos da prática assistencial e da investigação científica se comunicam numa contínua ação dialógica de modo a produzir ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência. Os pilares que sustentam essa convergência possuem propriedades individualizadas e compatibilizadas pela regência dos constructos da dialogicidade, que reforça a comunicação humana de alta complexidade e potencializadora de transformações; da expansibilidade que amplia o diálogo e permite a flexibilidade para que o conhecimento produzido na prática assistencial esteja num movimento de evolução e progressão; da imersibilidade, representada pela inserção do pesquisador na assistência; e da simultaneidade que é a transitoriedade na investigação e assistência, constituída como um dos maiores desafios deste método (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo metodológico da PCA é designado em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise (figura 1). Na fase de concepção, foi delineado o problema de pesquisa que consistiu numa síntese de conhecimentos em relação ao tema, a partir das vivências no campo da assistência. Na fase de instrumentação, foram definidos o espaço físico da pesquisa, seus participantes, os instrumentos e técnicas para coleta de dados. A fase de perscrutação está imbricada nas demais fases e representa o ato de examinar e investigar rigorosamente. Na última fase, a de análise, os dados foram coletados e analisados nos processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, que ocorreram de forma sequencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). As quatro referidas fases, utilizadas nesta pesquisa, serão detalhadas a seguir.

Figura 1 – Fases da Pesquisa Convergente Assistencial. Recife/PE, 2018.



Fonte: A autora, 2018.

4.2 Trajetória da Pesquisa Convergente Assistencial

4.2.1 Fase de concepção

Fase relacionada com a origem da pesquisa e a delimitação da temática do estudo, considerada o caminho da investigação científica, na qual são esclarecidas as fases do processo metodológico do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A utilização do uso do Guia GAM, no campo assistencial, emergiu a partir da prática profissional da pesquisadora, enquanto enfermeira de Caps, que identificou a necessidade de aplicar uma intervenção com foco na educação em saúde que viabilizasse a participação mais ativa dos usuários do Caps no tratamento, e que pudesse ser ao mesmo tempo um local de compartilhamento de experiências e de construção de conhecimentos. Para tanto, definiu-se que seria necessária uma intervenção que tivesse como princípio a autonomia dos usuários e fosse analisada pela ótica desses indivíduos. Essa fase determinou o tema, a questão norteadora, o objetivo, a introdução, a revisão de literatura e a justificativa da pesquisa.

4.2.2 Fase de instrumentação

A fase de instrumentação abrange os procedimentos metodológicos da pesquisa, com a delimitação do espaço físico, definido como cenário da pesquisa, participantes do estudo, instrumentos e técnicas para coleta dos dados e as etapas para o desenvolvimento do estudo, que serão descritas a seguir (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2.2.1 *Cenário da pesquisa*

O cenário da pesquisa é definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). No caso deste estudo, o cenário foi o Caps tipo III, localizado no município de Recife/Pernambuco, considerado serviço de referência no acompanhamento dos casos de transtornos mentais graves e persistentes, no Distrito Sanitário VI (RECIFE, 2014). A escolha desse serviço deveu-se ao fato de o mesmo ser campo de diversas atividades acadêmicas, como estágios curriculares, de pesquisa científicas e outros.

A cidade do Recife, núcleo da região metropolitana, pertence a I Gerência Regional de Saúde (Geres) do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a outras metrópoles regionais do Nordeste. Possui uma composição territorial diversificada dividida em 94 bairros aglutinados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário – DS. O município de Recife é totalmente urbano, com uma população estimada de 1.599.514 habitantes (RECIFE, 2014).

A rede de Saúde Mental conta com 17 Caps, em diferentes modalidades, 24 Residências Terapêuticas, 04 Albergues Terapêuticos, 04 Equipes de Consultório de Rua e 02 Equipes de Consultório na Rua, os quais têm por objetivo fortalecer a clínica, ampliar e diversificar a oferta de serviços no território, com foco na desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (RECIFE, 2014).

O Caps tipo III, é um serviço de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2011). Possui capacidade de atendimento a 40 usuários/dia e seus familiares, tendo como limite máximo 60 usuários/dia em regime intensivo, atende pessoas de ambos os sexos, que apresentam transtornos psiquiátricos, em situações de crise, de acordo com o preconizado na Portaria GM nº 336/2002.

O Caps é considerado o serviço de atenção psicossocial especializados dentro da Raps. Constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, destinados a acolher pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, por demanda espontânea e/ou referenciados por outras unidades. Realiza acompanhamento clínico, atua na perspectiva de promover a reinserção dos usuários na sociedade pelo acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários, com um permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015; SOUZA; GULJOR, 2014; BRASIL, 2011).

4.2.2.2 Participantes da pesquisa

Na PCA, os participantes constituem parte integrante do estudo e sua participação é ativa no processo da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Desse modo, foram convidados para participar da pesquisa, os usuários e familiares do Caps. Optou-se por essa população, pela necessidade de inserir os usuários como protagonistas no processo de cuidar e por serem os principais beneficiados com esta proposta; já a família, representa um núcleo indispensável no modelo de atenção psicossocial, em que a parceria com o familiar se constitui como potencializadora na continuidade e no progresso do tratamento (SILVA; MONTEIRO, 2012).

Os convites aos usuários e familiares foram realizados pela equipe de pesquisa e pelos profissionais do Caps, por meio de contato telefônico, convocação nos grupos, nos atendimentos individuais e durante atividades mais informais de convivência diária. Apesar de utilizar vários meios de convocação dos participantes, apenas os usuários do Caps tiveram adesão a proposta de pesquisa. Os familiares aceitaram os convites, porém não houve adesão aos grupos.

O período de coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2017, com participação inicial de 20 usuários, sendo que, em decorrência do processo de abertura e acolhimento de novos integrantes, participaram dos grupos 33 usuários e três familiares, totalizando 36 participantes, destes, desistiram nove (sendo seis usuários e três familiares), compondo o universo final 27 usuários, divididos em dois Grupos GAM, sendo um no turno da manhã (Grupo M) e outro no turno da tarde (Grupo T), contemplando dois horários de funcionamento de atividades de grupos no Caps, a fim de facilitar a adesão dos participantes nos turnos que já estavam habituados a frequentar o serviço. Os critérios de inclusão foram: admitidos no Caps, fazer uso de medicações psicotrópicas há mais de um ano, ter idade entre

18 e 60 anos. Foram excluídos usuários diagnosticados com retardo mental grave e os que eram curatelados.

4.2.2.3 Etapas de desenvolvimento do estudo

A primeira etapa consistiu na negociação da proposta de pesquisa com o uso do Guia GAM no Caps participante do estudo, foi apresentado o projeto aos profissionais de saúde, em reunião clínica, com a participação da equipe multiprofissional que atuava no serviço. Na oportunidade, foi realizada a arguição do projeto e discutido com a equipe como seria a operacionalização das atividades no serviço.

Neste primeiro momento, ficou designado que seria necessária a presença da pesquisadora, nas reuniões clínicas de turno, que aconteciam duas vezes na semana, para que se discutissem os casos dos usuários que seriam incluídos na pesquisa. Ademais, foi estabelecido que a pesquisadora precisaria estar integrada as atividades que já eram realizadas pelo Caps, como os grupos, reuniões de equipe, acolhimentos, entre outras, para iniciar o processo de vínculo com os profissionais, usuários e familiares do Caps, que foi nutrido durante as etapas da pesquisa, além de apresentar a proposta e fazer o convite para a participação no estudo e vinculá-los aos Grupos GAM.

O convívio com as atividades desenvolvidas pelo Caps e a aproximação com os participantes da pesquisa possibilitou a imersão da pesquisadora na assistência para se aproximar do contexto da prática assistencial e facilitar o processo de perscrutação, que visa a inclusão nessa realidade para se conseguir as reais intenções dos participantes em se envolverem com o estudo. A negociação da proposta de pesquisa com o serviço, concomitante ao convite realizado aos participantes da pesquisa, sucedeu pela intensificação de estar presente todos os dias no Caps, de forma integral, por um período de duas semanas.

Na segunda etapa, as pessoas que aceitaram participar da pesquisa preencheram um questionário com algumas informações sociodemográficas e em relação ao tratamento, além de assinarem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e receberem todas as orientações sobre a participação na pesquisa. Posteriormente, os participantes compuseram dois grupos (Grupo M e Grupo T) que foram compostos soberanamente por usuários, sendo que apenas três familiares aceitaram participar dos grupos, porém, estes não tiveram adesão aos grupos. Para cada grupo foi realizado, inicialmente, um grupo focal (apêndice B).

O grupo focal é utilizado quando indivíduos com experiência em comum se reúnem para expressar suas opiniões, através de discussões compartilhadas em torno de um tópico sugerido

pelo moderador (YIN, 2016). A proposta de realizar este grupo focal objetivou compreender a percepção de usuários acerca do uso de medicação psicotrópica. Tal etapa, compôs a pesquisa, intitulada “*A vivência do uso de psicotrópicos na perspectiva de usuários da Atenção Psicossocial*”, vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) da Universidade Federal de Pernambuco. Esta etapa, contribuiu para que a pesquisadora pudesse refletir sobre os diversos aspectos que envolvem a dinâmica complexa do uso de psicofármacos pelos usuários e familiares, para embasar a intervenção educativa em saúde que seria realizada.

Na fase seguinte, foram iniciados os Grupos GAM, composto pelos moderadores (os pesquisadores) e usuários. No processo de coleta de dados, foi empregado o princípio da triangulação, caracterizado pela utilização de meios diferentes para verificar o fenômeno estudado e determinar se os dados das fontes convergem para um mesmo resultado, considerado também, de suma importância para reforçar a validade de um estudo (YIN, 2016). Nesse sentido, foram utilizadas quatro diferentes fontes de dados (observação participante, entrevista conversação, Grupos GAM e diário de campo); e mais de um pesquisador, que a partir de fontes divergentes encontraram pontos que corroboravam entre si, levando ao mesmo resultado.

O método de observação participante (apêndice B) utiliza tanto de um instrumento semiestruturado para guiar o que será observado, quanto a participação e interação do investigador com os participantes da pesquisa a fim de possibilitar seu envolvimento como parte da prática assistencial. Os métodos de observações têm sido aceitos na enfermagem como parcela integrante das atividades de assistência em saúde, além de ser essencial na PCA para sustentar o critério de imersibilidade do pesquisador nas ações de assistência, com o intuito de produzir mudanças e ou inovações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Outra estratégia de coleta de dados foi a entrevista conversação que sucedeu, de maneira informal, sempre que havia oportunidades, durante o tempo de permanência das pesquisadoras no campo de assistência, para conhecer a percepção dos participantes acerca do Guia GAM e como isso contribuía para mudanças no tratamento. A entrevista conversação considera que os objetos de ações em saúde não poderão ser conduzidos unicamente por modelos, visto que, os atos que operam as tecnologias das relações subjetivas vão além dos saberes tecnológicos estruturados (YIN, 2016; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os dois Grupos GAM (Grupo M e Grupo T) também constituíram como meios para a coleta de dados. As técnicas de grupos têm sido bastante utilizadas por profissionais de enfermagem, principalmente, quando se trata de educação em saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nessa perspectiva, o trabalho em grupo se configurou, ao mesmo tempo, como

uma ação da prática assistencial e da pesquisa, sendo os dados desta atividade gravados e transcritos.

O diário de campo, empregado para registrar, em tempo real, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa, também foi utilizado como instrumento de coleta. Nele foram impressos os registros organizativos em forma de Notas (YIN, 2016; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Diante disto, foram realizados os registros das seguintes Notas: Notas de Diário (ND), relatos do que se sucediam diariamente com a pesquisadora em relação à pesquisa; Notas de Assistência (NA), foram as ações de assistência desenvolvidas durante o processo de pesquisa; Notas Teóricas (NT), relatos das interpretações descritas pela pesquisadora durante a coleta de dados e na organização das informações; Notas de Convergência (NC), relato de ações e situações em que houve a convergência da investigação com a prática assistencial. Essas Notas, permitiram uma fonte de informações que incorporaram mais precisão ao trabalho de pesquisa, além de tornar a análise mais sistemática e exclusiva, possibilitando o ato de perscrutar no modo minucioso e profundo para captar as informações advindas em todo tempo de permanência da pesquisadora no campo da pesquisa.

A terceira etapa consistiu na operacionalização da intervenção educativa com os Grupos GAM, que compuseram a programação de atividades ofertadas pelo Caps, por um período de quatro meses, com periodicidade de quatro encontros semanais, sendo dois encontros para o Grupo M e dois para o Grupo T, com duração média de cada atividade de aproximadamente 50 minutos. Para que todos os Passos do Guia fossem contemplados com a utilização das metodologias ativas, foram realizados 18 encontros com o Grupo M e 18 encontros com o Grupo T, perfazendo assim, um total de 36 encontros. Sendo possível, também a inclusão de novos participantes no decorrer dos encontros.

Para tanto, tais atividades foram constituídas de forma aberta, ou seja, mesmo após o início das atividades com os grupos, foi permitido o ingresso de novos participantes, visto ser esta uma prática do serviço, entretanto, os participantes precisavam atender os critérios de elegibilidade da pesquisa. Essa diretriz influenciou para que o grupo assumisse uma característica de expansão, e, não, de contração e retraimento, ensejando a ampliação de vínculos e de disseminação da pesquisa no serviço.

No primeiro encontro, aconteceu a apresentação do Guia GAM para os participantes do grupo, foi entregue o Guia impresso, assim como, iniciado o processo de refletir sobre contratos terapêuticos a fim de estabelecer pactos e acordos coletivos de convivência, numa proposta de *contratação*, que segundo Kinoshita (1996) se faz como produto de um processo coletivo e progressivo para promover a participação de todos de forma gradual e gerar um sentimento de

pertencimento com o grupo. Nessa proposta, o mais importante era acolher os posicionamentos do grupo, de forma flexível e que visassem a harmonia entre os participantes, para atender as diferenças e os interesses mútuos.

Os Grupos GAM foram operacionalizados pelo *Manejo Cogestivo*. Nessa condução dos grupos, participavam um moderador e um co moderador, que além de coordenar as atividades, também eram responsáveis pelos registros escritos, nos processos terapêuticos. Nesta perspectiva, a linguagem utilizada pelos moderadores, era simples e de fácil compreensão, acessível a todos. O ambiente foi organizado para ser acolhedor, com as cadeiras da sala dispostas em círculo para que todos pudessem se olhar e compartilhar suas experiências.

Ao considerar o modo de fazer do Guia GAM, optou-se por incluir as metodologias ativas para dar suporte ao *Manejo cogestivo* e desvincular a realização do grupo a leitura do material impresso do Guia. Trabalhar com metodologias ativas significa produzir novos saberes e incitar o exercício da curiosidade e criticidade, sendo a problematização um dos modos fundamentais para a sua aplicação (FUJITA, et al., 2016).

Diante disto, partiu-se do princípio da problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar os usuários diante do problema, para que eles pudessem examinar, refletir e relacionar com o seu tratamento e sua história de vida, passando a ressignificar suas descobertas, além de possibilitar o sentimento de grupalidade e melhorar o entrosamento entre os participantes nas suas relações de convivência. Portanto, como meio de unir os usuários ao redor de uma experiência comum de diálogo e problematização no âmbito da educação em saúde, foram elaboradas dinâmicas de acordo com as temáticas abordadas em cada Passo do Guia, conforme apresentado no Quadro I.

Quadro I - Metodologias Ativas utilizadas em cada Passo do Guia GAM. Recife/PE, 2018.

PARTE 1 DO GUIA GAM	Composta dos Passos: I /II /III /IV	Nesta parte as questões e os exercícios propostos visam convocar os participantes do grupo a refletirem sobre sua qualidade de vida, rede de apoio, direitos e sua experiência no uso de psicofármacos.
Apresentação	Objetivos	Metodologias Ativas
<i>Fase introdutória do Guia GAM</i> ✓ 1 encontro Grupo M ✓ 1 encontro Grupo T	Apresentar o Guia GAM aos participantes do estudo e discutir conceitos iniciais.	No primeiro encontro foram distribuídos os Guias impressos. Assim como, realizada uma dinâmica de apresentação e discutidos os conceitos iniciais do material, sendo também introduzido um processo de contratação de acordos para nortear o trabalho em grupo.
PASSO I GUIA GAM	Objetivos	Metodologias Ativas
<i>“Conhecendo um pouco sobre você”</i> ✓ 1 encontro Grupo M ✓ 1 encontro Grupo T	Convidar o grupo a se conhecer melhor e gerar um entrosamento entre os participantes.	Realizada a <i>Dinâmica da Caixa surpresa</i> , que continha perguntas simples, com o conteúdo relacionado a forma como as pessoas se apresentavam umas para as outras, visando seus sonhos, expectativas, desejos, entre outras coisas. Tal dinâmica possibilitou a curiosidade para saber o que havia na caixa e o interesse em discutir algo que estivesse relacionado as particularidades dos indivíduos, enquanto pessoas, e não, doença.
PASSO II GUIA GAM	Objetivos	Metodologias Ativas
<i>“Observando a si mesmo”</i> ✓ 3 encontros Grupo M ✓ 3 encontros Grupo T	Provocar discussões em que os participantes pudessem analisar suas vidas em diferentes aspectos.	Elaborado um <i>Painel Interativo</i> , composto de vários envelopes com perguntas que representavam um sub tópico de discussão deste Passo. Para deixar o grupo com mais leveza e descontraído, também foram introduzidos desafios e prendas aos participantes do grupo. Tal proposta, permitiu que a cada encontro, a depender do que os participantes quisessem abordar, eles transitavam de um tema para o outro, a exemplo, ora a discussão era sobre o dia a dia e ora era sobre as medicações.
PASSO III GUIA GAM	Objetivos	Metodologias Ativas
<i>“Ampliando a sua autonomia”</i> ✓ 2 encontros Grupo M ✓ 2 encontros Grupo T	Discutir os aspectos da vida que influenciam na tomada de decisão sobre o uso de medicamentos.	Para problematizar tal proposta, este passo foi realizado em dois encontros, sendo que, no primeiro, a proposta foi de trabalhar o que era importante para as suas vidas, discutidos conceitos como liberdade, pertencimento, reconhecimento e sentir-se útil. No segundo encontro, foram discutidos os direitos dos usuários na saúde, a partir de um jogo da memória com perguntas sobre os

		direitos das pessoas com transtorno mental e a contextualização disto com a realidade do serviço de saúde.
PASSO IV GUIA GAM	Objetivos	Metodologias Ativas
<i>“Conversando sobre os Medicamentos Psiquiátricos”</i> ✓ 7 encontros Grupo M ✓ 7 encontros Grupo T	Construir conhecimentos sobre os medicamentos, a fim de aproximar os participantes a um tratamento que melhorasse a sua qualidade de vida.	Com o propósito de problematizar e estimular a criticidade dos participantes sobre a temática dos medicamentos, foram desenvolvidas diversas dinâmicas, para serem trabalhadas questões que envolviam desde o simples fato de saber o nome das medicações e como era a experiência de tomar os medicamentos até discussões sobre o uso, receitas, principais efeitos colaterais e contra-indicações. Para tanto, utilizou-se as seguintes dinâmicas: 1) Jogo de quebra-cabeças, para trabalhar os principais grupos de medicamentos psiquiátricos; 2) Contação de história, com o propósito de abordar o tema <i>“receitas e bulas”</i>; 3) Construção de um painel com as principais medicações fornecidas pelo serviço, assim como, a indicação terapêutica de uso, efeitos colaterais e estratégias para conviver melhor com esses efeitos. Na ocasião, foi levado até o grupo, as medicações e as bulas fornecidas pela farmácia do Caps; 4) Apresentação e discussão de um vídeo sobre o funcionamento das medicações no organismo; 5) participação do psiquiatra para dirimir as principais dúvidas do grupo sobre as medicações.
PARTE 2 DO GUIA GAM	Composta dos Passos: V / VI	A segunda parte do Guia Gam propõe uma recapitulação dos temas discutidos, visando, ao fim, à construção de um plano de ação coletivo no qual os participantes se corresponsabilizem pela proposição de ações para enfrentamento dos problemas detectados por eles ao longo do processo de discussão do Guia.
PASSO V GUIA GAM	Objetivos	Metodologias Ativas
<i>“Por onde andamos”</i> ✓ 2 encontros Grupo M ✓ 2 encontros Grupo T	Retomar discussões dos grupos anteriores, numa perspectiva de avaliação das atividades e das mudanças adquiridas no processo terapêutico a partir das discussões em grupo.	Realizada a <i>Dinâmica do jogo de tabuleiro</i>, atividade composta de perguntas contidas no Passo V. A associação dessa dinâmica com a proposta desse Passo foi de reforçar o processo de aprendizado pelo hábito de fazer perguntas, problematizando as questões e compartilhando as vivências com o grupo. Tal atividade, teve a finalidade de apreender quais repercussões do uso do Guia para os seus participantes.
PASSO VI GUIA GAM	Objetivos	Metodologias Ativas

<i>“Planejando nossas ações”</i> ✓ 1 encontro Grupo M ✓ 1 encontro Grupo T	Elaborar um plano de ações para enfrentar os problemas.	A dinâmica realizada consistiu em apresentar ao grupo, três caixas. A primeira tinha questões sobre a <i>qualidade de vida</i> , a segunda sobre <i>problemas</i> e a terceira sobre o <i>planejamento das ações</i> . A proposta era discutir que para cada problema não se comportar uma única solução correta, mas uma ou mais soluções possíveis. Sendo assim, os participantes puderam se engajar em um processo de especulação, definição, coleta de informações, análise e redefinição do problema.
Grupo Despedida	Objetivo	Metodologias Ativas
✓ 1 encontro Grupo M ✓ 1 encontro Grupo T	Realizar o encerramento do grupo.	Neste último encontro, foram distribuídos a todos os participantes certificados de participação nos Grupos GAM, como forma de reconhecimento do envolvimento dos participantes com a proposta de pesquisa e, também, de agradecimento. Além disso, foram colhidos depoimentos dos participantes sobre a experiência de participação dos grupos.
TOTAL DE GRUPOS	18 encontros Grupos M 18 encontros Grupos T	36 encontros

Fonte: A autora, 2018.

4.2.3 Fase de perscrutação

A fase de perscrutação permeia as fases de instrumentação e análise, significa investigar rigorosamente no contexto da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Tal prática, foi desenvolvida no processo de efetuação das técnicas de coleta de dados, em que a equipe de pesquisa ao executar ações de assistência e, paralelamente, as ações de pesquisa, tinha a oportunidade de formular indagações para desvelar o fenômeno investigado. Nesse sentido, na PCA, as pesquisadoras estiveram duplamente comprometidas, por um lado, com o desenvolvimento do conhecimento técnico no sentido de introduzir mudanças no contexto da prática assistencial, por outro, no desenvolvimento do conhecimento teórico para a cientificidade da pesquisa.

4.2.4 Fase de análise

Para a realização da análise dos dados Trentini, Paim e Silva (2014) propõem que sejam realizados quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Os procedimentos típicos da análise de conteúdo, propostos pela PCA, apresentam particulares na sistematização

de análise e inclinam-se para decorrer de forma sequencial e organizada, desde o início da aproximação da pesquisadora com o campo de pesquisa.

A apreensão consiste no primeiro estágio de análise e inicia com a coleta de informações e sua organização (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nesse momento inicial, os dados da pesquisa foram organizados em ordem cronológica, com data e números das entrevistas, das observações, dos Grupos GAM e as Notas do diário de campo, buscando-se, ainda que superficialmente, com indícios de interpretação, rastrear respostas para a pergunta de pesquisa e a saturação dos dados.

Após a organização dos dados, foi revisado todo o material e efetivada a leitura exhaustiva das transcrições e Notas, formando o *corpus* da pesquisa (designado como conjunto de textos que se pretende analisar) foi fragmentado em duas partes, o *corpus central* do estudo, constituído da produção de dados dos Passos V e VI do Guia GAM com as transcrições das observações, entrevistas e grupos GAM; e o segundo, definido como o *corpus secundário*, produzido pelas Notas (ND, NA, NT, NC) do diário de campo, que teve como função principal compor as bases para o desenvolvimento da escrita metodológica, discussão e conclusão do estudo.

Num segundo momento, o *corpus central* da pesquisa, foi submetido a releitura, classificação e interpretações para o processo de codificação dos dados. Segundo Creswell (2014), a codificação consiste na leitura aprofundada do material para realizar a separação do texto em pequenas categorias de informações. Nessa perspectiva, foi elaborada, preliminarmente, uma lista de códigos que representavam as informações mais expressivas no texto, de forma a dar visibilidade aos parágrafos coesos das transcrições que quando destacados no texto, foi possível rastrear frases semelhantes. Para tanto, à medida que a base de dados era examinada e reexaminada, essa lista era ampliada, até que se apreendeu um total de 13 códigos. Vale ressaltar, que o uso de códigos representava as visões dos participantes, e nomeados para descrever da melhor forma as informações apresentadas no texto.

O processo de síntese consiste em analisar subjetivamente as associações e variações das informações, a fim de mostrar os dados essenciais para o desvelamento do fenômeno (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nesta etapa, os códigos encontrados em cada segmento de texto foram analisados e associados por similaridade para um processo de reorganização dos dados e formulação das categorias, estas, designadas como unidades amplas de informações, agregam diversos códigos para a formação de uma ideia central. Para tanto, a síntese foi representada, em forma de quadro, com os dados recompostos de uma maneira ordenada e

conceitualmente significativa, o que revelou as repercussões do Guia GAM para os usuários do Caps, que serão apresentadas nos resultados.

Segundo Trentini, Paim e Silva (2014) a teorização é desenvolvida a partir da apreensão e síntese dos dados que deverão passar por um processo de identificação, definição e construção de relações entre um grupo de constructos para que se possa descrever e explicar os fenômenos de acordo com a realidade. Nesse processo, foram examinados os valores e sentidos embutidos no *corpus central* do estudo, formulando pressupostos e questionamentos, para a partir disso, elevar as informações a um alto nível de abstração, interpretando os dados, na perspectiva de compreender e dar sentido a informação. Assim sendo, a pesquisadora vinculou a sua interpretação à literatura de pesquisa mais ampla, com conceitos chaves sobre o tema, para a fundamentação teórica do estudo.

A transferência, última fase de análise, propõe que o material produzido com o processo de teorização seja contextualizado para situações similares com o propósito de transferi-los e socializá-los, numa perspectiva de que em outros cenários da prática assistencial seja possível a sua realização, a fim de melhorar a qualidade da assistência no âmbito da atuação da PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

[...] para concretizar a transferibilidade do conhecimento teórico para a prática assistencial de enfermagem há que se considerar que este conhecimento não pode simplesmente ser transferido tal qual foi concebido pelos pesquisadores. Tal conhecimento precisa sofrer um processo de (des)abstração a fim de torná-lo apto para dar materialidade aos achados [...] (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 58).

Tendo em vista essas considerações, no processo de transferência, a pesquisadora empenhou-se para refletir e fazer construções acerca dos conhecimentos adquiridos, a fim de aplicar os resultados para a prática assistencial no campo da atenção psicossocial.

4.3 Aspectos éticos

O estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas de pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos, respeitando a dignidade da vida humana e assegurando os referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, durante todas as etapas da pesquisa.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, parecer N° 2.154.167 e CAAE N° 62169316.6.0000.52.08 (Anexo A). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecidos (TCLE) (apêndice B), aceitando participar do estudo. Os mesmos foram identificados nesta pesquisa com a codificação *usuário*, sequenciada de um numeral (*usuário1...usuário27*), sem guardar correlação com a ordem das participações em grupos.

Na busca pelo rigor na qualidade do estudo, imperativamente, foram respeitados o campo da ética, estética e técnica que prezam pela seriedade da responsabilização do efetivo cumprimento das normas associadas a diversos requerimentos e exigências relevantes na PCA, que impulsionaram a reflexão teórica imprescindível a todos os envolvidos no exercício de contribuição para a ciência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A pesquisadora, esteve inserida no contexto da assistência, assim como preconiza a PCA, respeitou o compromisso com o respeito e a dignidade das relações durante toda fase assistencial, na aliança com os profissionais, gestores, usuários e familiares do Caps. Promoveu sentimentos de participação, encorajamento e cooperação com benefícios ao desenvolvimento humano no trabalho coletivo.

5 RESULTADOS

Dos participantes do estudo, 14 usuários eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com idade entre 19 e 60 anos. Em relação ao estado civil, a maioria dos usuários eram solteiros. Os transtornos mentais mais evidentes foram a esquizofrenia e os transtornos do humor. No que diz respeito a escolaridade, a maior parte tinha cursado entre o ensino fundamental e ensino médio. A respeito dos tipos de medicações em uso, a média era de três a quatro medicações por dia, sendo o tempo de uso de medicação, entre um a trinta anos. Para melhor contextualizar o perfil sociodemográfico dos usuários, o Quadro II, apresenta a caracterização dos participantes do estudo.

Quadro II - Caracterização dos participantes do estudo. Recife/PE, 2018.

Usuário	Idade	Sexo	Est. Civil	Escol.	CID 10*	Tempo de uso Medicação/Tipos Medicamentos	Usuário	Idade	Sexo	Est. Civil	Escol.	CID 10*	Tempo de uso Medicação/Tipos Medicamentos
01	49	M	Solteiro	EMI ⁽³⁾	F.20	30 anos/ 05 tipos	15	50	F	Solteira	EFC ⁽²⁾	F.20	20 anos/ 03 tipos
02	35	F	Solteira	EFC ⁽²⁾	F.20	05 anos/ 05 tipos	16	44	F	Solteira	ESC ⁽⁶⁾	F.31	01ano/ 02 tipos
03	25	F	Casada	EMC ⁽⁴⁾	F.31	01 anos/03 tipos	17	35	F	Casada	EMC ⁽⁴⁾	F.31	03anos/ 07 tipos
04	25	M	Solteiro	EMC ⁽⁴⁾	F.31	03 anos/04 tipos	18	33	M	Solteiro	EMI ⁽³⁾	F.20	01ano/ 03 tipos
05	27	M	Solteiro	EMC ⁽⁴⁾	F.20	08 anos/ 01 tipo	19	54	F	Casada	EFC ⁽²⁾	F.20	04anos/ 03tipos
06	19	M	Solteiro	EFC ⁽²⁾	F.20	01 ano/ 04 tipos	20	55	M	Separado	EFC ⁽²⁾	F.20	15 anos/ 04 tipos
07	31	M	Solteiro	EMI ⁽³⁾	F.20	3 anos/ 03 tipos	21	42	F	Casada	EFC ⁽²⁾	F.33	20anos/ 02tipos
08	28	F	Solteira	ESI ⁽⁵⁾	F.31	10 anos/04 tipos	22	42	M	Separado	EMI ⁽³⁾	F.20	24anos/ 05 tipos
09	39	F	Separada	EFI ⁽¹⁾	F.31	21 anos/03 tipos	23	37	M	Solteiro	EMC ⁽⁴⁾	F.20	02anos/ 02tipos
10	40	M	Casado	ESI ⁽⁵⁾	F.20	21 anos/01 tipo	24	40	F	Solteira	EFI ⁽¹⁾	F.31	02anos/ 04tipos
11	40	F	Separada	EMC ⁽⁴⁾	F.31	2 anos/04 tipos	25	25	F	Solteira	EMC ⁽⁴⁾	F.31	02anos/ 03tipos
12	37	M	Casado	EMC ⁽⁴⁾	F.20	05 anos/03 tipos	26	40	F	Solteira	EFI ⁽¹⁾	F.29	10anos/ 03tipos
13	36	M	Solteiro	EFC ⁽²⁾	F.31	12 anos/05 tipos	27	60	M	Casado	EFC ⁽²⁾	F.31	7anos/ 03tipos
14	34	F	Solteira	EMC ⁽⁴⁾	F.31	10anos/05tipos	-----						

*Classificação Internacional de Diagnósticos; ⁽¹⁾Ensino Fundamental Incompleto; ⁽²⁾Ensino Fundamental Completo; ⁽³⁾Ensino Médio Incompleto; ⁽⁴⁾Ensino Médio Completo; ⁽⁵⁾Ensino Superior Incompleto; ⁽⁶⁾Ensino Superior Completo. **Fonte:** A autora, 2018.

As repercussões da intervenção educativa com o uso do Guia GAM para os usuários do Caps, foram explanadas em três categorias: 1) Empoderamento dos usuários frente ao tratamento; 2) Estratégias de enfrentamento dos problemas; 3) Contribuições do Guia GAM na cogestão do tratamento: uma abordagem convergente – assistencial. Para tanto, serão apresentadas em conformidade com os respectivos quadros que compõem a síntese de cada categoria.

Categoria 1 - Empoderamento dos usuários frente ao tratamento

Na categoria 1, são apresentadas diversas questões relacionadas ao fortalecimento de poder dos usuários e aumento da autonomia pessoal e coletiva, tanto na relação específica com a terapêutica medicamentosa, quanto com a visão crítica de realizar questionamentos sobre a qualidade do serviço, o processo de reabilitação psicossocial e de seu papel como cidadão. Nessa perspectiva, o quadro III apresenta a síntese retratada nesta categoria.

Quadro III – Síntese da Categoria 1 - Empoderamento dos usuários frente ao tratamento. Recife-PE, 2018.

1.	Envolvimento em debates e análises dos processos de tratamento ofertados pelo Caps.
2.	Acesso a um tratamento que responda aos anseios e perspectivas dos usuários.
3.	Participação no Projeto Terapêutico Singular.
4.	Acesso às informações sobre a terapêutica medicamentosa.
5.	Participação em discussões que possibilitem a construção de conhecimentos sobre a terapêutica medicamentosa.
6.	Compartilhamento de experiências e vivências, em grupo, sobre o uso de medicamentos.
7.	Participação em discussões sobre direitos na saúde.
8.	Integração em movimentos sociais na reivindicação da proteção dos direitos na saúde.
9.	Fortalecimento da autonomia numa perspectiva coletiva.

Fonte: A autora, 2018.

Apreende-se que nos grupos GAM, houve espaços e momentos de debate e análise do próprio fazer em saúde, suscitando questões que contemplavam melhorias para a qualidade das atividades dos serviços, que vão além da terapêutica medicamentosa, e consideram a diversidade de atividades que deverão ser de responsabilidade do Caps. Além disso, foram apontados fatores que interferem na garantia dessas ações, como a transição de governo e a

premência da mobilização de profissionais e usuários para efetivas mudanças na atenção à saúde.

Aqui no Caps deveria ter mais passeios, a gente poderia usar a piscina, há uns dez anos atrás tinha tudo isso, deveria ter educação física também. Mas a gente sabe que tudo isso depende de nossos governantes. Com essa transição de governo, mexe em tudo, é algo que poderia fazer alguma coisa e não teve a oportunidade de fazer [...] a gente discutiu aqui nos grupos, que tem as ervas, as plantas medicinais que também podem ajudar no tratamento, o poder da natureza é grande [...] não é só o fato de você tomar os remédios, tem também as terapias, o que você gosta de fazer, eu gosto de ir à praia à noite tomar uma água de coco, ir numa praça, a igreja num domingo, tudo isso é social [usuário 13].

Eu queria que aqui no Caps tivesse teatro, logo quando eu comecei aqui tinha passeios, a gente ia para praia, mas hoje em dia não tem mais, foi cortado. Eu acho assim, que deveria se unir as doutoras com os usuários para colocarem um papel pra dentro da prefeitura e pedir uma van [usuária 26].

Pra mim seria bom que aqui no Caps tivesse um educador físico, porque antes tinha, mas agora não tem mais atividade física, uma educadora pra fazer mais atividades, com bola, por exemplo, uma dinâmica para movimentar o corpo [...] as outras formas de tratamento além da medicação incluem as terapias, os grupos, a gente procurar se socializar [usuária 08].

[...] eu também gosto de ir à praia, tomar um banho. Seria bom que aqui tivesse capoeira, eu já fui professor de capoeira [usuário 20].

Para mim aqui deveria ter brincadeiras, jogos, porque as vezes a gente fica esperando o almoço e não tem nenhuma atividade, então se colocasse algo seria bom, pra passar o tempo [usuário 27].

Descortina-se com o processo de desenvolvimento dos Passos do Guia GAM, que além da temática da gestão da medicação, foram abordadas outras questões pertinentes ao tratamento e à vida dos usuários, com destaque para o processo de reabilitação psicossocial, viabilizado pelo tratamento do Caps, que garantiu aos usuários desde a melhoria do quadro psíquico e da retomada das atividades de vida diária, até a reinserção na sociedade, através do estudo, do trabalho e da ampliação dos vínculos na rede social.

Os grupos e o tratamento são bons, porque do jeito que eu cheguei aqui, se não fosse o tratamento dos médicos e enfermeiros, eu não teria conseguido, minha vida melhorou muito, eu já consigo fazer as coisas em casa, lavar uma roupa, arrumar a casa, cozinhar [usuária 11].

Quando eu cheguei aqui no Caps, estava debilitado, fui melhorando e conseguir dar continuidade a minha vida. Eu dei a volta por cima, conheci minha esposa, casei, comecei a estudar, trabalhar [usuário10].

[...] o tratamento daqui é muito bom, sei que elas fazem tudo para o meu bem. Foi por causa delas que eu conseguir ter minha casinha, meu benefício, meu cigarro, to indo para escola, não falta mais nada pra mim. Então o tratamento tá sendo bom [usuária 26].

A intensificação das relações no grupo para questões que se aproximassem da escolha em participar mais ativamente do tratamento foram desdobrando-se para um maior fortalecimento das relações dos usuários com o serviço, que repercutiram em seus projetos terapêuticos. A partir disto, tem-se a compreensão mais ampla do conceito de PTS e suas particularidades em relação ao tratamento, que necessita ser realizado em conjunto com os profissionais de saúde.

A partir do que discutimos nos grupos, eu dei uma nova definição do que seria PTS, é o seu dossiê pessoal na área da saúde, particular com relação ao seu tratamento. Envolve muitas coisas, qual o remédio que você vai tomar, a sua terapia, seu prognóstico, o que você necessita e precisa [usuária 16].

O Projeto Terapêutico, são os acordos que você faz, são os acordos que os profissionais de saúde têm com os usuários, em relação da vivência do Caps, ao que a pessoa quer fazer, a programação, aos grupos e a questão do medicamento também [usuária 08].

O desenvolvimento de potencialidades, a partir do acesso à informação e construção de conhecimentos, conduziu os usuários a uma participação mais real e simbólica na terapêutica medicamentosa, numa perspectiva mais crítica e curiosa no uso da medicação, que precisou ser gerenciada pela troca e compartilhamento de experiências. Além disso, incide-se nos usuários o aumento da consciência de questionar e fazer escolhas.

A partir dos conhecimentos que a gente constrói aqui nos grupos, das medicações, a gente pode levar isso pra prática também, a gente já fica ciente de como a medicação vai agir, os efeitos colaterais, o que é a medicação, porque tem muita gente aqui que toma o remédio sem saber [...] no grupo a gente foi aprendendo coisas do tratamento, da medicação, como usar, os efeitos colaterais [usuária 08]

Eu nunca tinha participado de grupos assim aqui no Caps, a gente teve a oportunidade de conhecer mais sobre os remédios, as receitas, a gente ficou mais informado [usuária 26].

Eu já procurei saber pra que serve a medicação, não sei bem se é isso, mas parece que é pra sintomas psicóticos, eu acho que foi por conta disso, faz um ano e oito meses que tomo medicação [usuário 29].

Até agora eu não sei nem o que eu estou tomando de medicação, eu tenho que procurar saber do porquê, porque eu estou tomando e para quê [usuário18].

Eu pude aprender mais sobre minha medicação e poder está mais socializado com as pessoas, trocar experiências, descobri o ponto fraco de um e de outros (risos) [usuário10].

[...] eu pude aprender muitas coisas, conheci melhor vocês, a gente pode ter um diálogo um com o outro [usuário 07].

A gente aprendeu mais sobre nossos direitos e medicamentos [usuário27].

Aqui nos grupos, eu aprendi muito, foi uma pena não ter entrado logo no começo, mas pra mim foi bom. Estou feliz em poder ter aprendido tanta coisa. Coisas que eu não sabia, sobre as medicações, sobre as bulas, receitas, eu aprendi muita coisa mesmo, por outro lado estou triste porque ele está acabando [usuária 21].

Mudaram a minha medicação, e eu fui lá perguntar, e ela me passou tudo, então eu perguntei quanto a essas alterações, se seria necessário sempre ter algum relato médico ou é assim, decidem mudar de uma vez, então no meu caso, eu procurei saber porque mudou e me falaram [usuária 16].

Cada organismo, como aqui mesmo no grupo foi falado, eles não são iguais, são diferentes. E o efeito que a medicação faz em mim, não é o mesmo que faz em você. Esses remédios daqui dão muito sono, poxa! Não era pra ser assim, se é pra tomar remédio, dá uma dose mais baixa e vai aumentando [...] esse negócio de medicação é complicado. A gente toma, mas a gente sabe, e outra coisa, quando a gente se conhece, a gente se trata, e a gente procura saber a medicação que a gente toma, os efeitos colaterais que ela traz pra gente e os benefícios, a gente toma pelo benefício, e o psiquiatra acredito eu que ele passa pro benefício [usuária 14].

No âmbito das discussões sobre os direitos e compromissos dos usuários na saúde, compreende-se que existe o reconhecimento de que é necessário a responsabilização entre usuários e profissionais para o exercício de direitos sociais e individuais. Observa-se, também, que os usuários realçam a garantia de direitos ao fato de serem satisfatoriamente cuidados.

Exercer nossos direitos é ter o acesso a eles, de você ir conversar com uma enfermeira, por exemplo, e ela falar sobre seus medicamentos e esclarecer tudo, então ter direito ao acesso é a prática desse direito [usuária 16].

Para exercermos nossos direitos na prática e usufruindo do que é nosso, eu tenho uma experiência verídica, uma vez eu cheguei na própria farmácia do Caps e perguntei pra pessoa, se ela me daria a bula, ela disse: eu dou, agora não é muito indicado não, porque tem um monte de coisas aí. Mas eu disse: tem problema não, me dê. Vimos no grupo sobre bulas, uma série de coisas [...] o direito também é o haldol, ampicilil, fernegam, é rivotril, direito é isso, são as medicações ofertadas pelo SUS. Direito é

ter a medicação, outro detalhe, de ser bem remunerado como eu, receber um salário mínimo do governo, um Benefício de Prestação Continuada, ter carteira de livre acesso, minha carteira do livre acesso foi cortada [usuário13].

Todo o usuário tem direito a benefício, quem se trata aqui no Caps, assim como a carteira de livre acesso é um direito, muita gente tem direito a benefícios, então isso são os direitos, direito de estar aqui no Caps, direito de ser bem atendido, de ser respeitado, isso são os direitos e benefícios também [usuário 10].

A gente tem direito de tudo, de ser bem tratado [usuária 26].

Porque os direitos da gente, só termina quando o do próximo começa, então nunca vai acabar [usuária 21].

Desde que nasci tenho direitos [usuário 01].

Temos direito de ser bem medicado, ser bem ouvido [usuário 04].

O fortalecimento de competências para participar de forma mais ativa e participativa do tratamento, perpassa pelo pensamento reflexivo de conhecer os direitos, questionar e intervir a partir deles. Ademais, a participação política em movimentos sociais assegura aos usuários mais proteção dos direitos humanos.

Nas leis, diz que a saúde é direito de todos e dever do estado. Só que onde está o estado? Porque a gente está aqui, a saúde. E o estado está aonde? [usuária14].

O estado está aqui, porque se não estivesse, esses profissionais não estariam aqui, fazendo esse trabalho. Pode ser pouco, mas tem, eu quero muito mais, é onde está o seu direito. De abrir a boca, relatar os fatos e ocupar seu espaço, eu preciso mais disso e daquilo, mas não podemos dizer que o estado não faz. Os profissionais são uma representação do estado, se não, não estaríamos aqui, conversando e discutindo sobre direito, ele é falho, ele peca na qualidade, isso é verdade, mas dizer que não existe, aí também é injusto. Nós merecemos muito mais, não só a gente, que agora está aqui como usuário, mas do outro lado também, porque somos usuários em qualquer área do serviço de saúde [...] temos direito de ser paciente, de ser bem atendido [...] se nossos direitos não forem atendidos temos que ir na ouvidoria [usuária16].

Primeiro é buscar conhecer esses direitos, que muita gente, como ela tá dizendo, que não tem direito é porque não tem conhecimento, mas ela tem direito e todo mundo que está aqui tem direitos. É complicado, mas temos que buscar. Tratar as pessoas bem é um dever profissional seu, você tem que ser profissional. Mas o que ela está dizendo eu estou entendendo, porque no SUS, é assim mesmo, não existe não. Mas temos o direito de ser bem tratado e de ter a medicação [usuária 08].

Eu fui para a caravana “Fora Valencius”, em Brasília, tinha muita gente lá, foi muito bom, a gente conseguiu tirar o chefe de lá, porque ele queria voltar com os manicômios, então eu me senti muito felizado com isso, a gente conseguiu revogar nossos direitos [usuário10]

Se nossos direitos não estão sendo garantidos temos que ir para o 18 de maio, dia nacional da luta antimanicomial, nenhum passo atrás, manicômio nunca mais. [...] na assembleia a gente também coloca a boca no trombone [usuário13].

De outra forma, identifica-se, ainda, desafios para o fortalecimento do poder dos usuários e o exercício da cidadania, evidenciados pela vulnerabilidade ocasionada pelo transtorno mental, principalmente nos momentos de crise; condições sócioeconômicas com poucos recursos; violação de direitos; além do tratamento direcionado para remissão de sintomas, em que é priorizado, apenas, o uso da medicação, que repercutem na insatisfação e desmotivação dos usuários quanto a valorização de suas experiências e a garantia de direitos humanos básicos.

Eu acho é que os usuários não têm direito nenhum. Muitas vezes a pessoa procura o direito, mas não encontra. Não é fácil achar nossos direitos, não, é complicado [...] às vezes a gente se internar no hospital tem que tomar um remédio e você não sabe nem pra que é, ainda agem assim! Porque se você tá com um problema, se você tiver com um problema muito sério em casa, aí vão dizer: _vamos chamar a polícia, e levam pro sanatório, mas às vezes a gente nem precisa daquilo. Aí chega lá, toma injeção né, toma remédio e fica dormindo. Eu acho que não adianta você conhecer seus direitos, não, porque a pessoa que é rico, tem direito e vai correr atrás, a gente, não [usuária 19].

[...] um direito é certo, se a gente querer quebrar tudo, vão ligar pro 190, a polícia chega e vão chegar com um cassete [usuário13].

Às vezes a gente espera dos nossos direitos o básico e não temos [usuária 08].

Uma pessoa quando está em crise, alucinada, ela vai procurar os direitos dela? Não vai! Porque o profissional vai dar o remédio dela e ela vai ficar lá, paralisada. [usuário 10].

Categoria 2 - Estratégias de enfrentamento dos problemas

A categoria 2 apresenta as principais estratégias de enfrentamento dos usuários diante de circunstâncias adversas da vida, que contemplam, tanto o planejamento de ações para resolver ou minimizar os problemas, quanto estratégias centradas na emoção, que visam a externalização de sentimentos que provocam angústia e sofrimento. A mobilização, portanto, de competências e habilidades à nível individual e coletivo são direcionadas para o

gerenciamento de demandas internas e externas dos indivíduos. Nesse contexto, identifica-se no quadro IV, a síntese desta categoria.

Quadro IV – Síntese da Categoria 2 - Estratégias de enfrentamento dos problemas. Recife-PE, 2018.

1.	Vincular-se a uma rede de apoio.
2.	Ser agente ativo no tratamento.
3.	Ser resiliente.
4.	Ocupar o tempo ocioso.
3.	Realizar um serviço voluntário.
4.	Externalizar sentimentos que causam angústia e sofrimento.

Fonte: A autora, 2018.

O trabalho com o grupo GAM possibilitou o reconhecimento pelos usuários, dos problemas de maior importância para serem enfrentados, com destaque para o transtorno mental, a crise, os efeitos colaterais das medicações e a ociosidade.

A dopação que a medicação causa na pessoa, é isso, o remédio deixa dopado, muitas vezes a gente toma, e quer ser ativo como antes, como é o meu caso e não consegue ser. São muitos comprimidos, doze por dia, então eu passo o dia assim, tonta, o corpo só pede cama, não tenho disposição para nada. Fico triste, eu vejo meu esposo sobrecarregado, as vezes eu até ajudo ele, mas eu não tenho força como antes, pra poder cuidar da casa, ele tá sobrecarregado demais, tá ruim, pra ele, tá entendendo (chora). Não tinha esses efeitos, aumentou muito [...] a minha memória ficou prejudicada, eu não consigo memorizar as coisas, as vezes até a minha língua fica embolada e eu não consigo falar [usuária 17].

[...] a ociosidade, a mente desocupada é oficina do diabo, eu penso muitas coisas ruins, então por isso que a gente tem que sempre tá fazendo alguma coisa [...] no meu caso, eu tomava uma medicação que no início eu não estava me dando com essa medicação, e o que me dava vontade, eu tava aqui conversando e daqui a pouco eu fazia xixi, não conseguia segurar a vontade, eu não controlava [usuária 14].

O meu caso ainda não está definido, eu não sei se tenho transtorno bipolar ou borderline, esse seria um dos meus problemas, assim, eu considero ele importante porque me prejudica nos relacionamentos e interações sociais, no meu ciclo de amizades, nas pessoas novas que se aproximam de mim [...] outro problema que me fazia mal era o efeito de um remédio que eu tomava. [usuária 16].

[...] os sintomas, logo quando a gente chega aqui, a gente chega em crise, o problema então é a crise [usuária 08].

A primeira estratégia de ação expressada pelos usuários para o enfrentamento de problemas estava direcionada a vincular-se a uma rede de apoio. Os principais recursos compreendiam a crença em Deus, a família, os amigos e os profissionais de saúde.

[...] em primeiro lugar, eu posso contar primeiro com Deus, segundo minha mãe e terceiro o doutor, vocês podem passar a prova que for, mas não abandonem sua Fé, porque Deus estará sempre com a gente [usuário 20].

Eu atualmente só posso contar com os profissionais aqui do Caps. Eu estou falando do pessoal que me apoia, posso? [usuária 16].

Primeiramente Deus, segundo minha família, e as enfermeiras e médicas aqui do Caps, eu gosto muito daqui [usuária 11].

[...] eu conto com a família, em casa, com os amigos que também tomam medicação porque aí podemos trocar experiências [usuária 14].

Já eu, conto com o meu Técnico de Referência, o TR, porque no meu caso, eu não conto com minha família [usuário 13].

Eu converso mais com minha família, meu esposo, minhas filhas e netas. Tudo que acontece aqui eu falo pra eles, mas também, se eu precisar falo com o doutor também. Tem coisas que a família não vai resolver, só Jesus mesmo. Não precisa contar pra ninguém, só pra ele. Você vai sentir uma paz no coração [usuária 19].

[...] na hora da dificuldade você tem que pedir apoio a pessoa certa, aquela que você confia [usuário 12].

[...] confiei nela, então assim, ela é a pessoa que eu mais confio, a pastora da igreja, eu acredito que ela tem me apoiado, me dado conselhos, me ajudado [usuária 21].

O compartilhamento das experiências e informações, em grupo, ajudaram no desenvolvimento de habilidades e competências para lidar com o evento estressor e na elaboração do planejamento de ações. Nesse sentido, as estratégias para o enfrentamento dos problemas estavam relacionadas a serem agentes ativos no tratamento, ter mais resiliência e ocupar o tempo ocioso.

[...] como usuária aqui do Caps, eu me deparei com inúmeras situações, que eu nunca tinha vivenciado e presenciado, e não sabia lidar com a medicação, e eu adotei a partir da participação desse grupo, com a conversação e a convivência aqui no grupo, eu pude perceber, que nós, usuários do serviço público na área da saúde, a gente tem que adotar uma nova postura, mais ativa, essa postura proposta pelo Guia GAM, que é muito bem-vinda dentro da área da saúde [...] O planejamento que eu fiz, a partir do Guia GAM, eu coloquei em duas etapas, primeiro, o diálogo, a comunicação, a interação, é minha proposta de ação, eu pensei também na psicoterapia porque eu sou escutada pelos psiquiatras, psicólogos e enfermeiros. A conversação que a gente tem nos grupos também é importante, então eu tentei ingressar em todos os grupos que me foi disponível aqui no Caps, para poder estimular a conversação, porque o transtorno me prejudica nisso. Também planejei fazer um atendimento ao público, porque percebi que muita gente que chega aqui são pessoas problemáticas, então se eu desse uma parte de mim e compreendesse essas pessoas, que chegam com esses transtornos, eu poderia também me auto ajudar, doando um pouco de mim, na interação com essas pessoas, seria então um serviço voluntário. Outra coisa também, eu percebi que precisava conhecer os remédios que eu tomava, então eu busquei isso em função do próprio Guia, que ele nos dá essa autonomia, então eu fui descobrir as medicações que eu tomava e me aprofundar mais nisso [usuária 16].

[...] tem que sonhar, sonhar não é nada demais, mas tem que correr atrás também, eu quero, eu vou conseguir, não é fácil, é difícil, e principalmente pra mim que não tenho estudo, meu sonho é aprender a ler, escrever, eu vou conseguir, vou escrever um livro [usuária 26].

A gente não pode desistir, se desistir, vai começar tudo de novo, tem que se esforçar para com o tempo você conseguir, agora ficar parado, não dar, não [usuária 11].

[...] na hora de resolver um problema, tem que ser verdadeiro e falar a verdade, ser honesto consigo mesmo, para conseguir enfrentar as dificuldades [usuária 19].

Temos que ocupar mais nosso tempo, ler uma revista, assistir um jornal, a televisão, jogar uma bola, fazer uma caminhada, se divertir, ter um lazer, pra não ficar pensando, escutar uma música legal, ir na igreja, porque se ficar parado, prostrado num canto, você só vai ter pensamentos ruins [...] A gente tem que conversar sobre os medicamentos, na psicoterapia, com a psicóloga, com um psiquiatra, você pode conversar em qualquer lugar, até numa praça. Eu converso com minha família também, lá em casa, com minha mãe [usuária 14].

Diante do problema, outras formas de enfrentamento estavam relacionadas a externalização de sentimentos que provocavam angústia e sofrimentos, assim como, nos momentos de emoção, numa perspectiva de regulação da resposta emocional.

[...] eu procuro sempre falar, eu desabafo com minha santa lá em casa, escuto o padre na rádio, quando eu to afim de desabafar, eu desabafo com a santa, porque eu moro só, nem todo mundo entende nossos problemas [usuária 26].

Eu sou assim, muitas vezes eu não desabafava, ficava ali, só chorando, não falava nada com ninguém, mas chegou um momento que eu não estava mais aguentando,

não estava suportando, estava sufocada, e eu tive que pedi ajuda, aí eu cheguei pra minha pastora, falei da minha situação, como eu estava, desabafei [...] Agora se eu não desabafar, eu fico toda roxa, porque eu fico com isso guardado dentro de mim, eu fico com ronchas que parece que foi uma pancada, porque eu fico com aquilo guardado dentro de mim, me dá um angustia, eu boto pra chorar [usuária 21].

Isso de ficar roxa, pode até ser um princípio de infarto, é melhor gritar e colocar pra fora, eu chorava muito também, aí parei de chorar, porque a gente fica guardando, então eu percebi que isso poderia ser ruim para mim, então eu comecei a gritar, e os vizinhos até diziam que eu era doida, pode me chamar de louca, morrer de infarto é que eu não vou! [usuária 16].

[...] eu agora também fico cantando, coloco o hino da harpa e começo a cantar [usuária 21].

[...] eu gosto de ligar o rádio, espantar a solidão, riu, canto, brinco, cantar é uma felicidade [usuário 23].

Aqui no grupo eu converso, abro o coração, falo e com isso me sinto bem, a vida fica bem melhor. Conversando é melhor, porque você abre seu coração. Às vezes a gente está se sentindo parada e acuada, sem saber o que vai fazer, então conversando, tendo um diálogo, vai dá um direcionamento [usuária 19].

Categoria 3 - Contribuições do Guia GAM na cogestão do tratamento: uma abordagem convergente - assistencial

A prática de uma intervenção educativa norteada pelo Guia GAM utilizando a abordagem convergente assistencial, que mediou a ação e a pesquisa a partir das perspectivas dos usuários de um Caps, possibilitou compreender como essa intervenção fez emergir diversas questões concernentes ao envolvimento dos usuários no processo de cogestão do tratamento. Para tanto, será apresentado no quadro VI, a síntese desta categoria.

Quadro VI– Síntese da Categoria 3 - Contribuições do Guia GAM na Cogestão do tratamento: uma abordagem convergente assistencial. Recife-PE, 2018.

1.	Ter Participação mais ativa no tratamento.
2.	Motivar os usuários para que se sintam mais confortáveis e seguros nas relações com os profissionais de saúde.
3.	Suscitar reflexões sobre as relações de poder que são estabelecidas entre profissionais e usuários no contexto do tratamento.
3.	Favorecer o diálogo sobre a terapêutica medicamentosa.
4.	Fomentar a tomada de decisão com conhecimento.

5.	Possibilitar mais corresponsabilização dos usuários no tratamento.
6.	Viabilizar meios para o autoconhecimento e autocuidado dos usuários.
7.	Promover atividade terapêutica.

Fonte: A autora, 2018.

A pesquisa abrangeu as condições contextuais da realidade do Caps em que os usuários estavam inseridos, sendo possível a partir da vivência dessa situação, refletir e questionar sobre as relações estabelecidas com os profissionais no campo da prática assistencial, que apresentam correlação com a cogestão do tratamento. Nesse contexto, na percepção dos usuários, quando recebiam atenção, eram escutados nas suas demandas e acolhidos pelos profissionais de saúde, implicavam numa gestão mais participativa e provocava sentimentos de confiança nos usuários em relação ao tratamento. Entretanto, a carência de informações sobre a terapêutica medicamentosa, a falta de conhecimentos e questionamentos dos usuários sobre as medicações, reduziam a capacidade decisória no processo de cuidado.

Eu acho que é importante a transparência entre o profissional e o usuário, não é porque a gente está num tratamento psiquiátrico que a gente tem que dar total credibilidade aos médicos, eu acho que o que falta é o médico chegar e dizer o que você está tomando, o porquê, a previsão de quando vai parar, a probabilidade de quando você vai melhorar. Na área da saúde, na área pública, a gente ainda está muita debilitada nesse aspecto [...] pelo que eu percebo aqui, é que a confiança é total, de certa forma, é um alívio, porque eu estou vendo que tem profissionais responsáveis, porque até então eu não tinha tido nenhum vínculo maior com ninguém pra falar de medicação, no meu caso eu percebi que a medicação foi prescrita com responsabilidade, e isso está me trazendo algo benéfico, positivo, se tem um lado positivo nisso é a confiabilidade, e aí eu to me sentindo segura, porque no primeiro dia que cheguei aqui eu estava completamente insegura, e isso recaí na confiança, porque se você não tiver confiança no profissional, que ele está fazendo as coisas da maneira correta, então você não vai ter em quem confiar [usuária 16].

Quando eu cheguei aqui eu também passei por um momento em que me deram vários remédios e eu não fui informada de nada, então quando você falou, eu me identifiquei, eu tinha receio, me sentia insegura, entende. Mas aí eu fui percebendo, eu fui sentindo um acolhimento muito maior nas pessoas aqui, nos profissionais que disseram, espera, vamos ter calma, você não está sozinha, estamos com você [usuária 25].

A gente tem que se expor, um para o outro, trocar experiências, se entrosar, interagir, até chegar a um consenso, de chegar para médico e dizer “doutor, fulano me disse que já tomou lítio e deu isso e isso, é verdade?”, e ele como médico creio que ele vai ter uma resposta. Mas para isso, precisa que o conhecimento seja de ambos os lados [usuário 13].

Se eu fosse um profissional da saúde eu iria dizer ao paciente que o remédio vai fazer bem para ele. Eu iria tentar conversar da mesma forma que o médico conversa comigo, aqui no Caps, os profissionais gostam bastante de conversar, e quando eles

escutam a gente, eles vão tentar resolver da melhor forma, pode ser com medicação, com orientação, tentando mostrar que a gente tem transtorno, mas isso não quer dizer que a gente não seja uma pessoa normal e que possa fazer várias coisas, não somos uma doença. O ouvir é muito importante [usuário 4].

A partir dessa nova postura que eu adotei aqui dentro do Caps, eu percebi que o posicionamento dos profissionais que estão me atendendo, que estão sempre dispostos a atender, eles tiveram uma postura mais ativa, mais participativa, e isso está me fazendo bem, assim como para os demais que também estão em tratamento aqui [usuária 16].

No período que começou esse grupo eu tive alta, mas aí me interessei e pedi pra minha doutora pra ficar no Caps e poder participar dos grupos, e eles me deram o apoio para que eu pudesse participar, me incentivaram também, isso foi muito bom [usuário 07].

Eu acho que tive um pouco de sorte com os profissionais daqui do Caps, porque os enfermeiros, eles são ótimos, não sei se é alguma orientação que é passada, mas eles são muito atenciosos, em momento nenhum se negaram a me dar informações, eles são amplamente acessíveis, porque tem gente que até ignora. Então, também o Guia GAM estimula isso, se esse trabalho chegou aqui para esse pessoal, eles acolheram e entenderam bem. O pessoal aqui atende de forma sensível, por que eu já passei por inúmeras situações nessa área da saúde [...] os médicos e enfermeiros ele tem muito mais responsabilidades quando a gente começa a questionar suas atitudes, eu entendi dessa forma. Então eles vão saber que estamos questionando, hoje eu pedi para ver meu prontuário e foi me dado, e eu li. [usuária 16].

Fomentar espaços de participação e protagonismo dos usuários no Caps, a partir de uma intervenção fundamentada na educação em saúde, que reconhece e valoriza as experiências desses indivíduos nos processos de produção de conhecimento, possibilitou a observância das experiências dos usuários em usar o Guia GAM no tratamento, que reverberou na expansão da autonomia, no aumento do nível de conhecimento e melhora do entendimento dos usuários sobre a terapêutica medicamentosa, assim como, na segurança na tomada de decisão.

A minha experiência aqui no grupo, de poder acompanhar o tratamento usando o Guia é que ontem, por exemplo, mudaram a minha medicação, então eu sentir, chamei imediatamente a enfermeira, plantonista, e ela me passou tudo, então eu perguntei, quanto a essas alterações é necessário ter algum relato médico ou é assim mesmo, decidem mudar de uma vez, mudaram e não falaram, soube depois, então eu fui atrás de saber o que tinha acontecido, é por isso que a experiência de ter participado desse grupo ter sido boa, porque me deu mais autonomia de ir buscar obter respostas sobre meu tratamento [usuária 16].

Eu achei muito bom, ajudou a gente a se conhecer melhor, a ficar mais socializado, ter mais um social, interagindo com as pessoas, isso também ajuda no psicológico, para se conhecer melhor, no físico e espiritual também, porque nos ajuda a nos manter bem mentalmente e ficar de bem com a vida. [usuário 10].

Com o uso do Guia a gente consegue entender muitas coisas de nosso tratamento de uma forma mais fácil. O grupo tem sido muito legal, discutir isso tudo na prática [...] o Guia me incentiva a ir cobrar, eu quero ver, quero entender, me inteirar do meu tratamento [...] se é para tomar os remédios, eu tomo! Mas vendo isso e nesta perspectiva do médico receitar e você tomar logo em seguida, não é assim, tem que ter uma parada, e é justamente isso que fazemos a partir do que discutimos nos grupos. A gente começa a acompanhar e participar do tratamento e na perspectiva do que é saudável para mim [usuária 16].

Eu queria mostra o que eu já respondi no Guia, pois eu já respondi bastante coisas, fiz os registros das medicações que eu tomo, que no meu caso é a clozapina, mas eu também estava tomando outra medicação escondida do médico. Agora eu estou estudando a parte do Guia GAM que fala dos tipos de medicamentos, e descobrir que o fernerag pode dar sedação e risco de convulsão, nessa parte aqui de interações medicamentosas, mas eu to estudando essa parte aqui, dos medicamentos que eu tomo [usuário 05].

Para mim o que é mais forte e fundamental no Guia é isso de transformar a relação médico-paciente e paciente-médico, gera mais interação social e essa parte do guia que traz os medicamentos, eu só não gostei de algumas partes da linguagem, uma linguagem mais rasteira, é só uma preocupação acadêmica, tipo aqui fala janta, e não jantar. Então tem algumas coisas que poderia melhorar. Mas isso para mim é o de menos valor. O ponto forte daqui do Guia GAM são as tabelas dos medicamentos que descreve para que serve, cada dosagem, os efeitos. Eu fui lendo um por um e circulando o que eu estava tomando. Eu cheguei aqui no Caps tomando um remédio que era a risperidona, aí como ela não estava me fazendo bem, os médicos trocaram por olanzapina e prometazina, passou a me fazer bem essas medicações, então essas tabelas tem a meia vida dos medicamentos. Tem uma parte aqui, que eu achei arretada também, ele manda você acompanhar o efeito da medicação, isso é muito legal pra mim, toda essa parte do medicamento do guia pra mim foi o mais forte [usuária 16].

A prática educativa e crítica no âmbito da saúde foi construída ao longo dos Passos propostos pelo Guia, que possibilitou a integração de diferentes sentidos e saberes na produção de saúde e no cuidado. Diante dessa conjuntura, apreende-se que a forma como o grupo foi constituído e operacionalizado facilitou o aprendizado sobre as medicações, promoveu meios para o autoconhecimento e autocuidado e aumentou a consciência para questões do tratamento. Além disso, as atividades foram avaliadas de forma positiva pelos usuários, que reconheceram no processo educativo em grupo, também uma ação terapêutica relevante, com o reconhecimento da necessidade de incorporação da atividade no serviço.

A experiência de ter participado desse grupo foi boa e concordo que não teve nada difícil, sabe porquê? porque as didáticas e dinâmicas usadas nos grupos foram boas, acredito que isso contribuiu para nosso aprendizado [usuária 08].

O que é difícil pra mim, é falar dos efeitos colaterais das medicações, quando eu penso no que o remédio causa, eu fico com um certo medo de tomar, mas eu já entendi que melhor ter efeitos colaterais, do que ter a crise [usuário 04].

Eu achei que foi bom porque abriu nosso entendimento sobre coisas que eu não sabia, que eu não sabia porque estava tomando aquelas medicações, aí passei a compreender porque estava tomando, os seus efeitos colaterais, compreendi a importância dos remédios pra minha saúde [usuário 07].

Eu acho que esse grupo prende a gente, porque ele é colorido, é muita coisa para discutir, e pra gente que não gira muito bem da cabeça, tem que ser coisas assim (risos). Assim, é porque esse grupo é interativo, a todo momento tem novidades, a gente gosta disso, porque quando a gente chega aqui de manhã e tem uma atividade que não nos chama a atenção, a tendência é que as pessoas comecem a sair da atividade, então o grupo tem que ser uma coisa assim, com dinâmicas, que a gente possa problematizar [usuária 14].

[...] Nosso Guia GAM é essencial pra gente tentar conhecer um pouco de nós mesmos e tirarmos nossas próprias avaliações. As discussões aqui foram edificantes [usuário 13].

Esse é o grupo que eu mais gosto [usuária 03].

Esse grupo é um espaço reservado, onde a pessoa pode esclarecer suas dúvidas e desabafar, se quiser, não lá fora, só entre a gente aqui, as nossas coisas, porque lá fora muita gente pode nos discriminar [usuária 19].

O Grupo GAM esclarece muitas coisas que na consulta a gente não tem tempo, porque muitas vezes a consulta é rápida, tem várias pessoas para se consultarem,, então não tem como tirar nossas dúvidas todas em relação a tudo isso, e o grupo vem e a gente ver isso tudo bem direitinho, com paciência e tempo pra gente, e é assim, eu acho que é um esclarecimento, algo que conta, porque a gente vem e temos também os TR, que não tem tempo de toda hora tá conversando com a gente, é muito usuário e a demanda é muito grande. Então quando a gente vem pro grupo, a gente encontra essa diversidade toda, colorido, divertido, animado, mas a gente tá aprendendo com isso, a gente não gosta de ficar parado, a gente gosta mesmo é de grupos assim, eu acho que vale a pena investir em grupos assim aqui no Caps [usuária 14].

[...] esse grupo é uma terapia, ele é terapêutico. Porque ele foi muito educativo, prazeroso, divertido, e nessa diversão toda a gente foi aprendendo coisas do tratamento, da medicação, de como usar, os seus efeitos colaterais, e assim pra mim, foi valido participar dessa experiência, se der pra continuar esse grupo, eu quero continuar participando, seria muito bom que esse projeto seguisse adiante aqui no Caps [usuária 08].

6 DISCUSSÃO

A utilização de uma intervenção educativa com o uso do Guia GAM, no contexto da pesquisa e da assistência de um Caps expressou o quanto é necessária a operacionalização na prática clínica de ações que incluam a perspectiva do usuário no tratamento, para o constante processo de inovações e mudanças na prática assistencial. As repercussões de tal intervenção para os usuários do Caps foram organizadas em três categorias, a primeira versa sobre o empoderamento dos usuários frente ao tratamento, a segunda apresenta as estratégias de enfrentamento dos problemas e a terceira disserta acerca das contribuições do Guia GAM na cogestão do tratamento a partir da abordagem convergente assistencial.

Descortina-se, que o Guia GAM é uma importante ferramenta no âmbito da educação em saúde, pois foram trabalhadas temáticas que abarcam além da gestão das medicações, questões pertinentes ao tratamento e a vida dos usuários, a partir de uma perspectiva reflexiva e crítica, num sucessivo processo de compartilhamento de cuidado. Nessa perspectiva, o empoderamento dos usuários foi construído num contínuo movimento de análise e debates sobre o fazer em saúde, expresso pelos diferentes posicionamentos como grupo de interesse e, portanto, com a capacidade de questionar e se apropriar do tratamento, visando melhorias para a qualidade do serviço, assim como, para o exercício de seu papel como cidadão.

A observação participante, durante os grupos GAM, verificou que as dinâmicas que tinham o elemento lúdico, no sentido de ter um caráter irreverente, imaginativo e criativo, despertavam mais atenção e motivação dos usuários para se envolverem nas discussões. Pooremamale e Eklend (2017) enfatizam que quanto mais atividades de cunho motivador e significantes para pessoas com alguma doença mental, mais satisfação diária elas terão, o que aumenta o nível de empoderamento.

O empoderamento é um processo constante de construção que deve ser conquistado aos poucos e envolve as competências individuais, os sistemas naturais de ajuda e os comportamentos proativos às políticas e mudanças sociais. Na saúde, ele está relacionado ao aumento do senso da capacidade de participar com conhecimento e tomada de decisões nas ações (HASAN; MUSLEH, 2017).

No campo da saúde mental, o empoderamento tem sido relacionado a um conjunto de estratégias de fortalecimento de poder, da autonomia e da auto-organização pessoal e coletiva de indivíduos e grupos, numa perspectiva emancipatória de participação social e defesa de direitos e cidadania (VASCONCELOS, 2013). Segundo Del Barrio (2013), as práticas da GAM também contemplam o (Re)empoderamento, vivenciado na intenção de que os usuários de

medicação psicotrópicas possam desempenhar um papel ativo sobre o controle de seu tratamento e mais amplamente nos seus esforços para alcançar um melhor bem-estar.

No sentido de fortalecimento de poder, Vasconcelos (2013) afirma que existem diferentes modos de envolvimento e participação dos usuários nos serviços, dentre eles, a pesquisa, ou até mesmo, atividades mais informais que contemplem o ponto de vista dos usuários. Nas ações de convergência entre pesquisa e assistência, o compromisso da pesquisadora/moderadora dos Grupos GAM para o aprofundamento de questões que demandavam o engajamento dos usuários no processo de produção em saúde a partir de suas necessidades e vontades, suscitou questões provocadoras de mudanças na prática assistencial em favor dos usuários.

Nesse contexto, a formação profissional da pesquisadora, que operacionalizou o manejo cogestivo, enquanto enfermeira, possibilitou a utilização das habilidades e competências desta profissão para o planejamento de ações educativas específicas, estimulando o autocuidado e o enfrentamento das situações adversas, a fim de contribuir para um tratamento mais saudável e voltado para melhor bem-estar dos usuários. Diante disto, é visto que as práticas educativas em saúde, que estão fundamentadas numa perspectiva dialógica e emancipatória propiciam a autonomia do indivíduo e o seu interesse para ações de autocuidado (TOSSIN et al., 2016).

O Guia da Gestão Autônoma da Medicação (2014) reafirma que os grupos GAM não estão atrelados a uma melhor eficácia do tratamento, mas sim, à construção de espaços que favoreçam o diálogo sobre as diversas dimensões do tratamento. Nas narrativas dos usuários, percebe-se que o tratamento do Caps é reconhecido pela efetivação de estratégias que garantem a reabilitação psicossocial, porém demandam mais qualidade na diversificação de suas ações. Nesse sentido, compreende-se que existe a crítica dos usuários em relação aos processos inacabados da dinâmica institucional do Caps, os quais comprometem os avanços para completude política, social e técnica desses serviços.

Para tanto, a proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno (2001), considera como o eixo central a complexidade das pessoas, em que a intenção de instituir tal prática deverá ser realizada com o propósito de aumentar as habilidades, diminuindo as deficiências e danos ocasionados pelo transtorno mental. Nesse processo, o que vale é a interação de todos os atores envolvidos, sejam os usuários, familiares ou profissionais, para a interação do indivíduo no contexto social, em que haja produção de sentido, vida, inclusão, dignidade, em que a reabilitação psicossocial é ampliada de acordo com as possibilidades e necessidades de cada indivíduo.

O papel do Caps, quando alinhado a esta proposta, é de trabalhar para a construção de um modelo mais humanizado que possibilite aos usuários melhores condições de autonomia no exercício de suas funções pessoais e sociais, assegurando-lhes direitos e a corresponsabilização no cuidado e no protagonismo sociocultural e político (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015). Para tanto, o Guia GAM propõe a autonomia cogestiva, para fazer da gestão um componente estratégico em favor das diferentes formas de expressar a autonomia, que não seja centrada no indivíduo, mas nas relações de vínculos e redes que se constrói na sociedade, a fim de possibilitar uma perspectiva coletiva de compartilhamento e negociação de diferentes pontos de vista (PASSOS et al., 2013).

Nas ações de assistência, desenvolvidas no âmbito da pesquisa, constatou-se que várias intervenções poderão ser lançadas no trabalho do Caps para dar mais autonomia aos usuários, dentre elas, estão a efetivação na prática assistencial do PTS. O significado dessa estratégia foi conceituado por alguns participantes deste estudo, na compreensão de que são necessárias condutas terapêuticas articuladas, elaboradas conjuntamente entre usuários e profissionais, para a criação de um plano compartilhado, que atenda as subjetividades dos indivíduos.

Refletir sobre PTS implica em transformações nas práticas de saúde, quando compreendido como um processo social complexo, abrange conceitos fundamentais para o cuidado psicossocial. Na prática, ele se constitui como elemento central de articulação, o qual pode ser aplicado a indivíduos e coletivos (VASCONCELOS et al., 2016). Portanto, entende-se que a discussão sobre a importância do PTS e da participação do usuário na elaboração, abrangendo seus anseios e particularidades, é um artifício importante no aumento de sua autonomia por oportunizar o direito de fazer escolhas e estabelecer planos para sua própria vida.

As notas teóricas da pesquisa, comprovam que a intervenção educativa norteada pelo Guia GAM implica numa interferência sobre a realidade dos serviços de atenção psicossocial, ao propor transformações nas relações de poder e consequentemente, aumento do empoderamento frente ao tratamento, que repercutem na democratização institucional. Em razão de configurar-se como um espaço de construção e veiculação de conhecimentos, os Passos do Guia promovem uma instância de produção de sujeitos mais conscientes e críticos, incentivando-os a buscarem constantemente respostas para suas inquietações e colocando-os como cogestores no tratamento.

Para a ampliação e a defesa dos direitos civis, políticos e sociais dos usuários no sentido de seu empoderamento, o Guia GAM traz como um princípio importante, o direito à informação (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014). Porém, somente se pode chamar de “informação” algo que se compreende, em que o indivíduo possa dar a anuência em relação ao

seu significado, para tanto é necessária a ressignificação da informação, sintetizando-a e contextualizando-a para a sua vivência. (LEITE et al., 2014).

Trabalhar com a problematização conduziu os usuários ao contato mais profundo com às informações e a construção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e trajetórias, os usuários puderam exercitar a liberdade e a autonomia na busca de suas escolhas. Segundo Leite et al. (2014), o acesso à informação também se constitui como um meio de empoderar os indivíduos e tem papel fundamental no processo de autotransformação, pois coloca o usuário na posição de receptor ativo e participativo, e, portanto, cidadão.

Nessa perspectiva, a cidadania tem forte conexão com o direito, porque a vida humana acontece na comunidade e todo cidadão possui direito legítimo de participar da vida política e cívica (ATTERBURY; ROWE, 2017). Dialogar sobre direitos nos espaços de discussão proporcionados pelos grupos GAM, que foi contemplado, inicialmente no Passo III, teve o propósito de discutir os aspectos da vida dos usuários que poderiam contribuir para que eles pudessem se sentir mais seguros para tomarem decisões sobre o uso de medicamentos de forma compartilhada, destacando a importância dos direitos e compromissos dos usuários com a saúde.

As narrativas dos usuários demonstraram que havia o reconhecimento de alguns de seus direitos na saúde, principalmente ao fato de serem satisfatoriamente cuidados, no entanto, ressaltaram a necessidade da corresponsabilização entre usuários e profissionais para o exercício de direitos sociais e individuais. O movimento reformista, principalmente os da luta antimanicomial, foi um dos grandes responsáveis pelos avanços políticos e constitucionais na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, que também tem determinado os rumos da reforma psiquiátrica brasileira (MOLL et al., 2016; ESPÍRITO SANTO; ARAÚJO; AMARANTE, 2016).

Sendo assim, torna-se importante estimular os usuários na discussão dessa temática, a partir dos atendimentos individuais ou nas atividades em grupo. Desta forma, a inserção do enfermeiro, no contexto da proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental, é significativa, tanto pelo seu envolvimento na prestação de cuidados contínuos e diretos, como também, pelo exercício profissional da enfermagem que prevê uma assistência com base no respeito e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (MOLL et al., 2016; FUENTES et al, 2014). A participação ativa do enfermeiro deve favorecer ações que promovam mudanças para

a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, com ações emancipatórias e de autonomia, legitimadas na assistência em saúde mental.

Para Atterbury e Rowe (2017), trabalhar ações que envolvam o exercício da cidadania, em serviços de saúde mental na comunidade têm o potencial de oferecer uma nova abordagem para promover a inclusão social e engajamento das pessoas com transtornos mentais, sendo também uma oportunidade para melhorar a experiência individual e coletiva de empoderamento, apoio mútuo e socialização. Assim, ao nível teórico e conceitual, a cidadania não é meramente uma experiência individual, subjetiva, mas um papel e um privilégio politicamente construídos com ambos os direitos e responsabilidades, a fim de promover uma nova consciência social.

A pessoa com transtorno mental poderá sofrer restrições no que diz respeito a sua liberdade e autonomia para praticar atos da vida civil, todavia os princípios da autonomia e da dignidade da pessoa precisarão ser garantidos para o próprio bem-estar e respeito dos usuários (VENTURA; MORAES; JORGE, 2013). Apesar disto, estudos mostram que ter um transtorno mental gera dificuldades para a salvaguarda de seus direitos enquanto cidadãos, enfrentam desafios para atender suas necessidades básicas de vida, para ter acesso ao trabalho e à renda, e vivenciam a exclusão e o estigma social (SALLES; BARROS, 2014; VOLZ et al., 2015; KRENDL; FREEMAN, 2017).

Esse contexto, pode ser explicado pelo ponto de vista da sociedade e da pessoa com transtorno mental. No primeiro, o indivíduo em sofrimento psíquico é visto pela coletividade, muitas vezes, como sinônimo de não ter capacidade de compreensão e razão para fazer escolhas, o que repercute diretamente na falta de respeito e no seu reconhecimento como cidadãos; já na ótica da pessoa com transtorno mental, há tendência para apresentar a mesma crença sobre sua identidade que aquelas apresentadas pela sociedade, além disso, sentimentos como medo, vergonha, desvalorização, fazem com que se sintam incapazes de serem produtivos, tanto na perspectiva econômica, quanto cultural. Para tanto, a fim de que sejam garantidos espaços para preservar a cidadania dos usuários, a atenção à saúde deve contemplar a perspectiva geral do problema, direcionando estratégias para a sociedade e os profissionais, ao mesmo tempo que aborda as necessidades individuais dos usuários (ATTERBURY; ROWE, 2017; VOLZ et al., 2015).

Estudo que trabalhou o uso do Guia GAM com usuários de um Caps que tinham engajamento em participação política na saúde mental evidenciou que não bastava, apenas, que os usuários soubessem de seus direitos, era necessário também que eles fossem legitimados como sujeitos de direitos perante os profissionais e a sociedade, para que pudessem ser

respeitadas suas vontades e decisões a respeito de suas vidas (GONÇALVES; ONOCKO CAMPOS, 2017). Apreende-se, portanto, que os preceitos de direitos, inclusão e cidadania façam parte do universo de saberes e da subjetividade dos profissionais para que possam contribuir para a participação efetiva dos usuários no tratamento.

O Passo VI do Guia tem como meta construir um plano de ações coletivo direcionado para identificar problemas e definir estratégias para enfrentá-los. Sendo assim, o último passo não tem a intenção de encerrar as discussões, mas sim, que a partir do fortalecimento do coletivo que foi construído durante todos os encontros, possa refletir e agir para ações que vão além do grupo (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2014). Consoante com os resultados da pesquisa, identificou-se que os usuários puderam apontar os problemas que mais lhe causavam angústia e expressarem suas estratégias de ações para o enfrentamento.

Em relação aos problemas mais significativos, foram identificados o transtorno mental, a crise, a ociosidade e os efeitos colaterais das medicações. Segundo Ferreira et al (2017), portadores de transtornos mentais em uso de psicofármacos tendem a ter prejuízos nos aspectos interpessoais e ocupacionais. Nos estudos de Onocko Campos et al. (2012) e Jorge et al. (2012), os usuários identificaram que os sofrimentos advindos com o estigma da doença mental, repercutia na ociosidade, assim como, nos incômodos com os efeitos colaterais das medicações.

O sofrimento proveniente com o estigma da doença mental interfere, significativamente, no aumento da ociosidade, no isolamento social e na autoestima, porém fatores como a inclusão no mercado de trabalho, oportunidades de estudo, renda, constituir redes sociais de apoio e sentir-se útil, são consideradas questões importantes para a inclusão no contexto social (SALLES; BARROS, 2013; ABIRI, et al, 2017). Compreende-se através dos registros de campo, que a prática assistencial precisa estar conectada com as relações culturais, sociais e economias dos indivíduos, para que haja o entendimento por parte dos profissionais, das reais situações em que os usuários estão inseridos, buscando a qualidade técnica do trabalho e a construção de um cuidado efetivo na saúde.

Nos Grupos GAM apreende-se que estratégias de ações como vincular-se a uma rede de apoio, ser agente ativo no tratamento, ser resiliente, ocupar o tempo ocioso, realizar um serviço voluntário e externalizar sentimentos, foram elencadas pelos usuários para o enfrentamento dos problemas. Tais estratégias são classificadas como funcionais e estão relacionadas às formas positivas de se enfrentar problemas, caracterizadas como enfrentamento positivo (GORGEN; HILLER; WITTHOFT, 2014; MARIMBE et al., 2016).

Na perspectiva do modelo de *stress-coping* de Lazarus e Folkman, o conceito de enfrentamento compreende o conjunto de estratégias para lidar com algo que é percebido pelo

indivíduo como uma ameaça iminente e uma sobrecarga às suas capacidades cognitivas e comportamentais para gerenciar suas demandas internas e externas. As estratégias de enfrentamento são resumidas em dois grandes padrões de enfrentamento, sendo o primeiro, direcionado para lidar com o problema que está causando angústia; e o segundo está centrado na emoção, em que os indivíduos procuram aliviar o estresse e sentir-se melhor diante de um evento que não pode ser modificado. O ser humano tende a usar ambas as formas em praticamente todas as situações de sua vida, além de estarem inter-relacionadas, existe uma relação dinâmica e recíproca, pois uma estratégia que, em princípio, esteja focalizada no problema, também pode ter função direcionada na emoção (FOLKMAN et al., 1986; FOLKMAN, 2013).

A primeira estratégia de enfrentamento referida pelos usuários nos grupos, estava direcionada a buscar uma rede social de apoio. Pessoas com transtornos mentais que dispõem de rede social ampla apresentam maior probabilidade de êxito positivo nas áreas clínica, laboral e relacional, assim como, aumenta a oportunidade de sociabilidade dos sujeitos, de estabelecer vínculos e receber apoio material, emocional e afetivo para enfrentar situações difíceis e dolorosas (MONTANHER; LEAL, 2013; MURAMOTO; MÂNGIA, 2011; BRUSAMARELLO et al., 2011).

Estudos realizados no Brasil, Estados Unidos e Espanha identificaram que a busca por um suporte social como uma estratégia de ação para enfrentar os problemas é muito utilizada no contexto do adoecimento psíquico, além de que, o acesso contínuo ao contato social previne a deteriorização e melhora o curso da doença (POMPEO et al., 2016; GRIFFITH; MYERS; COMPTON, 2015; ÕNATE; CALVETE, 2017). A família, a crença em Deus, amigos, profissionais de saúde do Caps foram as redes de apoio mais empregadas pelos participantes do estudo.

Em relação aos componentes dessa rede de apoio, a família é a primeira relação social do ser humano seja ele saudável ou não. Reconhecer na família um suporte social ajuda diretamente na produção do âmbito de cuidado e na reabilitação psicossocial, assim como, a tríade usuário-família-equipe, integram positivamente nos processos de transformação de produção de cuidado (FIRMO; JORGE, 2015). Do ponto de vista da crença em Deus, foi visto em um estudo sobre enfrentamento religioso, que as pessoas com doenças psicóticas utilizam deste tipo de enfrentamento como a forma mais comum para lidar com as adversidades da vida (GRIFFITH; MYERS; COMPTON, 2015).

Ainda na perspectiva do enfrentamento focado no problema, os usuários expressaram a necessidade de ocupar o tempo ocioso e de se engajar em atividades voluntárias. Estudo

realizado na Austrália sobre estratégias de enfrentamento positivo para depressão, identificaram uma ampla variedade de ações, que estavam conectadas com a saúde mental e física, dentre elas estavam: manter-se ocupado (viagens, leituras, assistir televisão, passeios); fazer algo para ajudar outras pessoas e distrair seus pensamentos e sentimentos negativos. Tais atividades repercutiam na manutenção da saúde mental e no bem-estar dos indivíduos (PROUDFOOT et al., 2015).

Estudo que analisou as experiências dos usuários de um Caps no desenvolvimento de grupos com o Guia GAM identificou que a autonomia foi sendo construída nas próprias discussões dos problemas de saúde, a partir de uma perspectiva transversalizada nas experiências cotidianas, singulares e subjetivas (JORGE, et al. 2012). O que fortalece os achados desta pesquisa, que constatou nas narrativas dos usuários, que a autonomia se fez no assumir de uma postura mais ativa e resiliente frente as dificuldades.

O processo de resiliência caracteriza-se como uma adaptação positiva em face as adversidades, envolve um processo dinâmico que permite a um indivíduo em qualquer fase de sua vida desenvolver, manter ou recuperar sua saúde mental, através da autoconfiança, do autocuidado e do suporte interpessoal. Destarte, é visto que essas características tendem a repercutir na melhoria da recuperação de indivíduos com transtorno mental (ECHEZARRAGA, 2017).

O segundo padrão de enfrentamento está focalizado nas emoções. Nesta perspectiva, os usuários expressaram que a forma que encontravam para aliviar a angústia era utilizando o “*desabafo*”, ou seja, a fala. Compreende-se que o enfrentamento visa a regulação da perturbação emocional, a nível somático ou de alívio de sentimentos, não há mudanças objetivas na situação, o que há é o repensar do significado da situação (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). Os princípios que regem o Guia GAM não têm a intenção de investir, apenas, no aspecto medicamentoso do tratamento, mas sim, de propor aos seus participantes o envolvimento numa experiência de verbalização de suas angústias, do pensar, agir e refletir sobre sua situação (BRASIL, 2015b).

Na imersibilidade da pesquisadora no campo assistencial foi possível observar que a constituição do ambiente acolhedor e da escuta ativa proporcionadas tanto pelo trabalho em grupo, como pelo manejo cogestivo, possibilitou a valorização das competências pessoais dos usuários e do aumento da consciência de seus limites, permitindo que eles pudessem ir além da expressão de sofrimentos para fomentar estratégias de enfrentamento que estivessem conectadas com uma melhor qualidade de vida.

Intervenção realizada por enfermeiros na saúde mental, em que foi utilizado a metodologia da Teoria do Relacionamento Terapêutico, identificou que com essa ferramenta de cuidado o enfermeiro pôde ajudar os indivíduos a discernir problemas, redimensionar o sofrimento e desenvolver estratégias de enfrentamento (NOBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017). Sendo assim, compreende-se que quando se investe em estratégias que fornecem o suporte para a relação dialógica entre usuários e profissionais de forma efetiva, repercute na construção coletiva de espaços mais participativos e democráticos.

Na abordagem convergente assistencial, a convergência entre a assistência e a pesquisa dá-se num processo de comunicação humana de alta complexidade, mediada pelo diálogo, que viabiliza a construção de conhecimentos pelo compartilhamento de saberes. Nesse contexto, o envolvimento dos participantes com os Grupos GAM e, simultaneamente, a investigação, foi possível em decorrência do movimento de proximidade e afastamento entre a pesquisa e a assistência, em que a troca recíproca de informações ao longo de ambos os processos assegurou reflexões e questionamentos sobre as relações que são estabelecidas com os profissionais no campo da prática assistencial, que interferem e contribuem para a cogestão do tratamento.

Passos et al (2013), trazem que a cogestão é um dos princípios do Guia GAM, que envolve os usuários como protagonistas e corresponsáveis no tratamento junto aos profissionais, com a proposta de fazer uma gestão juntos, para ampliar coletivamente as possibilidades de cuidado. Ao associar este conceito com a abordagem convergente assistencial, emergiu do grupo questões que implicavam diretamente nas contribuições da GAM para a cogestão do tratamento, no que diz respeito nas relações entre profissionais e usuários, nas possibilidades de utilizar o Guia GAM no tratamento e no reconhecimento da finalidade terapêutica desta intervenção educativa no âmbito da saúde.

Mediante as discussões advindas nos Grupos GAM, os usuários expressaram as suas percepções em relação a atuação dos profissionais de saúde a partir das experiências vividas no seu cotidiano. No estudo de Jorge et al., (2012), foi identificado, na ótica dos usuários, que ter uma relação mais aberta e com espaços de negociação com o médico, ressoa numa melhor relação com o profissional e no uso de suas medicações. Em contrapartida, a ausência de espaços de diálogo sobre a prescrição medicamentosa, acarreta em sentimento de revolta e não adesão a terapêutica. Consoante com a pesquisa, entende-se que os questionamentos dos usuários acerca da carência de mais informações sobre a terapêutica medicamentosa durante a consulta com o médico ou outro profissional, ainda carece de mais comprometimento dos profissionais para satisfazer os anseios dos usuários.

No estudo de Gonçalves e Onocko Campos (2017), os usuários identificaram que os profissionais tinham pouco tempo disponível para o acolhimento de suas dúvidas, críticas e insatisfações a respeito do tratamento. Tal conduta, estava sendo naturalizada pelos usuários. Diante disto, a implementação, na prática, de um relacionamento interpessoal entre profissionais e usuários nos serviços de atenção psicossocial, ainda, suscita atenção para ações que possam se distanciar do modelo médico-centrado, para o investimento na atenção integral à saúde, em que o usuário possa receber as informações necessárias para tomar as decisões de acordo com sua subjetividade (BEZERRA et al., 2016).

As relações entre os profissionais e usuários que são pautadas num caráter terapêutico, pressupõem uma atitude de desvelo, envolvimento e responsabilização tanto do profissional, quanto do usuário para com o tratamento e a seriedade da assistência. Os profissionais de saúde que investem numa assistência mais diversificada e intensificada nos indivíduos, e não na doença, cumprem com os ideais da reforma psiquiátrica e das políticas públicas de saúde mental que prezam pela efetivação da reabilitação psicossocial mediados pelos processos de autonomia e corresponsabilização (RAMOS; PEDRÃO, 2013).

Amarante (2015b) faz uma reflexão sobre a cultura de formação dos trabalhadores de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Anuncia que esses profissionais em sua formação precisam de reflexões mais amplas, mais problematizadoras, sobre a complexidade da experiência humana. A fim de contextualizar essa informação, Amarante, cita Paulo Freire:

Paulo Freire sempre procurava ampliar a noção de formação para que fosse possível superar as compreensões reducionistas, porém não incomuns, associadas ao processo educacional e pedagógico [...] desta forma, quando falamos em formação, não estamos nos referindo, portanto, a simples treinamento, adestramento, capacitação, otimização de recursos humanos, ou mesmo de simples processo de transferência de conhecimentos. Mas sim, estamos falando em emancipação, criação de potências, de projetos, perspectiva crítica (AMARANTE, 2015b, p.65-66).

Nesse sentido, o mais importante para os profissionais seria instruir-se a partir das reflexões sobre os conceitos e processos que definem o que é ciência, como se produz o conhecimento, as noções de paradigmas, as concatenações entre saber e poder e as relações entre ciência e história (AMARANTE, 2015b). Entende-se que o fato dos usuários terem questionado a atuação dos profissionais do Caps demonstra que estão atentos para a assistência que está sendo ofertada. As notas de convergência evidenciaram, que não há mais espaço na assistência em saúde mental para a abstenção dos profissionais sobre conceitos e práticas que fujam da concepção mais ampla de reforma psiquiátrica, ao contrário, se faz necessário rever conceitos e modelos de atendimento, para estarem abertos aos questionamentos das certezas e a construção de conhecimentos num cuidado compartilhado.

Na prática clínica dos profissionais de saúde mental, muitas são as ações que podem fortalecer o atual modelo de atenção psicossocial e viabilizar a participação dos usuários no tratamento. Para tanto, a incorporação da experiência subjetiva e a satisfação das necessidades dos usuários, assim como, estratégias que priorizem uma melhor qualidade de vida, precisam ser consideradas no cuidado em saúde, ampliando a própria concepção de tratamento (SERPA JUNIOR et al., 2014).

O estudo de Mazzaio e Souza (2017), identificou fatores que influenciam na adesão dos usuários ao tratamento, tais como, o vínculo, as relações de confiança nos profissionais e nos serviços de saúde, a atenção dos profissionais aos usuários, o favorecimento de condutas mais flexíveis e a escuta ativa, que além de oferece mais credibilidade para a continuidade do tratamento, também fortalecem o vínculo com o profissional de saúde.

Santos et al. (2015) declaram que o acolhimento e o vínculo são considerados pilares fundamentais para a produção do trabalho em saúde. O acolhimento, quando realizado de maneira eficaz, aumenta a disponibilidade de ações e serviços a serem oferecidos aos usuários, contribuindo, assim, para maior satisfação dos mesmos. Já o conceito de vínculo, tem relação estreita com a responsabilização profissional, pois implica ao profissional de saúde o comprometimento com as demandas advindas dos usuários, para tanto, essa relação precisa ser nutrida pela empatia, espaços de negociação e diálogo (BARBOSA et al., 2015; RAMOS; PEDRÃO, 2013). O que corrobora com os resultados da pesquisa, em que para os usuários são necessários atributos imprescindíveis aos profissionais de saúde, como atenção, acolhimento, acessibilidade, escuta ativa, a fim de proporcionar mais segurança na tomada de decisão e confiança no tratamento.

Nas narrativas dos participantes deste estudo, apreende-se que os profissionais assumem mais responsabilidade com os usuários quando percebem que estes questionam suas atitudes. Estudo com o Guia GAM identificou que os profissionais de saúde tinham dificuldade para lidar com uma população mais consciente e crítica de seus direitos, assim como, a equipe de saúde apesar de considerar importante o empoderamento dos usuários, solicitou a edição de algumas partes do Guia relacionadas aos direitos e aos efeitos colaterais das medicações, com receio de que isso pudesse levar a desistência ou não adesão do tratamento (ONOCKO CAMPOS et al., 2012; ONOCKO CAMPOS et al., 2013).

Para os usuários do Caps, usar o Guia GAM no tratamento implicou numa postura mais ativa, no sentido de se apropriar, entender e intervir no seu projeto terapêutico com mais autonomia. Em partes, identifica-se que isso foi possível em decorrência das práticas e princípios de apoio dessa intervenção, que asseguraram a construção de um processo contínuo

e progressivo para que seus participantes pudessem ter tempo para ressignificar seus conhecimentos, promovendo uma consciência crítica e cidadã.

No estudo de Del Barrio (2013), as principais práticas que envolveram a GAM, contemplaram a acessibilidade à informação sobre medicamentos e seus direitos, a oportunidade de compartilhar as suas experiências sobre as medicações e a reflexão sobre a sua qualidade de vida, que se fizeram mais importantes do que a própria adesão ao tratamento. No que tange a qualidade de vida, ficou evidente neste estudo, que na perspectiva da educação em saúde, essa intervenção possibilitou anseios para buscar um tratamento mais saudável para o usuário.

Neste sentido, as participações nos Grupos GAM também contribuíram para o autoconhecimento e autocuidado dos usuários, afim de buscar mais equilíbrio psicológico, físico e espiritual. Nos primeiros Passos do Guia, a proposta é fazer com que os usuários se conheçam e se aproximem, estreitando os laços de relacionamentos, para que cada participante possa fazer o exercício de se observar com relação aos vários aspectos de sua vida, sendo a medicação, apenas, um deles, essa proposta inicial vai se desenvolvendo a partir das discussões e debates a cada encontro (GUIA GAM DO MODERADOR, 2014).

As práticas educativas em saúde, quando desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem, visam incorporar ações cuidativas-educativas para o incentivo a promoção do autocuidado, que é um processo contínuo e necessário para a vida do indivíduo. Nessa perspectiva, as intervenções visam promover saúde através da troca de saberes de forma contextualizada, aumentando as possibilidades de que os indivíduos assumam mais responsabilidades sobre as decisões relacionadas à sua saúde e consigam atuar para melhoria de sua qualidade de vida (TOSSIN, et al., 2016).

Na percepção dos usuários, o Guia GAM ajuda a ter mais conhecimentos sobre as medicações de uma forma mais fácil, em que a forma como as informações são disponibilizadas no material, como as tabelas de medicamentos e outras informações adicionais, contribuem para isso. Na construção e validação do Guia para a realidade brasileira, foram consideradas as participações ativas de usuários, familiares, profissionais, gestores e pesquisadores, para que, em uma perspectiva coletiva, de compartilhamento e negociação, expressassem seus reais valores e percepções sobre o material (ONOCKO CAMPOS, 2012).

O Manejo Cogestivo e as metodologias ativas foram avaliados pelos participantes da pesquisa como facilitadores para o processo de aprendizado sobre a terapêutica medicamentosa. Nas ações de assistência, tal proposta, demandou atenção especial, para que na condução terapêutica dos grupos, fosse assegurada a complexidade de articulações de saberes e práticas

a partir de uma perspectiva inclusiva, lúdica e de produção de subjetividades, a fim de ampliar as possibilidades de envolvimento dos usuários com a gestão mais participativa no tratamento.

Nesse cenário, é visto que, a utilização da problematização como meio para a produção ou construção de conhecimento dos indivíduos, contribui para transformar o real a partir de uma prática que oportuniza enxergar, estudar e modificar a realidade com maior criticidade, criatividade e resolutividade. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, os indivíduos poderão exercitar a liberdade e a autonomia na realização de suas escolhas e na tomada de decisões (FUJITA et al., 2016).

No estudo de Passos et al. (2013), foi identificado que o manejo cogestivo quando bem-sucedido implicava na grupalidade, entendida nesse contexto, como a inclusão de diferentes pontos de vista e compartilhamento de uma atitude inclusiva, que repercute no sentimento de pertencimento ao grupo. Apreende-se que para os usuários o grupo se constituiu como um espaço de confiança para expressarem suas demandas. O fato dos usuários terem reconhecido que o Grupo GAM é uma atividade terapêutica, demonstra que tal intervenção está em consonância com as práticas da atenção psicossocial que são regidas por ações que visam garantir a participação significativa dos usuários nas ações em saúde (VASCONCELOS, 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do Guia GAM para usuários do Caps mostrou-se como um instrumento importante no âmbito da educação em saúde para a prática assistencial, pois promoveu empoderamento dos usuários frente ao tratamento, principalmente no sentido de fortalecimento de poder e aumento da autonomia; e cooperou para o desenvolvimento de uma atitude mais ativa dos usuários, na perspectiva de construção de vínculos, apoio social e valorização de suas experiências, para estabelecer recursos fundamentais no enfrentamento de problemas; além de reforçar sua magnitude no movimento de cogestão dos usuários para o tratamento.

Na interface de saberes e experiências dos usuários em relação ao conhecimento construído com a vivência GAM, entende-se que foi possível despertar a consciência crítica para identificar, conforme as narrativas do estudo, mudanças capazes de contribuir para qualificar a assistência e introduzir inovações no cuidado da atenção psicossocial, concernentes a própria dinâmica institucional do Caps e as relações de poder estabelecidas entre usuários e profissionais de saúde, tanto na atuação técnica, quanto na de interação.

Diante disto, ressalta-se que para os usuários do Caps, a relação com o profissional de saúde que é permeada pela escuta, acolhimento, vínculo, respeito, implicavam numa gestão mais participativa e provocava sentimentos de confiança nos usuários em relação ao tratamento. Nessa perspectiva, destaca-se que a assistência não pode estar centrada apenas no elemento técnico, mas principalmente na atuação de interação profissional-usuário, para que o processo de trabalho seja pautado pela prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania, favorecendo a qualidade na relação interpessoal no âmbito dos Caps.

No trabalho do Caps, os Grupos GAM contribuíram para o (re)pensar da importância de desconstruir práticas que venham a gerar processos de cronificação e dependência dos usuários no serviço, pois ao possibilitar ações que aumentam a autonomia e a corresponsabilização dos usuários no tratamento, provê recursos para a democratização institucional, garantidas pela ampliação dos canais de participação e comunicação entre profissionais de saúde e usuários, a fim de subsidiar meios para que a tomada de decisão ocorra num processo de troca de informações e negociação.

Em relação as limitações do estudo, têm-se ausência de familiares nos Grupos GAM e a pouca participação dos profissionais do serviço nos grupos. Os familiares foram identificados pelos usuários como a primeira rede de apoio para o enfrentamento de problemas. Sendo assim, entende-se que esta participação poderia gerar mais segurança para os usuários a respeito da tomada de decisão compartilhada. Além disso, o tratamento na perspectiva da reabilitação

psicossocial tem sido direcionado para a unidade familiar, e não, apenas, para os usuários. Apesar da família ser caracterizada como uma forte rede de apoio, também se configura como um ambiente de tensão em suas relações, e, possivelmente, essa interação dos familiares nos Grupos GAM poderiam contribuir para mediar e fortalecer esses vínculos.

Apesar dos profissionais do Caps não terem aderidos de forma sistemática aos Grupos GAM, foi constatado que a equipe se comprometeu com a proposta do estudo, desde o momento inicial de negociação da pesquisa. A partir disso, possibilitaram a inclusão dos Grupos GAM no programa de atividades do serviço, assim como, forneceram todo apoio para que os usuários e até mesmo os familiares pudessem participar das atividades com o Guia. A equipe também disponibilizou tempo e espaço nas reuniões clínicas para que a pesquisadora pudesse compartilhar as experiências dos grupos, e os psiquiatras do serviço tiveram participações em alguns grupos, o que se configurou, na ocasião, como algo motivador para os usuários. Entretanto, compreende-se que a participação regular dos profissionais do Caps nos grupos, poderia reforçar o impacto dessa intervenção como um instrumento de importância para ser implantado no serviço. Todavia, acredita-se que ele só terá continuidade no Caps se forem realizadas ações que garantam as afinidades com as relações institucionais, em especial, a sensibilização aos profissionais de saúde, para a relevância dessa atividade.

Recomenda-se que o Guia GAM seja utilizado na prática de grupos nos Caps, pois mostrou-se como um recurso terapêutico de grande valor, a fim de contribuir e fortalecer os ideais da reforma psiquiátrica e do SUS. Além disso, sua utilização por um período de quatro meses no Caps, proporcionou ao serviço o benefício de uma intervenção que valorizou às experiências dos usuários em seu tratamento e expôs questões que possam vir a contribuir para melhorias das ações assistenciais no campo da atenção psicossocial.

Para tanto, sugere-se que os Grupos GAM não estejam atrelados à eficácia do tratamento, pois, isso poderá gerar desmotivação para a atividade e criar expectativas que não poderão ser alcançadas, visto que, o maior trunfo dessa estratégia se configura no âmbito da educação em saúde, por estabelecer espaços contínuos de diálogos abertos e permeáveis, acolhedores das singularidades dos indivíduos e livres de julgamentos, potencializando a autonomia dos usuários.

Ademais, a abordagem convergente assistencial subsidiou para que a aplicação do Guia GAM fosse o mais próximo possível da realidade do serviço, permitindo desenvolver a ação e ao mesmo tempo envolver os usuários no processo de pesquisa de forma efetiva. Dessa forma, os usuários puderam expressar em profundidade as repercussões da intervenção realizada para o contexto do seu tratamento e de suas necessidades individuais e coletivas.

Destaca-se a importância da práxis educativa do enfermeiro na condução dos Grupos GAM a partir do processo educativo dialógico, mediado pela problematização, que possibilitou o planejamento de ações educativas específicas, promovendo o autocuidado, a escuta ativa dos usuários, o acolhimento e a formação de vínculos durante a pesquisa. Assim como, entende-se também que o trabalho da enfermagem ancorado pelo método científico da PCA possibilitou a primazia de desenvolver uma intervenção que contribuiu para minimizar problemas e elucidar melhorias na inovação da prática do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T.F,K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. N. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.70, n. 5, p. 981-987, 2017.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Family health nurses' teaching practice in the health education development. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n.57, p. 389-401, 2016.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. Rio de janeiro: Fiocruz; 2015a. 148p.
- AMARANTE, P.; CRUZ, L.B (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. 2ª ed. Rio de janeiro: editora Fiocruz; 2015b. 100p.
- ANJOS FILHO, N.C.; SOUZA, A.M.P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v.21, n.60, p. 63-76, 2017.
- ASCHBRENNER, K.A.; NASLUND, J.A.; BARTELS, S.J. A Mixed Methods Study of Peer-to-Peer Support in a Group-Based Lifestyle Intervention for Adults With Serious Mental Illness. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v.39, n.4, p. 328–334, 2016.
- ATTERBURY, K.; ROWE, M. Citizenship, Community Mental Health, and the Common Good. Behav. **Sci. Law**, v.35, p. 273–287, 2017.
- BARBOSA, G. et al. Satisfação de usuários em um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 14, p. 31-37, Dez. 2015.
- BENINI, I. S. P.; LEAL, E. M. A experiência subjetiva do uso de psicotrópicos na perspectiva de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 30-42, Mar. 2016.
- BEZERRA, I.C. et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 148-161, Jul./Set. 2016.
- BIFFI, D.; NASI, C. Expectativas de usuários sobre a prática de enfermeiros de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Rene**, v.17, n.6, p. 789-96, Nov./Dez. 2016.
- BONETTI, A.; SILVA, D.G.V.; TRENTINI, M. O método da pesquisa convergente assistencial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 179-183, 2013.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001

BRASIL. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. DOU nº 12, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. **Portaria nº3.088, 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 álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Republicada no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria 336, 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Acesso e Compartilhamento da Experiência na Gestão Autônoma da Medicação – O Manejo Cogestivo** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, p. 233.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A Experiência de Produção de Saber no Encontro entre Pesquisadores e Usuários de Serviços Públicos de Saúde Mental: A Construção do Guia GAM Brasileiro** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b, p.257.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica.** Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013, p. 176.

BRUSAMARELLO, T. et al. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 33-40, Jan-Mar. 2011.

COSTA, M.G.S.G.; FIGUEIRÓ, R.A.; FREIRE, F.H.M.A. O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014.

CLÉMENT, M. et al. Participação dos usuários no planejamento e organização dos serviços de saúde mental no Quebec. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2869-2877, 2013.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens.** 3 ed. Porto Alegre: Penso, 2014, 341p.

CZARNOBAY, J. **Adesão ao uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro.** Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2015.

DELL BARRIO, L.R.; POIREL, M.L. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme. **Nouvelles pratiques sociales**, v. 19, n.2, p. 111-127, 2007.

DELL BARRIO, L.R. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p. 2879-87, 2013.

ECHEZARRAGA, A., et al. Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study. **Stress and Health**, p.1-12, 2017.

FOLKMAN, S. Stress: **Appraisal and coping**. In: **Encyclopedia of behavioral medicine**. New York: Springer; 2013.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S.; GRUEN, R.J., et al. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 50, n. 3, p. 571-579, 1986.

ESPÍRITO SANTO, W.; ARAÚJO, I.S.; AMARANTE, P. Comunicação e saúde mental: análise discursiva de cartazes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.453-471, Abr-Jun. 2016.

FARIAS, L. M.S.; AZEVEDO, A. K.; SILVA, N. M. N.; LIMA, J. M. O enfermeiro e a assistência à usuários de drogas em serviços de atenção básica. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11 (Supl. 7), p. 2871-80, Jul., 2017.

FERREIRA, A.C.Z.; BRUSAMARELLO, T.; CAPISTRANO, F.C.; MARIN, M.J.S.; MAFTUM, M.A. A vivencia do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamento complexo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.3, p. 2-10, 2017.

FIRMO, A.C.M.; JORGE, M.S.B. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde Soc São Paulo**, v.24, n.1, p.217-231, 2015.

FUENTES, P. E.S.; REYNALDOS-GRANDÓN, K.; MARTÍNEZ-SANTANA, D.; JEREZ-YÁÑEZ, O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. **Aquichan**. v, 14, n.1, p. 79-99, 2014.

FUJITA, J.A.L.M. et al. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. **Revista Portuguesa de Educação**, v.29, n.1, p. 229-258, 2016.

GRIFFITH, J.L.; MYERS, M.; COMPTON, M.T. How Can Community Religious Groups Aid Recovery for Individuals with Psychotic Illnesses. **Community Ment Health J**, v. 52, p. 775–780, 2016.

GONÇALVES, L.L.M.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.11, p. 1-11, 2017.

GÖRGEN, S.M.; HILLER, W.; WITTHÖFT, M. Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: a latent variable approach. **Int J Behav Med**, v.21, n.2, p. 364-74, 2014.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014.

HASAN, A.; MUSLEH, M. The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. **International Journal of Social Psychiatry**, v.63, n.3, p. 212-223, 2017.

JORGE, M.S.B. Et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1543-61, 2012.

JORGE, M. S. B. et al. Apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 24, n.1, p. 112-120, Jan-Mar. 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um Caps: contribuições para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.4, p. 1022-1029, Out-Dez. 2013.

KINOSHITA, R. **contratualidade e reabilitação psicossocial**. In: PITTA, A. (Org.). **reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

KRENDL, A. C.; FREEMAN, J. B. Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses. **J Ment Health**, p. 1-9, Oct. 2017.

LEITE, R. A. F. et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface comunicação saúde educação**, v.18, n.51, p.661-671, 2014.

MARIMBE, B. et al. Perceived burden of care and reported coping strategies and needs for family caregivers of people with mental disorders in Zimbabwe. **African Journal of Disability**, v.5, n.1, p. 2226-7220, 2016.

MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.4, p. 2165-2177, 2011.

MONTANHER, M. K.; LEAL, E. M. As redes sociais na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um CAPS de Campinas e as implicações no recovery. **Rev Ter Ocup**, São Paulo, v.24, n.3, p. 183-190, Set./Dez. 2013.

MATEUS, M. D. (ORG.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

MAZZAIA, M. C.; SOUZA, M. A. Adesão ao tratamento no transtorno afetivo bipolar-percepção do usuário e do profissional de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.17, p. 34-42, Jun. 2017.

MOLL, M. F. et al. Os cuidados de enfermagem e o exercício dos direitos humanos: Uma análise a partir de realidade em Portugal. **Esc Anna Nery**, v. 20, n.2, p. 236-242, Abr./Jun. 2016.

NOBREGA, M. P. S.; FERNANDES, M. F. T.; SILVA, P. F. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Rev Gaúcha Enferm**, v.38, n.1, p. 63562, Mar. 2017.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Multicenter adaptation of the guide for autonomous management of medication. **Interface – Comunic.**, Saude, Educ 2012.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p. 2889-98, 2013.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **SAÚDE DEBATE**, RIO DE JANEIRO, v. 41, n. especial, p. 71-83, Mar. 2017.

OTANARI, T.M.C. et al. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.35, n.4, p. 463-467, 2011.

ÕNATE, L. CALVETE, E. una aproximación cualitativa a los factores de resiliência en familiares de personas con discapacidad intelectual en España. **Psychosocial Intervention**, v.26, p. 93-101, 2017.

PAVANATTO, P. A. et al. Contribuições do cuidado lúdico em enfermagem na desintoxicação química devido ao uso de crack. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 2, p. 50-5, 2015.

POOREMAMALIL, P.; EKLUND, M. Well-being and perceptions of everyday activities among those who attend community-based day centres for people with mental illness in Sweden – Does an immigrant background make a difference. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 63, n. 6, p. 539-549, 2017.

PASSOS E.; CARVALHO, S. V.; MAGGI, P. M. A. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na gestão autônoma da medicação. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v.7, n.2, p. 13-22, Julho/Dez. 2012.

PASSOS, E.; PALOMBIBI, A. L.; ONOCKO CAMPOS, R. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.3, n.1, p. 5-17, 2013.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia** 41, p. 24-38, Maio/Ago, 2013.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4579-89, 2011.

PITTA, A. M. F.; COUTINHO, D. M.; ROCHA, C. C. M. Human rights in Psychosocial Care Centers of Northeast Brazil: an evaluative study with reference to the WHO QualityRights. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 760-771, Jul/Set. 2015.

PALOMBINI, A. L. et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p. 2899-908, 2013.

POMPEO, D. A. et al. Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes com transtornos mentais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, 2016.

PRESOTTO, R. F. et al. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p. 2837-2845, 2013.

PROUDFOOT, J. et al. Positive strategies men regularly use to prevent and manage depression: a national survey of Australian men. **BMC Public Health**, v.15, p. 1135, Nov. 2015.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 253-271, 2014.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estress. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n.2, p. 269-279, Abr./Jun. 2015.

RAMOS, T. M. B.; PEDRÃO, L. J. Acolhimento e Vínculo em um Serviço de Assistência a Portadores de Transtornos Alimentares. **Paidéia**, v.23, n.54, p. 113-120, Jan./Abr. 2013.

SANTOS, D.V.D. **A Gestão Autônoma da Medicação: da prescrição à escuta**. 228f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em saúde coletiva, Universidade Federal de Campinas, SP, 2014.

SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.10, p. 2813-24, 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1275-1292, 2014.

SANTOS, C. G. et al. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. **Comunicação Saúde Educação**, v.19, n. Supl 1, p. 985-93, 2015.

SERRANO-MIGUEL, M.; SILVEIRA, M.; PALOMBINI, A. L. La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: Una experiencia brasileña de participación social en salud mental. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, v. 36, n.129, p. 157-170, 2016.

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p. 1237-1242, 2011.

SOUZA, A. C.; GULJOR, A. P. F.; SILVA, J. L. L. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. **Av. Enferm**, v. 32, n.2, p. 292-298, 2014.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SERPA JUNIOR, O. et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p. 1053-1077, 2014.

TRENTINI, M.; LYGIA, P.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial – PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá; 2014. 176p.

TOSSIN, B.R. et al. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Rev Men Enferm**, v, 20, n. e940, 2016.

VENTURA, C. A. A.; MORAES, V. C. O.; JORGE, M. S. Os profissionais de saúde e o exercício dos direitos humanos por portadores de transtornos mentais. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.15, n.4, p. 854-861, Out./Dez. 2013.

VASCONCELOS, S.C. et al. Demandas de autocuidado em grupo terapêutico: educação em saúde com usuários de substâncias psicoativas.. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n.1, p. 79-83, Jan./mar. 2013.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.10, p. 2825-2835, 2013.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Comunicação saúde educação**, v.20, n.57, p. 313-323, 2016.

VOLZ, P. M. et al. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.877-886, 2015.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto Alegre: Penso, 2016. 313p.

ZANCHET, L.; PALOMBINI, A. L.; YASUI, S. “Receituário Mais que Especial”: an urban intervention for thinking of art and research within the context of psychiatric reform. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.55, p. 1039-1050, 2015.

ZEFERINO, M. T. et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery**, v.20, n. 3, Jul./set. 2016.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Página 1/2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ aceito participar, como voluntário (a), da pesquisa: **REPERCUSSÕES DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO PARA USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Esta pesquisa é da responsabilidade de Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos. Vou repassar alguns dados que podem te ajudar a me encontrar caso tenha alguma dúvida. O endereço é Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670-901. Caso precise entrar em contato comigo e preferir usar o telefone (inclusive para ligações a cobrar), meu número é (81) 98805-7204. Outra forma de me contactar é por e-mail: deborahgmoraes@hotmail.com. O estudo está sob a orientação das Professoras: Dra. Iracema da Silva Frazão, Telefone: (81) 2126-8566, e-mail isfrazao@gmail.com. Dra. Tatiane Guedes, e-mail: tatigguedes@yahoo.com.br, telefone: (81) 2126 – 8566. Caso este documento contenha alguma informação que não ficou muito clara para você, as dúvidas podem ser tiradas com a pesquisadora responsável e, apenas quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde, solicitamos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável. Caso não concorde, não haverá nenhum tipo de penalização, e poderá também retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa tem o objetivo de analisar as repercussões do uso do Guia GAM na vida dos usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial, que será realizada no CAPS – Espaço Livremente, Recife/PE, no primeiro semestre de 2017. No início, será realizado a aplicação de um questionário sociodemográfico e um grupo focal, para compreender a percepção de usuários e familiares acerca de suas participações na gestão do tratamento. Num segundo momento, iremos realizar os grupos de intervenção com o Guia GAM, estimasse-se a sua participação em 20 encontros, mas a depender das suas necessidades e vontades em comum acordo com os outros participantes a quantidade de encontros podem ser reduzidos ou ampliados. Os dados serão coletados durante todo o processo de intervenções de grupos, observações e entrevistas conversação com gravador de voz. As respostas obtidas serão gravadas e transcritas, porém as informações serão confidenciais, utilizadas somente para fins científicos, com garantia de sigilo e anonimato da sua participação. Os possíveis riscos diretos a que estarão expostos os responsáveis e os participantes da pesquisa serão o inconveniente e/ou incomodo na realização dos grupos focais e de intervenção com o Guia GAM.

(Continua)

Para minimizar tais riscos, pretendemos proporcionar um ambiente acolhedor e pactuar contratos de convivência alicerçado no diálogo e na escuta, para que a sua participação possa acontecer de forma gradual e na conquista do seu consentimento. Como benéficos, pretende-se: dar devolutiva dos resultados obtidos aos atores sociais envolvidos, propondo discutir a importância do investimento em estratégias promotoras de autonomia dos usuários dos serviços comunitários de saúde mental a partir das repercussões que o uso do Guia GAM poderá ocasionar; além de contribuir para a formação profissional em saúde mental; assim como a possibilidade de publicação deste estudo, incentivando a discussão e reflexão sobre as práticas de autonomia dentro dos serviços comunitários de saúde mental.

É importante lembrar que todas as informações colhidas nessa pesquisa são confidenciais, ou seja, ninguém, além da equipe de pesquisa, terá acesso a elas. Essas informações só serão divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos e, após esse período, serão deletados e incinerados.

O senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação serão assumidas ou ressarcidas pela pesquisadora.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo: **REPERCUSSÕES DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NA VIDA DE USUÁRIOS E FAMILIARES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim.

Impressão
digital

Recife, ____/____/2017

Assinatura do(a) Participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B- Instrumentos de Coleta de Dados

Título da Pesquisa: Repercussões do Guia da Gestão Autônoma da Medicação para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Pesquisadora: Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos

Questionário Sociodemográfico – conhecendo os sujeitos de pesquisa (usuário)

NOME:		Nº
DN:	SEXO:	ESTADO CIVIL:
RELIGIAO:	OCUPAÇÃO:	DIAGNÓSTICO:
TEMPO DE TRATAMENTO NO CAPS:		COMPOSIÇÃO FAMILIAR:
ESCOLARIDADE:	FAZ USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA: () SIM () NÃO	SABE AS MEDICAÇÕES QUE USA?
QUAL FAMILIAR/AMIGO LHE ACOMPANHA NO TRATAMENTO:		A QUANTO TEMPO USA MEDICAÇÃO?
O QUE É MAIS IMPORTANTE NO TRATAMENTO:		RENDA

Tópicos de discussão do grupo focal I (antes das intervenções com o Guia GAM)

- Autonomia dos usuários e familiares diante das condutas clínicas da equipe;
- Experiência de uso de psicofármacos e o significado que eles representam nas suas vidas;
- Capacidade de gestão e compartilhamento de decisões (usuários/familiares/equipe).

Tópicos para a Observação Participante durante os grupos de intervenção com o Guia GAM

- Participações dos sujeitos da pesquisa nas discussões;
- Interação entre os participantes do grupo;
- Expressão corporal e emocional dos participantes (contemplar as expressões de alegria, espontaneidade, satisfação, assim como as de passividade, insatisfação, incômodo, tristeza, choro.

ANEXO A- Carta de anuência da Prefeitura do Recife

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Deborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Repercussões da gestão autônoma da medicação na vida de usuários e familiares de um centro de atenção psicossocial"**, sendo orientada por Iracema da Silva Frazão.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

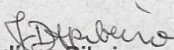
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 22 de fevereiro de 2017.

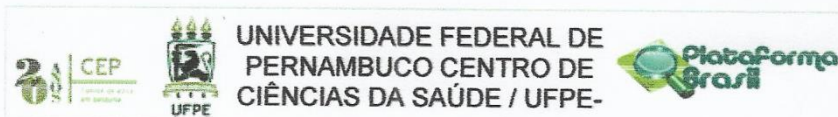
Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro -- CEP 52.021-030 -- Recife -- Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 -- CNPJ: 10.565.000/0001-92

ANEXO B- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO PARA USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 62169316.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.154.167

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda para alteração do título e inclusão de dois objetivos específicos no projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) de abordagem qualitativa. A pesquisadora optou pela pesquisa qualitativa por abranger condições contextuais (sociais, institucionais e ambientais) onde a vida das pessoas acontece, assumindo uma perspectiva participativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Analisar as repercussões do uso do Guia GAM para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Objetivos específicos

- Compreender a percepção de usuários acerca de suas participações na gestão do tratamento;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

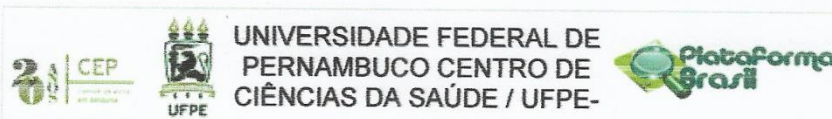
CEP: 50.740-800

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.154.167

- Averiguar, na perspectiva de usuários, as possíveis mudanças na gestão do tratamento após a participação em grupos de intervenção com o Guia GAM;
- Analisar as experiências de usuários, de um Centro de Atenção Psicossocial, em relação ao uso de psicofármacos.
- Desvelar as percepções de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial a respeito dos seus direitos em relação ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos podem ser considerados mínimos, relacionados a algum desconforto no momento da coleta de dados, pois os envolvidos na pesquisa estarão atuando em seus papéis cotidianos. Para minimizar tais riscos, será proporcionado ambiente acolhedor e pactuado contratos de convivência alicerçado no diálogo e na escuta, em que a participação possa acontecer de forma gradual e na conquista do consentimento.

Benefícios:

Com relação aos benefícios, os participantes terão a oportunidade de integrar num grupo que irá trabalhar questões que abrangem diretamente o uso das medicações, o acesso às informações e um espaço de diálogo em que se incentiva o seu papel ativo no tratamento. O estudo também favorecerá evidências científicas para que outras experiências sejam reproduzidas, caso seja identificado suas contribuições no processo de autonomia de usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia da pesquisa consistirá em revisão integrativa nas bases de dados MEDLINE, SCOPUS, LILACS, PSYCNET, BDENF e na biblioteca virtual SciELO, incluindo artigos em inglês, português e espanhol. Apos serão realizados grupos focais e entrevistas com 24 pessoas, entre usuários e familiares, em dois grupos de intervenção com o Guia GAM, sendo um no turno da manhã (Grupo M) e outro no turno da tarde (Grupo T), contemplando os dois horários de funcionamento do CAPS, para minimizar possíveis perdas ao longo do desenvolvimento do estudo e facilitar a adesão dos participantes nos turnos que já estão habituados a frequentar. A quantidade de encontros para realização dos grupos necessários para contemplar todos os passos do Guia GAM será determinada de acordo com as demandas

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 2.154.167

específicas dos usuários e familiares. Porém, estima-se uma média de 20 encontros de 45 minutos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos encontram-se adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

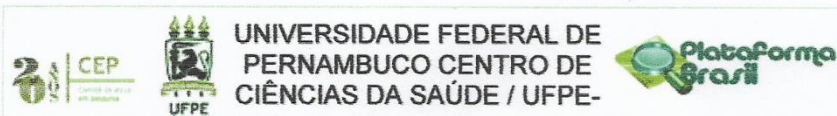
Considerações Finais a critério do CEP:

A Emenda foi analisada pelo colegiado do CEP e aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_952127 E2.pdf	30/06/2017 15:35:32		Aceito
Outros	Justificativaemenda.doc	30/06/2017 15:34:34	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoModificado.docx	30/06/2017 15:32:44	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	30/06/2017 15:31:54	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Outros	cartadeanuenciaRECIFE.pdf	06/03/2017 10:15:23	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemodificado.docx	06/03/2017 10:13:20	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Cronograma	cronog.docx	23/02/2017 16:50:19	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Outros	CP.docx	26/12/2016 10:31:19	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Outros	ct.pdf	26/12/2016 10:10:55	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.154.167

Outros	ct.pdf	26/12/2016 10:10:55	Lins Santos	Aceito
Outros	ci.pdf	26/12/2016 10:10:09	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Outros	cc.pdf	26/12/2016 10:08:57	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Outros	a.pdf	18/11/2016 17:12:47	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito
Orçamento	orc.docx	15/11/2016 09:36:50	Déborah Grasyella Pachêco de Moraes Lins Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 04 de Julho de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br